GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE



COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE — BLACHEZ — G. DIEULAFOY — DREYFUS-BRISAC — FRANÇOIS-FRANCK
A. HÉNOCQUE — L. LEREBOULLET — P. RECLUS

DEUXIÈME SÉRIE — TOME XIX — 1882

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Boulevard Saint-Germain et rue de l'Éperon

EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

M DCCC LXXXII

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — N° 1 — 6 JANVIER 1882

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 5 janvier 1882.

En cherchant ce que nous pourrions offrir de mieux à nos lecteurs pour le renouvellement de l'année, il nous a paru que rien ne serait plus digne de leur caractère que le tableau de leurs devoirs envers les malades, puisque la nature toute spéciale de ces devoirs est un hommage rendu à la noblesse de la profession médicale. Dans ce tableau, on a cherché à réunir, sous une forme simple, brève et exempte, comme on s'en apercevra trop aisément, de toute prétention poétique, les divers préceptes qui pourraient former la matière d'un nouveau *Serment*, — s'il y avait de nouveaux Asclépiades. Plusieurs de ces préceptes sont empruntés au Serment dit d'*Hippocrate*.

SOUVENIR HIPPOCRATIQUE.

Les commandements du médecin.

De la Douleur fais une épouse,
Une maîtresse de ton cœur,
Etouffe toute voix jalouse
Qui la dispute à ton ardeur ;

Va la chercher dans la chaumine,
Va la chercher dans les salons,
Car elle est belle sous l'hermine,
Plus belle encor sous les haillons.

Qu'elle attaque le corps ou l'âme,
Qu'elle dise ou taise son nom,
Qu'elle soit pure ou soit infâme,
Dès qu'elle frappe à ta maison,

Ou dès qu'au loin sa voix t'appelle,
Dans ta veille ou dans ton sommeil,
Ouvre vite ou vole près d'elle,
Sous l'étoile ou sous le soleil.

*
* *

Que tout soit doux dans ta personne,
L'œil, le geste, ainsi que la voix;
Que ta bonté partout rayonne,
Et tu soulageras deux fois.

*
* *

Dans la bataille des épées
Et des fusils et des canons,
A travers les plaines trempées
Du sang tiède des légions,

Ou sous les flèches invisibles
Qui sillonnent l'air empesté,
Creusant des blessures horribles
Aux entrailles de la cité,

FEUILLETON

L'Exposition d'électricité.

Fin. — Voyez les numéros 44, 47 et 49 (1881).

Téléphones magnétiques et téléphones à pile. — Applications du téléphone simple à la physiologie. — L'auscultation téléphonique. — Le téléphone galvanoscopique. — Les microtéléphones. — Le sphygmophone, le myophone, le microphone.

Les premiers essais d'applications médicales du téléphone et des microphones ont été tentés presque aussitôt que ces merveilleux appareils étaient inventés. Rien n'était plus rationnel que de supposer qu'on pourrait appliquer à l'auscultation à distance, et de même au traitement des sourds, les instruments qui peuvent transmettre à distance des vibrations sonores ou bien les augmenter. Il importe d'ailleurs de distinguer ces deux genres d'appareils parce que les applications du téléphone proprement dit sont très restreintes, tandis que celles du microphone, ou même du microphone combiné avec le téléphone (par abréviation microtéléphone) ont été bien plus développées, grâce à certaines transformations qui en ont permis l'adoption à diverses recherches séméiologiques.

Ici comme d'ailleurs pour la plupart des découvertes accomplies en électricité, des compétitions nombreuses se sont produites, et ce serait un travail bien difficile que celui qui aurait pour but de rendre à chaque inventeur le mérite qui lui appartient réellement, sinon celui qu'il réclame. Il y a eu, en effet, au début des applications du téléphone, une certaine confusion dans le mode d'expérimentation et même dans la classification des systèmes et appareils téléphoniques ou microphoniques. Pour ces raisons il importe, à l'instar de MM. Spillmann et Dumont, de diviser en deux catégories les divers appareils employés : la première a pour type le téléphone de Bell, le sphygmophone du docteur Stein ; elle est

Toi, soldat de la bienfaisance,
Dans tous les périls fais-toi voir
Avec l'arme de la science
Et sous le drapeau du devoir.

*
* *

Que ta conscience soit l'urne
Où l'on met la cendre des morts.
Dépositaire taciturne
Des maux, des fautes, des remords,

Des chagrins que la maison cèle
Sous le faux voile de la paix,
D'un sceau sacré qu'elle les scelle,
Pour les garder à tout jamais.

*
* *

Dans toute famille qui livre
Ses jours intimes à ta foi,
Où va désormais le saint livre
Du foyer s'ouvrir devant toi,

Qu'aucun acte, en nulle rencontre,
Ne déshonore ton crédit;
Ne vois rien que ce qu'on te montre,
N'entends rien que ce qu'on te dit.

*
* *

Lorsque ton pied des gynécées
Franchit le seuil mystérieux,
Arme de pudeur tes pensées
Comme tes lèvres et tes yeux.

*
* *

Que tu sois juif ou catholique,
Même athée, écoute le vœu
De qui réclame un viatique
Des mains du prêtre de son Dieu.

*
* *

Des deux parts qui forment le monde,
La richesse et la pauvreté,
C'est bien souvent dans la seconde
Que la fortune t'a jeté;

Mais, riche ou pauvre, à l'indigence
De tes soins réserve une part;
Et quand de ta noble science
On te payera — fût-ce un peu tard,

Mesure le poids à l'épaule;
Hier bon, sois juste aujourd'hui;
Tu trahirais ce double rôle
Si tu permettais que celui

Dont le mal a fait la misère,
En payant un trop lourd tribut
Retrouvât, par un sort contraire,
La misère dans son salut.

*
* *

Lors, en ta vieillesse sereine,
Nul trésor ne vaudra le tien,
Si ton nom sur la bouche amène
Ces simples mots : Homme de bien!

A. D.

Des accidents de la première dentition.

Il n'est pas d'opinion plus accréditée dans la médecine infantile que celle de l'influence de la dentition sur la santé des enfants. « Bel enfant jusqu'aux dents » n'est pas seulement un adage familier, mais bien une vérité que l'expérience des médecins les plus autorisés a maintes fois consacrée. On peut ouvrir tous les ouvrages classiques de pathologie infantile; et partout l'influence de la dentition est représentée comme un fait en quelque sorte indiscutable. Ce n'est pas à dire que là, comme partout ailleurs, l'abus n'ait pas eu lieu. Les meilleurs esprits ont dû faire leurs réserves et protester contre cette doctrine excessive qui fait de la dentition une sorte de bouc émissaire de toutes les maladies infantiles. On peut s'en convaincre en parcourant l'ouvrage de Rilliet et Barthez, les cliniques de Trousseau, le Traité de Bouchut, le livre si remarquablement pratique de Ch. West. Aucun de ces praticiens ne voudrait exagérer la part étiologique de la dentition; mais il ne vient à l'esprit d'aucun d'entre eux de la contester et à plus forte raison de la nier complètement. C'est une opinion reçue en médecine depuis Hippocrate en passant par Sydenham, Haller, Hunter et tous les contemporains que nous avons cités. Cependant quelques voix se sont élevées contre cette doctrine si généralement

---

caractérisée *par l'interruption complète et la fermeture du circuit* sous l'influence du mouvement qui est alors transformé en son par le téléphone. La seconde catégorie comprend la plupart des instruments désignés sous le nom de téléphones à pile, le plus souvent microphones, ayant pour type en particulier le microphone de Hughes; dans ces appareils, les corps sonores, les corps vibrants, les tissus en mouvement modifient seulement la résistance du circuit qui *reste continuellement fermé.*

Il est indispensable de rappeler brièvement les principes physiques sur lesquels repose la construction de ces appareils.

Le téléphone type de Charles Bell ou téléphone à aimant est essentiellement constitué par une lame de tôle mince circulaire tendue dans le fond d'une sorte d'entonnoir ou embouchure dans laquelle on parle ou que l'on applique près de l'oreille pour entendre. Cette lame est disposée devant un barreau aimanté qui en est très rapproché et qui est placé dans le manche en bois; l'extrémité de l'aimant, placée du côté de la plaque, est entourée par une bobine d'induction à laquelle aboutissent les deux fils conducteurs, qui sont reliés à un autre téléphone; celui devant lequel on parle est le *transmetteur*, celui par lequel on écoute est le *récepteur*.

Les vibrations produites par la voix ou d'autre manière devant le téléphone transmetteur déterminent des mouvements dans la lame vibrante, d'où un changement dans la répartition magnétique du barreau et, par suite, un courant d'induction dans la bobine. C'est ce courant qui, transmis par les conducteurs au téléphone récepteur, y produit des phénomènes identiques, mais en succession inverse; c'est la bobine d'induction qui, recevant le courant, modifie la répartition magnétique du barreau aimanté et, par suite, *attire* la lame vibrante et produit un son ou un bruit que l'oreille recueille. Or, à chaque vibration, le circuit du courant induit est interrompu complètement, puis fermé et *vice versa.*

Telle est la théorie qu'on peut accepter provisoirement pour expliquer la marche d'un système téléphonique magné-

admise. Après avoir montré que la dentition avait été souvent accusée d'accidents qui ne lui étaient pas imputables, ce qui était parfaitement vrai, on en est arrivé à lui refuser toute influence morbide. M. le docteur Magitot dont nul ne conteste l'autorité en cette matière, s'est particulièrement insurgé contre l'opinion commune. Dans son travail sur les *accidents de l'éruption des dents* publié dans les Archives de 1881 (numéros de novembre et décembre), il cherche à exonérer la dentition de tous les accidents qui lui ont été imputés et dans lesquels il ne voit que des coïncidences fortuites. Il rappelle qu'après Rosen, Andral et Trousseau qui avaient formulé à ce sujet de sages réserves, un médecin anglais, Tomes, avait accentué plus qu'aucun autre la critique des accidents de dentition. Nous verrons plus tard quels sont les arguments que M. Magitot a mis en avant pour soutenir sa thèse. Tout d'abord, il nous semble utile de poser nettement la question sur trois points principaux : 1° Doit-on admettre dans certains cas une dentition difficile, laborieuse, et quels en sont alors les caractères? 2° Cette dentition laborieuse peut-elle donner lieu à des accidents qui lui soient propres et qui se caractérisent par leur nature, leur marche, leur durée? 3° Quand un enfant est en dentition, est-on forcé de rapporter à l'influence de cet acte physiologique toutes les maladies qui peuvent se présenter?

Ces différentes questions ne nous paraissent pas d'une solution difficile. La dentition est un acte physiologique, ce qui ne veut pas dire qu'elle s'accomplisse toujours sans aucune réaction pathologique. Les enfants qui traversent toute leur première dentition sans présenter aucun symptôme de souffrance, constituent une véritable exception. Les incisives, les premières molaires sortent souvent sans provoquer une réaction bien sensible; mais il est rare que les secondes molaires et surtout les canines laissent l'enfant indifférent. Les phénomènes qui accompagnent l'éruption des dents ont été avec beaucoup de raison divisés en locaux et en généraux. Le phénomène local le plus constant c'est la salivation et le fait est d'autant plus remarquable que la muqueuse buccale des petits enfants est généralement sèche, comme le fait justement observer C. West. Au moment où les gencives se gonflent, où la couronne de la dent proémine à travers la muqueuse amincie, l'enfant *bave* constamment et mouille plusieurs mouchoirs en quelques heures; ce qui n'a pas lieu habituellement chez un enfant au-dessous de cinq mois. Cette sécrétion de salive ne peut s'expliquer que par l'excitation transmise aux glandes salivaires par la muqueuse de leurs conduits. L'excitation est-elle plus forte, l'enfant est-il plus impressionnable, on le voit sans cesse porter les mains à sa bouche, mordre tous les corps durs qu'il trouve à sa portée, surtout quand ils peuvent lui donner un peu de fraîcheur. Si on appuie sur les gencives, il crie et se débat. La bouche est chaude. A un degré plus avancé des aphthes se développent; le muguet peut apparaître. Les manifestations les plus élevées de cette irritation buccale constituent ce qu'on a appelé l'*odontitis infantum*, caractérisée par une véritable stomatite, et des ulcérations qui peuvent longtemps persister et déterminer des souffrances assez considérables pour donner des inquiétudes sérieuses, bien que C. West n'ait jamais vu ces accidents terminés par la mort. En présence de pareils symptômes, il est difficile de nier la possibilité des accidents locaux de dentition. Nous accordons que les accidents graves sont fort rares. Mais Trousseau, Guersant, West, Rilliet et Barthez les mentionnent et on ne peut les révoquer en doute.

Ce n'est pas d'ailleurs sur ce point que portent les principales critiques, mais bien sur les accidents généraux imputés à la dentition. Il est impossible, en effet, de nier avec quelque apparence de raison l'existence et l'étiologie des accidents locaux, que tous les médecins connaissent; mais quand on se trouve en présence de symptômes qui n'ont rien de spécial : éruptions, diarrhée, convulsions, fièvre, etc., il est plus facile de nier l'influence de la dentition et de prétendre qu'il n'y a là que des coïncidences; que ces symptômes affectent les enfants à toutes les périodes de la vie infantille et qu'on les attribue très gratuitement au retentissement du travail dentaire.

Et, cependant, on ne trouvera pas un médecin d'enfants qui hésite à reconnaître ces accidents éloignés, imputables à la dentition; non pas dans tous les cas, mais dans certaines conditions d'observation journalière. Les phénomènes sympathiques réflexes se manifestent chez l'enfant avec une énergie toute particulière et dont on a chaque jour la preuve. L'agitation, la fièvre, les vomissements, les convulsions se déclarent chez lui à l'occasion d'irritations légères mais prolongées : une piqûre d'épingle mal fixée, un furoncle tracassé par le contact des langes. Comment se refuser à admettre qu'une douleur continue, siégeant dans une gencive gonflée, sensible au doigt, douleur persistante, que rien ne calme, puisse jeter l'enfant dans un état souvent fort pénible? Un vésicatoire, un sinapisme, peuvent déterminer des convulsions chez un enfant nerveux; et la dentition en serait incapable?

---

tique, et ce n'est pas ici le lieu d'expliquer les *desiderata* de la théorie; c'est dans les *Traités techniques* de M. Du Moncel, de M. Hospitalier que l'on recherchera des renseignements plus précis sur cette question complexe. Ce qu'il nous faut en retenir, c'est que le téléphone récepteur nous fait percevoir en sons ou en bruits les vibrations ou les mouvements de l'appareil transmetteur.

On a pu croire qu'il serait possible d'utiliser en clinique le téléphone comme transmetteur, mais nous ne nous arrêterons pas sur ces premiers essais. En effet, il nous suffit de rappeler les expériences de M. Demoget qui démontrent que le téléphone transmet le son 1 500 000 fois plus faible que celui qui a été émis devant la plaque. Pour que l'on comprenne qu'il n'y avait pas lieu de s'attarder dans cette voie des applications, nous indiquions nous-même, dans l'article publié dans la *Gazette hebdomadaire* (22 février 1878), les causes d'erreur qui ne permettent pas de remplacer le stéthoscope par le téléphone.

Il reste cependant ce fait curieux signalé en Amérique et vérifié par M. Du Moncel, que la parole peut être transmise à distance par un téléphone simplement appliqué sur la poitrine, ce qui ferait supposer, dit le savant physicien, que le corps de l'homme participe tout entier aux vibrations provoquées par la voix, et transmet ses vibrations mécaniquement du diaphragme au téléphone en agissant sur la coque du téléphone.

Le téléphone a rencontré en physiologie expérimentale des applications fort intéressantes, qu'on l'ait employé comme transmetteur ou bien comme récepteur.

L'une des premières tentatives de ce genre a été faite par Eick, puis par Goltz; elle consistait à étudier l'action du téléphone sur les nerfs de la patte de grenouille, c'est-à-dire sur le galvanoscope le plus facile à observer que nous connaissions; ces expérimentateurs remplaçaient le téléphone récepteur par la patte galvanoscopique, c'est-à-dire que les deux fils d'un téléphone étant appliqués sur le nerf sciatique

Il est vrai qu'on veut établir que cette prétendue douleur de la dentition est un mythe pur; que l'évolution dentaire n'a aucune raison d'être douloureuse dans une gencive vierge et libre; qu'il n'y a là ni effraction ni traumatisme, mais un travail lent de résorption de la gencive. Encore faudrait-il le prouver et démontrer que les différents tissus qui constituent l'alvéole, refoulés et comprimés par cet ostéide qui augmente incessamment de volume, ne souffrent en aucune façon de cette compression; ce qui paraît peu admissible. Quand on voit un enfant vigoureux de six à huit mois, allaité par une mère bien portante et bonne nourrice, perdre sans cause appréciable le sommeil et la gaieté, devenir irritable, quitter le sein après quelques succions, baver incessamment; lorsque, après avoir examiné avec soin tous les organes, interrogé toutes les fonctions, on ne trouve rien qui fournisse la raison de ce changement, on interroge la gencive : si elle est chaude et douloureuse au toucher, on mettra nécessairement en cause l'évolution dentaire. Quelques jours se passent; le malaise persiste ou augmente; la diarrhée peut se déclarer, ainsi que les vomissements, alors que rien n'est changé au régime habituel de l'enfant. Aucun traitement actif n'est institué. Du jour au lendemain tout cet appareil morbide tombe brusquement. De nouveau on consulte la gencive. La dent est sortie. Peut-on échapper à la conclusion? Ce n'est pas là une histoire inventée à plaisir. C'est une observation banale et qu'on pourra recueillir tous les jours quand on jugera utile de la produire. Et ce petit syndrome va se renouveler chez certains enfants à chaque éruption de dent, ou de groupe de dents. Si ces faits ne sont pas constants, ils sont tout au moins communs et il est certainement fort rare de trouver un enfant que la dentition n'ait jamais éprouvé à quelqu'une de ses périodes, à un degré plus ou moins marqué. J'ai observé, pour ma part, un enfant qui n'a jamais fait une de ses vingt premières dents sans avoir une ou plusieurs convulsions, et qui, depuis, n'en a jamais présenté.

Ce que nous disons pour la fièvre, la diarrhée, les accidents nerveux, nous pouvons le dire des éruptions multiformes que l'on observe si communément en pareil cas. Ces éruptions n'ont rien de spécifique, pas plus que les accidents nerveux ou intestinaux qui pourront survenir à toute autre occasion et sous des influences fort différentes. Elles n'en témoignent pas moins du trouble apporté dans les fonctions, dans les sécrétions par la dentition. Ce qui les caractérise, c'est l'époque de leur apparition, la façon dont elles suivent l'évolution dentaire, annonçant et accompagnant la sortie d'un groupe de dents et cessant avec leur apparition.

S'il ne faut pas rapporter à la dentition tous les symptômes morbides que peut présenter un enfant en dentition, il n'en est pas moins vrai que beaucoup de ces troubles, débutant avec elle, accompagnant ses différentes phases, cessant avec elle, ne laissent pas mettre en doute leur véritable cause. On peut accorder que ce phénomène dentaire n'est pas isolé, que la dentition coïncide avec une phase d'activité particulière du développement de l'enfant, principalement avec la formation des os, l'accroissement du système glandulaire de l'appareil digestif; qu'à ce moment la sensibilité de l'enfant est exaltée. Rien de plus vrai; mais il n'est pas moins certain que la dentition, surtout quand elle est douloureuse, joue dans les manifestations morbides un rôle prépondérant, tout au moins au point de vue de cause déterminante.

Après avoir nié que la dentition, par elle-même, puisse être douloureuse, M. Magitot montre que des traumatismes pratiqués chez les jeunes animaux au moment de la dentition, et intéressant plus ou moins profondément la gencive ou la dent, ne déterminent rien qui soit comparable aux accidents attribués, chez l'enfant, à l'évolution dentaire. Notre opinion est qu'on se place là sur un mauvais terrain, et qu'on force les analogies. Les sections, ponctions, déchirures d'alvéole n'agissent pas d'une façon comparable à la dent en développement, qui écarte, refoule, comprime lentement les tissus. Il y a là un acte tout vital que le traumatisme ne reproduit en aucune manière, et qui sollicite des réactions toutes différentes. De même, les maladies de l'appareil dentaire, ectopies, caries, ulcérations, peuvent être souvent l'origine de très vives douleurs, sans provoquer aucun symptôme qui rappelle ceux que l'on observe pendant l'évolution des dents. Il s'agit de réactions toutes spéciales analogues à celles que l'on observe à l'occasion de l'évolution d'autres appareils, et dont on n'a, jusqu'ici du moins, jamais contesté la réalité en pareil cas.

Les idées de M. Magitot sont reproduites dans une thèse présentée à la Faculté par M. Lévêque, et que nous avons lue avec l'intérêt que mérite ce travail consciencieux et bien présenté.

Nous avons, en particulier, étudié de près les sept observations que M. Lévêque présente à l'appui de sa thèse. Plusieurs d'entre elles peuvent être données comme des types d'accidents de dentition, et il faut véritablement se placer à un point de vue tout particulier pour leur donner l'interprétation que leur auteur a cru devoir adopter. Ces critiques,

---

de la patte de la grenouille, on parlait près de la plaque du téléphone ; on a pu ainsi constater que les vibrations transmises au nerf produisaient des contractions musculaires comme si on avait transmis des excitations électriques. Goltz a reconnu et décrit des différences dans l'intensité d'action des diverses consonnes et voyelles (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1878, n° 3, p. 46). Ces expériences prouvent une fois de plus combien est grande la sensibilité de la patte galvanoscopique, puisqu'elle répond aux courants induits téléphoniques que nous connaissons pour être si faibles ; elles nous intéressent encore plus si nous les rapprochons d'expériences faites dans un ordre tout différent, c'est-à-dire des expériences dans lesquelles le téléphone est le récepteur de courants faibles et devient un galvanoscope plus sensible encore que le nerf et les muscles de la grenouille, puisqu'il indique des courants auxquels ces organes ne répondent pas. C'est M. d'Arsonval qui a découvert ces propriétés fort curieuses du téléphone dont il a rendu compte en ces termes :

« Le téléphone est un instrument d'une sensibilité exquise. Le téléphone le plus mal construit est au moins cent fois plus sensible que le nerf pour déceler de faibles variations électriques. Voici en quoi consiste l'expérience : je prépare une grenouille à la manière de Galvani; je prends l'appareil d'induction de Siemens et Halske usité en physiologie sous le nom d'appareil à chariot; j'excite avec la pince ordinaire le nerf sciatique jusqu'à ce que le nerf ne réponde plus à l'excitation électrique. Je remplace alors le nerf par le téléphone et le courant induit qui n'excitait plus le nerf fait vibrer avec force le téléphone. J'éloigne la bobine induite et le téléphone vibre toujours. Dans le silence de la nuit, j'ai pu entendre vibrer le téléphone en éloignant la bobine induite à une distance quinze fois plus grande que celle du minimum d'excitation du nerf; par conséquent, si l'on admet pour l'induction comme pour les actions à distance la loi des carrés inverses, on voit que, dans cette circonstance, le téléphone, cet instrument d'une si grande simplicité, est au moins 200 fois plus

nous le répétons, n'infirment en rien la valeur du travail de M. Lévêque. Il est possible qu'il persiste dans ses idées, s'il se livre exclusivement à la pratique de l'art dentaire. Il en serait tout autrement, croyons-nous, s'il était appelé à suivre, dans leurs maladies ou indispositions, quelques enfants du premier âge, à surveiller leur développement, à interpréter leurs souffrances. Il verrait avec tous les cliniciens la part considérable qui revient à la dentition dans la pathologie infantile; et tout en se gardant des exagérations qui se sont produites à ce sujet comme en toutes choses, il arriverait promptement à reconnaître combien est solidement établie l'opinion qu'il combat aujourd'hui.

Blachez.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

Diphthérie; croup; traitement par la pilocarpine; guérison; par le docteur Hervouet, médecin suppléant des hôpitaux de Nantes, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Obs. — Le 25 octobre 1881, je suis appelé auprès d'un enfant de six ans et demi, d'une bonne constitution et d'une bonne santé antérieure. L'enfant se plaint de mal de gorge depuis la veille. Je constate l'existence de fausses membranes diphthériques sur les amygdales. Sous l'angle de la mâchoire, de chaque côté, un ganglion dur, peu volumineux, indolore. Pas de fièvre. — Applications, à l'aide d'un pinceau, d'un collutoire boraté et phéniqué et de jus de citron, alternativement d'heure en heure.

Le 26 octobre, les fausses membranes ont en grande partie cédé. Etat général bon. Pas de fièvre. La toux devient rauque.

Le 27, il n'y a plus de fausses membranes dans la région amygdalienne, mais les amygdales sont rouges et tuméfiées. Epistaxis. Toux rauque. Respiration bonne. Temp. axill.: 37°,5. — On continue les applications topiques.

Le 28, un peu de fièvre; inappétence. L'enfant refuse les aliments. Toux croupale; cependant respiration passable. — Sulfate de quinine.

Le 29, dans la nuit, accès de suffocation assez forts pour causer une vive alarme dans la famille. Ce matin, voix éteinte, toux croupale. Alimentation impossible. — Je fais donner quatre cuillerées de la potion suivante: eau, 150 grammes; chlorhydrate de pilocarpine, 5 centigrammes; pepsine extractive, 1 gramme; acide chlorhydrique, 3 gouttes.

Le 30, aggravation; la respiration devient pénible et sifflante. Toux et voix éteintes. Accès de suffocation. — Administration de quatre cuillerées de la potion: expulsion d'une fausse membrane large, volumineuse, épaisse et dure. La respiration devient silencieuse et la voix se fait entendre. — A deux heures, injection sous-cutanée de cinq gouttes de la solution suivante: eau distillée, 4 grammes; nitrate de pilocarpine, 20 centigrammes. — Le soir, 3 ou 4 cuillerées de potion.

Le 31, l'enfant a expectoré une fausse membrane de 4 centimètres au moins sur 3. Nouvelle injection (5 gouttes) suivie de l'expulsion de plusieurs flocons fibrineux. L'enfant mange et parle assez bien. La gaîté reparaît. — Dans la journée, rejet de mucosités abondantes, très épaisses, grisâtres, un peu striées de sang. — Le soir, on donne quatre cuillerées de la potion: aussitôt après la salivation, expectoration de mucosités et vomissements. On distingue quelques fragments pseudo-membraneux parmi les matières vomies. Plus tard, l'enfant fait un repas assez léger.

Le 1er novembre, la nuit n'a pas été mauvaise. Ce matin, respiration assez paisible. Cependant, la toux est toujours croupale. A une heure et demie, voix éteinte, dyspnée, respiration sifflante. — Injection de près de 2 centigrammes de nitrate de pilocarpine: expulsion d'une nouvelle fausse membrane, accompagnée de mucosités denses.

Le 2, le malade a pris, pendant la nuit, du lait, du rhum et une brioche. Il a craché une petite fausse membrane. Etat général assez satisfaisant. Fièvre modérée. Respiration tranquille, mais se faisant entendre à distance. — M. Heurtaux, appelé en consultation, conseille de persévérer dans l'usage de la pilocarpine, mais seulement en injections sous-cutanées. D'après son conseil, on organise dans la chambre un dégagement constant de vapeurs d'eau, au moyen de terrines pleines d'eau bouillante et de cornues placées dans la cheminée et munies de tubes conduisant la vapeur dans l'appartement. En sorte que le malade respire constamment un air chaud et humide, propre à faciliter l'élimination des fausses membranes. Injection de 1 centigramme et demi. — Le soir, nouvelle injection suivie de l'expulsion d'une fausse membrane. Voix assez claire. Toux toujours rauque. Inappétence.

Le 3, nuit bonne. Ce matin, voix très enrouée. Respiration de nouveau sifflante. Le rejet d'une mucosité contenant un flocon fibrineux éclaircit la voix. Injection de pilocarpine. — Le soir, les bruits laryngés se perçoivent toujours, mais la respiration n'est pas difficile. Toux croupale. L'enfant refuse de manger. C'est presque de force qu'on lui fait avaler quelques aliments. — Injection d'environ 2 centigrammes: avec des mucosités toujours très denses, on trouve encore une fausse membrane épaisse, mais n'ayant guère plus de 1 centimètre carré.

Le 4, nuit assez mauvaise. Insomnie. Toux sèche. — Injection de pilocarpine, suivie du rejet de plusieurs flocons diphthériques; l'un d'eux, très nettement membraneux, mais plus diffluent qu'au début. L'état général faiblit. Amaigrissement. Dépression. — Pilules de perchlorure de fer, vin de quinquina, rhum. On continue les vaporisations d'eau. — Le soir, quoique la journée ait été meilleure, la dépression paraît plus marquée. Lutte pour faire manger.

Le 5, dépression plus accentuée. Yeux cernés. Respiration défectueuse. Toux étouffée, mais la voix n'est pas éteinte. — Injection de pilocarpine (la dernière): une fausse membrane dure, mais petite. Rhum à haute dose. — Dans la journée, l'enfant mange et reprend sa gaîté. Il respire mieux.

Le 6, amélioration considérable. L'enfant a bien dormi et demande à manger. Respiration à peu près libre. Toux grasse.

---

sensible que le nerf. » (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, avril 1878.)

Pour ne pas insister davantage sur ces applications du téléphone simple, il ne nous reste plus qu'à signaler les expériences de Tarchanoff confirmatives des précédentes, puis l'étude de M. Marey sur les effets de la décharge de la gymnote et de la torpille lancée dans les fils communiquant avec le téléphone récepteur. Suivant M. Marey, dont les expériences ont été répétées par M. Pouchet, chaque excitation de la torpille provoquée détermine un coassement dans le téléphone; mais la décharge prolongée provoquée par la piqûre du lobe électrique du cerveau, produit un son qui dure trois à quatre secondes et « consiste en une sorte de gémissement dont la tonalité est voisine de *mi* (165 vibrations), ce qui s'accorde sensiblement avec le résultat des expériences graphiques ». (Marey, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, février 1880.)

La seconde catégorie des téléphones comprend, suivant la définition des physiciens, les instruments dans lesquels on utilise les vibrations du transmetteur pour modifier la résistance électrique d'un circuit et, par suite, l'intensité du courant électrique qui le traverse; au point de vue pratique, elle nous représente les microphones et les instruments qui sont destinés à recueillir et surtout à augmenter les bruits ou, pour mieux dire, les vibrations que présentent les organes. Cette définition ou, si l'on préfère le mot, cette classification n'a été faite qu'après coup; lorsque Hughes a découvert le microphone, il ne pensait pas à le rapprocher des téléphones à pile, et cependant le microphone est un transmetteur téléphonique et, de plus, un appareil amplificateur des vibrations mécaniques de l'intensité la plus faible. Ceux qui ont pu comparer à l'Exposition d'électricité les divers essais de téléphones et de microphones n'auront pas besoin de longues explications sur ce sujet; cependant je crois utile de rappeler en quelques mots les éléments constitutifs de ces appareils.

M. Du Moncel, en 1856, avait constaté, à la suite de ses

Le 7, nuit très bonne. Respiration parfaite. Toux grasse et expectoration de mucosités. Régime tonique.

Le 8, la guérison peut être considérée comme définitive.

Les jours suivants, la guérison se maintient.

Réflexions. — Deux faits ressortent tout d'abord de cette observation. Le premier, c'est que nous avons eu affaire à une diphthérie relativement bénigne au point de vue de l'infection générale. Sans doute, il faut voir là une condition importante du succès.

Le second fait, le plus intéressant, à mon avis, c'est que la pilocarpine a été l'agent principal de l'expulsion des fausses membranes. Voici ce qui se passait à chaque fois que la pilocarpine était administrée. D'abord, la salivation ouvrait la scène, puis la toux se produisait, mais avec un caractère bien différent de celui qu'elle présentait avant la séance : au lieu d'être sèche, rauque ou éteinte, elle devenait grasse; on sentait que les exsudats devenaient moins adhérents. Enfin, s'il n'y avait pas toujours expulsion immédiate de fausses membranes, celles-ci étaient manifestement ébranlées, comme l'indiquait la modification des bruits trachéaux et laryngiens.

J'ajouterai qu'il y avait peu de sueurs, mais qu'il se produisait un abondant écoulement nasal, des vomissements de bile pure et un irrésistible besoin d'uriner.

Dans la séance de la Société de thérapeutique du 26 octobre, M. Archambault a rapporté vingt et un cas de diphthérie traités par la pilocarpine, dont douze se sont terminés par la mort. M. Archambault en conclut que le procédé est désastreux. Qu'il me soit permis de faire remarquer que le savant médecin a reconnu lui-même que ces douze faits malheureux étaient des cas de diphthérie très infectieuse. La pilocarpine ne peut évidemment pas être considérée comme un antidote de l'infection diphthérique. Tel n'est pas son rôle. Elle a seulement pour effet certain de faciliter l'élimination des fausses membranes. M. Archambault admet lui-même cet effet. Or, c'est là déjà un résultat d'une grande importance, car il permet d'entrevoir (on peut le dire sans trop de témérité) la fin du règne néfaste de la trachéotomie.

CORRESPONDANCE

L'aïnhum.

A propos de l'article inséré dans la *Gazette hebdomadaire* du 2 décembre, par M. le docteur Rochefort, nous recevons de M. le docteur Corre (de Brest) une lettre dans laquelle, après nous avoir signalé une thèse de M. Despetits sur le même sujet (Montpellier, 1873), il présente, sur l'observation qu'il a lui-même publiée (*Archives de médecine navale*, 1879), et qui a été citée par M. Rochefort, les remarques suivantes :

Relativement au malade qui a fait l'objet de ma note, j'ai eu le tort d'établir un diagnostic à trop longue portée, sur deux points particuliers : — l'état du petit orteil gauche, qu'à sa forme et à sa consistance je considérais comme en imminence de résorption profonde et de sillonnement superficiel : j'ignore si mes prévisions se sont réalisées; — l'état diathésique, qu'à l'aspect de certaines cicatrices, des rides et d'une sorte de ratatinement de la paume des mains, je soupçonnai de nature lépreuse : mon successeur immédiat à Nossi-bé n'a point partagé ma manière de voir, et ne croit pas à la lèpre chez mon malade. Je dois donc abandonner toute appréciation trop absolue, basée sur ces deux points. Mais je ne puis que maintenir ce que j'ai dit à propos du petit orteil droit.

Je crois que dans l'aïnhum, et sous l'influence d'une lésion nerveuse trophique, ayant probablement son origine en un territoire du système nerveux spinal, il y a tout d'abord résorption des parties profondes, soit au niveau d'une articulation, soit au niveau d'un point quelconque de la continuité d'un os; — que cette résorption appelle autour d'elle comme une sorte de travail cicatriciel, qui aboutit à la formation du sillon scléreux : les parties situées au delà du sillon éprouvent nécessairement des modifications dans leur nutrition ; le tissu graisseux, qui s'accommode d'une nutrition languissante, bénéficie de l'amoindrissement des échanges, il tend à se développer davantage, tandis que les autres tissus, de vitalité plus grande, s'atrophient peu à peu. Mais il n'y a pas, sans doute, dégénérescence graisseuse, dans la rigoureuse acception du mot, bien moins encore gangrène.

Ces changements sont-ils commandés par un état diathésique particulier ? Je n'ose plus l'affirmer et j'avoue que mon distingué collègue, le Dr Guyot, a été fort sage, en se renfermant dans la prudente réserve que l'on sait, à la suite des remarquables observations qu'il a publiées (voy. son dernier travail dans le *Progrès médical* du 7 mai 1881). Mais convient-il bien de critiquer trop vivement l'hypothèse d'une relation entre l'aïnhum et la lèpre, au moment où d'éminents savants rapprochent celle-ci de la sclérodomie ?

Ce que j'ai surtout voulu combattre, c'est la théorie de l'action des causes externes dans l'étiologie de l'aïnhum ; je repousse l'intervention de ces causes, toujours banales, ou si je leur accorde un rôle, en certains cas, ce n'est qu'un rôle accessoire, adjuvant de l'action nerveuse trophique.

Dr A. CORRE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES MONTRANT QUE DES CAUSES DIVERSES, MAIS SURTOUT DES LÉSIONS DE L'ENCÉPHALE, ET EN PARTICULIER DU CERVELET, PEUVENT DÉTERMINER, APRÈS LA

---

recherches sur les interrupteurs électriques que la pression exercée au point de contact entre deux corps conducteurs appuyés l'un sur l'autre, pouvait influer considérablement sur l'intensité électrique développée; or, c'est l'application de ce principe qui constitue l'origine des microphones et des appareils dit « *transmetteurs à charbon* », et personne ne contestera le mérite de ces applications à Edison et à Hughes.

Rien n'est plus simple que l'appareil primitif de Hughes. Il se compose d'un circuit formé par trois clous, une pile et un téléphone ordinaire, reliés par des fils. Représentez-vous deux grands clous ou pointes de Paris, disposés parallèlement et à 1 millimètre de distance ; à chacun d'eux est fixé un fil conducteur communiquant avec les fils d'un téléphone récepteur, mais l'un de ces fils est en rapport avec une pile de plusieurs éléments; le courant est donc interrompu par l'intervalle des deux clous; mais si l'on place en travers de ceux-ci un clou perpendiculaire, le courant passe de la pile au téléphone par l'intermédiaire des trois clous ; il y a un circuit fermé. Le courant passe ainsi par les trois points de contact des trois clous; or ce contact étant imparfait, le clou transversal devient un transmetteur téléphonique parfait. Ainsi que l'a écrit M. Hospitalier (*Principales applications de l'électricité*, p. 267) : « des paroles dites, des airs chantés à ce petit » clou qui peut danser sur les deux autres au son de l'arti- » culation et de la note émises y sont instantanément transmis » au récepteur. » Dans le microphone classique de Hughes, dont M. Ducretet a construit un modèle très favorable aux expérimentations, c'est un crayon de charbon de cornue qui transmet les variations de résistance électrique résultant des vibrations qui lui sont communiquées par la table d'harmonie sur laquelle il repose, et l'on sait que la marche des insectes, les pas d'une mouche transmis au téléphone récepteur de ce microphone peuvent être perçus par l'oreille de l'observateur.

Ce principe de la transmission ou de l'amplification des sons par le transmetteur à charbon a reçu des applications pratiques dont la démonstration a été éclatante à l'Exposition,

mort, une contracture générale ou locale. Mémoire de M. *Brown-Séquard*. — Depuis longtemps les chirurgiens militaires ont signalé un fait très singulier et jusqu'ici inexplicable. Ils ont vu des individus, tués sur un champ de bataille, conserver après la mort l'attitude qu'ils avaient au moment d'une blessure mortelle. Des expériences extrêmement nombreuses ont conduit l'auteur à trouver l'explication de ces faits... Le diaphragme est quelquefois atteint d'une rigidité qui n'est pas de la raideur cadavérique, mais bien une contracture, c'est-à-dire un acte vital, soit au moment de la mort, soit après celle-ci; cette contracture peut cesser et reparaître deux, trois et même quatre fois avant l'apparition de la rigidité finale, c'est-à-dire de la raideur cadavérique proprement dite. L'auteur s'est de plus assuré que le diaphragme est capable de se *contracturer*, non seulement après une excitation même légère de son nerf, mais aussi sans aucune excitation de cause extérieure. Plus tard, il y a deux ou trois mois, il a trouvé que tout ce qui vient d'être dit du diaphragme peut avoir lieu pour les muscles du tronc et des membres.

Il est facile, ajoute M. Brown-Séquard, de s'assurer que la contracture qui se produit au moment de la mort ou peu après dépend de deux causes excitatrices distinctes, l'une primitive, provenant de l'encéphale; l'autre secondaire, ayant son origine dans la partie terminale des nerfs, sinon dans le tissu musculaire lui-même. Des expériences multipliées m'ont, en effet, montré : 1° qu'une fois établie, cette contracture ne disparaît que très rarement, lorsqu'on sépare l'encéphale de la moelle épinière en coupant celle-ci près du bulbe; 2° que dans la majorité des cas la contracture ne se modifie en rien après qu'on a coupé tous les nerfs d'un membre raidi.

Il importe d'ajouter que l'espèce de contracture dont je m'occupe, et qui est incontestablement un acte vital, bien qu'il ait lieu après la mort, peut survenir tardivement après celle-ci, soit dans le diaphragme, soit dans les membres. Elle peut apparaître alors que depuis quelque temps déjà toute excitabilité a disparu dans le centre cérébro-rachidien, mais elle ne se montre jamais après que les nerfs moteurs ont perdu leur excitabilité.

Conclusions. — De ces faits l'auteur conclut : 1° qu'une contracture véritable peut survenir un certain temps après, aussi bien que quelque temps avant la mort, et que cette contracture peut durer longtemps et passer à l'état de rigidité cadavérique ou disparaître complètement, et permettre alors de reconnaître la persistance de l'irritabilité musculaire; 2° que des diverses parties de l'encéphale, celle qui a le plus de puissance pour produire de la contracture après la mort est le cervelet; 3° que la conservation de l'attitude qu'ils avaient avant la mort, et que l'on a observée chez des soldats tués sur un champ de bataille, dépend non d'une apparition soudaine de rigidité cadavérique, mais de la production d'une contracture véritable.

Sur le mécanisme des troubles moteurs produits par les excitations ou les lésions des circonvolutions du cerveau. Note de M. *Couty*. — L'auteur a cherché à montrer, dans plusieurs communications précédentes, que l'on ne pouvait pas localiser dans le cerveau le point de départ de certains troubles moteurs produits par les excitations ou les lésions des circonvolutions. Il a fait voir (mars 1879, mai 1880) que, sur des singes ou des chiens dont la circulation cérébrale était depuis longtemps arrêtée par la quadruple ligature ou par d'autres moyens, l'électrisation corticale continuait à produire ses effets habituels; et sur ces animaux ou sur d'autres, curarisés, ou anesthésiés, ou paralysés progressivement, il a constaté (mai 1880, avril, mai 1881) que la disparition des contractions ou des convulsions dites corticales coïncidait avec la paralysie tardive des fonctions médullaires. Il avait conclu, de tous ces faits, que la moelle et non le cerveau jouait dans ces phénomènes le principal rôle; il vient en fournir aujourd'hui la preuve directe.

Si, au lieu de lier les artères encéphaliques, on comprime l'aorte abdominale, ou encore si l'on injecte des spores de lycopode en suspension dans l'eau, par le bout central de l'artère crurale, on observe que la suppression de la circulation et des fonctions d'une région limitée de la moelle entraîne immédiatement la cessation, dans les muscles correspondants, des contractions qui auparavant étaient produites par l'électrisation du cerveau. Le singe ou le chien en expérience conserve intactes toutes les réactions de la tête et des membres antérieurs; et, soit que l'on excite le cerveau, soit que l'on excite le plexus brachial, ou même quelquefois quand on électrise le nerf sciatique, il continue à exécuter des mouvements de défense ou des mouvements réflexes de tout le train antérieur, et il conserve aussi une très grande sensibilité de la moelle anémiée aux divers excitants mécaniques ou électriques. Les fonctions conductrices de cette moelle sont donc partout conservées, et cependant le cerveau cesse d'agir sur les muscles.

On pouvait reprocher à ces observations de porter sur des troubles irritatifs passagers, qui s'expliquaient diversement; mais l'auteur ayant, dans quelques-unes de ses expériences sur les singes, vu ces animaux devenir hémichoréiques ou hémiathétosiques à la suite de lésions cérébrales ou mieux corticales, il les a immédiatement utilisés. Seulement, au lieu d'enlever simplement la circonvolution ou l'hémisphère lésé, il a agi sur la moelle elle-même en l'isolant du cerveau par segments, ou en la détruisant. La ligature de la moelle cervicale a laissé persister tous les mouvements des membres et de la queue : la double ligature cervicale et dorsale a laissé persister aussi toutes les secousses d'un singe hémichoréique.

En résumé, sur des animaux dont on a lésé le cerveau, la

---

dans les auditions de l'Opéra et du Théâtre-Français, à l'aide des téléphones Ader. Les transmetteurs étaient des caisses microphoniques disposées sur la scène de ces théâtres près de la rampe.

En résumé, dans le microphone, c'est la variation de l'intensité du contact des deux charbons qui détermine la variation d'intensité et de résistance dans le circuit, d'où résultent les ondulations électriques qui, transmises à la lame du téléphone, produisent des sons, avec cette précision que nous avons souvent admirée.

L'ingéniosité des électriciens ne s'est pas bornée à rendre pratiques les installations téléphoniques basées sur les microphones et les transmetteurs à charbons; elle nous a présenté des applications pour l'étude des bruits normaux et anormaux qui sont du domaine de l'auscultation ou de la percussion.

Il ne nous serait pas possible de décrire ici tous les appareils microphoniques applicables à la clinique qui ont été présentés dans les diverses sociétés savantes, pendant ces dernières années; et si nous nous bornions à ceux que l'on a pu voir fonctionner à l'Exposition d'électricité, nous serions restreints à ne citer, à côté des constructeurs français tels que Verdin, Chardin, Gaiffe, Trouvé, que les appareils de Boudet, de Paris, et de Hughes.

Nous préférons résumer les résultats obtenus par l'emploi de ces instruments.

Les sphygmophones sembleraient devoir tenir le premier rang parmi les appareils utilisables en clinique; mais bien que M. Ducretet ait réussi à transformer en tracés les battements cardiaques recueillis par son appareil, malgré les perfectionnements apportés par M. Spillmann et M. Dumont aux sphygmophones de Stein et de Richardson, on ne peut présenter d'autre *sphygmophone* ayant donné des preuves d'applications importantes à la clinique que le microphone à transmission du docteur Boudet, de Paris. Une série de recherches entreprises par ce médecin avec M. le docteur De-

moelle isolée reste donc capable de commander, à elle seule, aux mouvements convulsifs qui sont venus consécutivement à la lésion corticale.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 3 JANVIER 1882. — PRÉSIDENCES SUCCESSIVES DE MM. LEGOUEST ET GAVARRET.

Eaux minérales. — Cow-pox. — Concours Gerdy. — Asiles d'aliénés.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet à l'Académie une demande de M. le président de la commission des pensions à accorder aux citoyens victimes de leur dévouement à la cause publique, « afin de dresser un état des savants tués ou blessés en faisant des recherches scientifiques »; il prie l'Académie de l'aider à compléter ce travail en fournissant des renseignements spéciaux qu'elle pourra réunir. — Cette demande est renvoyée à l'examen d'une commission de MM. le Président, le Secrétaire perpétuel, Rochard, Léon Lefort et Dujardin-Beaumetz.

M. le ministre du commerce et des colonies transmet les états des vaccinations pratiquées en 1880 par Mlle Leclère, sage-femme à Alençon, et par Mme veuve Pernelle, sage-femme à Loulay-l'Abbaye (Orne). (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Bouchard* se porte candidat à la place déclarée vacante de la section de pathologie médicale; M. le docteur *Farabeuf* adresse une lettre de candidature à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie et de physiologie; M. le docteur *Picot* (de Bordeaux) demande à être admis au titre de correspondant national.

Mme *Lafitte*, sage-femme à Salies-de-Béarn, envoie la liste des vaccinations et revaccinations qu'elle y a pratiquées en 1880. (*Commission de vaccine.*)

M. *Rochard* présente : 1° de la part de M. le docteur *Fonssagrives*, la 6e édition de ses *Entretiens familiers sur l'hygiène*; 2° au nom de M. le docteur Bernard, la *Constitution médicale de Cannes en* 1880-81.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose une brochure de M. le docteur Carbiglietti (de Turin) sur les *Œuvres médicales et chirurgicales* de M. le docteur *Giacomo di Lorenzo.*

M. *Noel Gueneau de Mussy* offre une brochure qu'il vient de publier sous le titre suivant : *Contribution à la pathologie et à la thérapeutique du goître exophthalmique.*

M. *Léon Colin* présente, de la part de M. le docteur *Sorel*, médecin-major à Sétif, un mémoire intitulé : *Recherches sur la glycosurie chez les paludiques, résultats négatifs.*

M. *Depaul* dépose une brochure de MM. les docteurs *Parissis* et *Tetzis* sur *l'Ile d'Hydra, le tzanaki, maladie spéciale à l'enfance et les maladies des plongeurs.*

M. *Tillaux* fait hommage de la 3e édition de son *Traité d'anatomie topographique avec application à la chirurgie.*

M. *Panas* présente un *ophthalmoscope à deux observateurs*, imaginé par M. le docteur H. Courssorant fils.

RENOUVELLEMENT DU BUREAU POUR 1882. — L'échange habituel des pouvoirs a eu lieu cette année entre M. Legouest, président sortant, et M. Gavarret, appelé au fauteuil de la présidence pour 1882. Le premier n'a pas manqué de faire le compte rendu traditionnel des travaux de l'Académie pendant les douze mois qu'il a eu l'honneur de diriger ses débats, pas plus qu'à l'hommage rendu aux morts de l'année écoulée, Littré, Maurice Raynaud, Armand Moreau, Bouillaud et Briquet, ainsi qu'aux compliments à l'adresse des nouveaux élus, MM. Besnier, Cusco, Baudrimont et Marjolin. L'Académie a accueilli avec une vive sympathie cet élégant résumé de ses travaux et applaudi les sentiments exprimés par son ancien président sur l'esprit de science et de progrès qui l'anime et qui porte si bien l'empreinte des aspirations de notre époque, alors que partout « aux idées générales, quelquefois amoindries par le doute mais rehaussées par l'ampleur, au goût littéraire et spiritualiste, a succédé le besoin de la critique, le culte des faits, la négation ou l'affirmation, rapprochant graduellement la médecine du but qu'elle entrevoit ».

M. *Gavarret* a remercié en excellents termes son prédécesseur de « l'intelligence, de l'aménité et de la dignité » avec lesquelles il a présidé l'Académie; après avoir appelé au fauteuil de vice-président M. Hardy, il a rendu compte de la visite faite par l'Académie il y a un mois à M. le ministre de l'instruction publique et insisté sur les promesses faites par celui-ci pour donner enfin à l'Académie l'installation qu'elle demande depuis près d'un demi-siècle, « héritage que j'espère bien, a dit M. le ministre, ne pas léguer à mon successeur. »

EAUX MINÉRALES. — Conformément aux rapports de M. *Jules Lefort*, l'Académie émet un avis défavorable en ce qui concerne l'autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, l'eau d'une source de Campo-Cardetto (Corse), et favorable en ce qui concerne l'introduction en France de l'eau de la source d'Hunyadi-Laszlo, à Pesth.

COW-POX. — M. *Depaul* donne lecture d'une note que lui a adressée M. le docteur *Dubreuilh* (de Bordeaux) sur un cas de cow-pox spontané qui vient d'être découvert dans la Gironde; cette note entre dans les détails les plus minutieux sur les premières inoculations faites avec ce vaccin. Une génisse inoculée a été envoyée à l'Académie, où elle sert en ce moment à vacciner un certain nombre d'enfants. M. Depaul rappelle à cette occasion qu'il y a dix-huit ans il ramena de Beaugency une génisse inoculée avec du cow-pox spontané, qui servit alors à régénérer le vaccin fourni en si grande abondance chaque année par l'Académie. Il annonce en passant qu'un certain nombre d'expériences vont être tentées ces jours-ci avec cette nouvelle génisse; la plupart des membres de l'Académie, à commencer par M. *Jules Guérin*, paraissaient assez désireux de connaître le programme de ces futures expériences.

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — Un candidat, M. *Fraisse*, s'est enfin présenté cette année pour le concours institué par le legs de M. Vulfranc-Gerdy; ayant brillamment passé les épreuves, suivant le rapport de M. Constantin Paul et conformément aux conclusions de ce rapport, l'Académie lui confère le titre de stagiaire des eaux minérales.

C'est la seconde fois, en trois ans, que l'Académie met ainsi à exécution les volontés du légataire; le premier candidat admis a donné sa démission après deux des quatre

---

boye, à l'aide de cet instrument, leur a permis de démontrer que le second souffle crural de l'insuffisance aortique est un bruit propagé, parce que, se servant de deux microphones l'un appliqué sur le cœur, l'autre sur la crurale, on constate le synchronisme du deuxième souffle cardiaque et du deuxième souffle crural.

Le myophone est basé sur l'emploi du transmetteur à charbon. M. Boudet de Paris a montré, par ses communications à la Société de biologie, qu'il y avait, au point de vue de la clinique ou de la physiologie, un grand intérêt à examiner, à l'aide de cet appareil, la paralysie ou la contracture des muscles, les altérations de la tonicité musculaire chez l'ataxique, et les tremblements musculaires de diverses causes; enfin dans l'étude de la rigidité cadavérique, des contractures de l'agonie, le myophone mérite l'attention des physiologistes.

Nous rappellerons que le microphone a été utilisé pour l'inscription de la voix articulée, pour l'exploration de la vessie (sonde microphonique de Thompson), pour la recherche des corps étrangers métalliques (appareil de Hughes); mais nous n'insisterons pas sur la description des appareils employés, il faudrait en pareille matière étudier avec détails ces appareils dont les figures sont publiées dans les traités spéciaux (Du Moncel, le *Téléphone*) ou dans des mémoires et des revues (*Revue de médecine*, 10 septembre et 10 octobre 1881). D'ailleurs la plupart de ces appareils se trouvent chez nos fabricants les plus habiles, tels que Gaiffe, Verdin, Chardin, etc. Les applications diagnostiques et même thérapeutiques des microphones méritent l'attention des spécialistes; l'utilisation du microphone de Hughes pour faire entendre son fils est devenue légendaire; on sait qu'on peut faire entendre des sourds-muets à plusieurs kilomètres avec le système téléphonique et microphonique plus facilement qu'en leur criant dans l'oreille. Les expériences de MM. Bert et d'Arsonval ont montré la possibilité de mesurer l'acuité auditive par le système téléphonique, et M. Hughes est venu apporter la mesure pratique

années pendant lesquelles il devait remplir les obligations de son titre. M. *Depaul* serait assez disposé, dans de telles conditions, à supprimer ce concours et à le modifier aussi complètement que les termes de la donation peuvent le permettre. C'est précisément ce que l'Académie a déjà fait, réplique M. le *Secrétaire perpétuel*, et elle ne pourrait aller plus loin sans perdre la plupart des avantages affectés à la donation; les conditions moins rigoureuses qu'on a pu établir permettent de penser que pour le concours de l'an prochain un certain nombre de candidats se présenteront; il en est plusieurs qui s'y préparent. Il convient donc de tenter un nouvel essai. Rappelons que, pour concourir, il suffit d'avoir passé avec succès trois examens de doctorat; le concours comprend une épreuve écrite et une épreuve orale, et le candidat admis reçoit annuellement 1500 francs pour passer quatre mois pendant quatre ans dans une station d'eaux minérales désignée par l'Académie.

Asiles d'aliénés aux portes ouvertes. — En Ecosse, depuis quelques années, on a non seulement renoncé à tout moyen de contrainte dans le traitement des aliénés, tels que la camisole, les manchons et les entraves; mais on s'efforce encore de réduire au strict indispensable les différences entre la vie au dehors et le mode d'existence intérieur des asiles. C'est ainsi qu'on y supprime tout mode apparent de clôture, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des asiles, et qu'il suffit de tourner un bouton pour en ouvrir toutes les portes. C'est ce qu'on appelle les asiles aux portes ouvertes, dont l'un des modèles visités par M. *Foville*, et qu'il a décrit dans une note lue à l'Académie, est un établissement situé à Lenzie près Glasgow, pour 500 aliénés. Il ne faudrait pas croire cependant, ajoute M. Foville, que les malades y soient tout à fait libres de circuler, et qu'ils soient abandonnés au hasard sans ordre et sans discipline. Loin de là ; nulle part l'ordre ne paraît plus réel; seulement les obstacles matériels ostensibles sont remplacés par la précision dans l'emploi du temps et dans l'enchaînement des occupations, par la régularité acquise des habitudes et surtout par la vigilance toute particulière du personnel de surveillance; car chaque surveillant doit étudier plus complètement les malades qui lui sont confiés, puisqu'il n'a ni muraille ni serrure pour l'aider dans sa surveillance; c'est seulement par la persuasion et les bons sentiments qu'il peut les maintenir dans l'observation des règles prescrites pour la tranquillité de l'établissement. M. Foville partage l'opinion des aliénistes anglais qui repoussent ce système du *non restraint* absolu, malgré les excellents résultats qu'il fournit en Ecosse; il pense comme eux que les aliénés de ce pays sont plus calmes et plus apathiques que partout ailleurs, et que cette manière de procéder ne fait que substituer la résistance humaine, pouvant devenir active, à un obstacle matériel et inerte. Il croit que son application restera très limitée et qu'elle ne pourra jamais avoir lieu en France; mais comme d'une manière ou d'une autre, ce système provoquera des imitations partielles ou réduites, il contribuera du moins indirectement à améliorer dans son ensemble le sort des aliénés de tous les pays. — Le mémoire de M. Foville est renvoyé à la commission des candidatures pour la place vacante d'associé libre.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Des altérations du chloroforme. — De la résection du maxillaire supérieur.

M. *Berger*. Dans la dernière séance, M. Lucas-Championnière a attiré l'attention sur les accidents qui surviennent pendant la chloroformisation, et qu'on peut attribuer au chloroforme. C'est à l'hôpital de la Charité que l'attention de M. Berger a été attirée sur les divers chloroformes et sur l'instabilité de leurs effets physiologiques. Voici les caractères du mauvais chloroforme : odeur peu suave, prenant à la gorge, comme l'acide acétique. Après l'anesthésie, la compresse de toile reste tachée en brun ou en gris; il ne devrait pas rester de taches.

Quand le malade respire un mauvais chloroforme, pendant la première période de l'anesthésie, ce malade se défend, la respiration s'arrête fréquemment; il y a comme une action réflexe partant de l'irritation des nerfs laryngés; c'est une préparation à la syncope primitive. La durée de l'anesthésie est ainsi prolongée, et le malade est exposé à l'asphyxie. Une chloroformisation qui a mal débuté marchera mal pendant toute sa durée, et le chirurgien sera préoccupé.

Avec le chloroforme des hôpitaux, nous avons tantôt une anesthésie régulière et d'autres fois une anesthésie irrégulière. M. Berger est convaincu que l'administration donne du bon chloroforme, et cependant ce chloroforme arrive mauvais dans les salles; à la pharmacie, il séjourne dans des flacons de 8 à 10 litres; cette provision s'épuise lentement, et le chloroforme se décompose. M. Berger propose de mettre le chloroforme dans des petits flacons en verre bleu, qui seraient ouverts seulement au moment où l'on en aurait besoin.

M. *Perrin* avait aussi été frappé des difficultés qu'on rencontre dans l'anesthésie chloroformique. En 1860, il accordait une importance secondaire à la pureté du chloroforme; mais, depuis, ce qui était l'exception est devenu la règle. Les chloroformisations sont plus lentes, plus irrégulières, et provoquent plus souvent des vomissements; le chloroforme n'a plus la même odeur.

---

de ce mode d'investigation, à l'aide d'un instrument spécial.

Si nous avions voulu faire un compte rendu complet de l'Exposition d'électricité, même en nous bornant aux seuls sujets qui intéressent les médecins, nous trouverions notre tâche inachevée, parce que nos souvenirs nous engageraient à insister sur bien des questions d'instrumentation ou de technique spéciale; mais comme nous sommes convaincu que l'Exposition d'électricité aura été pour nous tous une occasion d'approfondir des questions spéciales, et qu'elle a consacré l'accomplissement de progrès dont la pratique profitera certainement, nous nous sommes bornés à signaler les résultats les plus originaux et les plus récents.

A. Hénocque.

Société française de tempérance. — La Société a formé son bureau comme il suit pour l'année 1882 : *Président :* M. Frédéric Passy. *Vice-présidents :* MM. Théophile Roussel, Levasseur, Duverger et Bouchardat. *Secrétaire général :* M. le docteur L. Lunier. *Secrétaires généraux adjoints :* MM. les docteurs Decaisne et Vidal. *Secrétaires des séances :* MM. les docteurs Goyard et Guignard. *Bibliothécaire-archiviste :* M. le docteur A. Motet. *Trésorier :* M. Jules Robyns. — Nous croyons devoir rappeler que la Société décerne chaque année, dans sa séance solennelle du mois de mars, un certain nombre de médailles et de livrets de caisse d'épargne. Toutes les demandes de récompenses, avec pièces à l'appui, doivent être adressées, avant le 1er février 1882, au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, où sont également reçues les adhésions.

Hôpital des Enfants. — M. le docteur Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants, commencera des leçons cliniques le samedi 14 janvier, à neuf heures, salle Saint-Ferdinand, et les continuera les samedis de chaque semaine, à la même heure. Il s'occupera surtout des maladies cutanées et des maladies chroniques de l'enfance. — Consultations le mercredi et le jeudi.

Au moment où M. Perrin faisait son enquête, il prit du chloroforme dans les meilleures pharmacies de Paris, et il n'en fut pas satisfait; tous ces chloroformes se coloraient en brun marron par l'acide sulfurique. Ce chloroforme impur fut rectifié, et donna ensuite des chloroformisations régulières. M. Lucas-Championnière a eu des déconvenues avec le chloroforme des hôpitaux; M. Sédillot disait que le chloroforme pur et bien administré ne tue jamais; il demandait le plus pour avoir assez; M. Perrin n'accepte pas cet axiome. L'état anesthésique par l'éther ou le chloroforme expose à des dangers de mort subite; la cause de mort n'est pas l'absorption excessive de l'agent anesthésique.

Presque tous les chirurgiens anglais ont abandonné le chloroforme pour l'éther. M. Perrin a expérimenté sur les chiens; il a eu beaucoup à se louer de cet animal. Cl. Bernard employait aussi ce réactif. D'ailleurs la question paraît épuisée au point de vue physiologique; c'est le côté pratique qu'il faut considérer. Il faut rechercher le chloroforme de bonne qualité, car la manière de l'employer est connue. M. Régnauld apporte beaucoup de soins dans la rectification du chloroforme des hôpitaux; il le distille sur du chlorure de calcium sec au contact de l'huile; de là viendrait peut-être la tache sur le linge observée par M. Berger. On doit essayer le chloroforme avant de s'en servir, et n'en pas faire provision.

M. *M. Sée* n'a pas à se plaindre du chloroforme des hôpitaux; il a observé des nausées, des vomissements, mais pas d'autres accidents. Cependant il est d'avis de recommander à l'administration de donner du chloroforme aussi pur que possible.

M. *Farabeuf* a remarqué que les plaintes contre le chloroforme sont périodiques. Autrefois l'administration fabriquait son chloroforme; maintenant, elle l'achète et le rectifie.

Pour vérifier la bonne qualité du chloroforme, M. Régnauld conseille de le verser sur un papier plié en quatre; le papier devra sécher complètement et donner toujours l'odeur caractéristique du chloroforme. M. Farabeuf termine en disant que la question physiologique est loin d'être épuisée, comme le prouvent les expériences de M. Paul Bert.

M. *Després*. Les expériences de M. Paul Bert ont besoin d'avoir la sanction du temps et du nombre avant d'être probantes. Le chloroforme des hôpitaux a varié, et M. Després ne s'en est pas préoccupé. Pur ou non, à peu près bon, tel enfin que les hôpitaux le donnent, le chloroforme est un excellent anesthésique.

M. *Tillaux* n'a jamais eu ou vu des accidents par le chloroforme. Pour lui, l'anesthésie se fait de la même façon aujourd'hui qu'il y a quinze ans : les uns s'endorment facilement, les autres difficilement; les uns se congestionnent, les autres non, et avec le même chloroforme. Ce sont des différences individuelles, parce que les individus changent, l'agent anesthésique restant le même. Le mode d'administration est aussi à considérer.

M. *Le Fort*. La question doit être ainsi posée : les ennuis que nous donne le chloroforme des hôpitaux peuvent-ils être évités avec un autre chloroforme? Ce matin, une malade de M. Tillaux a eu des nausées pendant toute l'anesthésie; c'est un ennui que donne moins souvent le chloroforme de la ville. Autrefois l'administration fabriquait son chloroforme; aujourd'hui elle l'achète à une fabrique de Lille; le chloroforme de la ville vient de la même usine. Il est probable que le séjour longtemps prolongé du chloroforme dans des flacons mal bouchés est la cause de la mauvaise qualité. M. Le Fort a du chloroforme qui depuis trente-trois ans se trouve dans un tube bien fermé; il en fera faire l'analyse.

M. *Lucas-Championnière*. Dans quelle mesure les chloroformes sont-ils purifiés? C'est ce qu'il faut rechercher. On peut obtenir un meilleur chloroforme que celui fourni par l'administration des hôpitaux; nous devons le réclamer, ou demander qu'on améliore celui qui existe.

— M. *Polaillon* lit un rapport sur un mémoire de M. Comballat (de Marseille) : *De la résection du maxillaire supérieur*. M. Comballat repousse la trachéotomie préventive et la ligature préventive de la carotide; il donne la préférence à l'incision interne. M. Polaillon préfère l'incision externe. Les quatre opérés ont guéri; mais l'un d'eux a eu un œil détruit consécutivement; l'arrachement du nerf maxillaire supérieur au ganglion de Gasser est souvent la cause de la fonte de l'œil.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 31 DÉCEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE, VICE-PRÉSIDENT.

Action des vibrations sonores, lumineuses, etc., sur les hystériques : M. Dumontpallier. — Suppression des contractures par l'action du souffle : M. Dumontpallier. — Remarques de M. Charcot. — Doses toxiques de l'alcool dans le sang : M. Gréhaut. — Dermatose spéciale des gallinacés; champignon parasite : M. Mégnin. — Idiotie et démence : M. Magnan. — Microbes de la fièvre jaune : M. Capitan. — Echauffement de la tête et décubitus comme procédés d'investigation physiologique : M. Delaunay.

M. *Dumontpallier* continue l'exposé des recherches qu'il a entreprises sur les hystériques de son service.

Il signale d'abord ce fait que les vibrations lumineuses, sonores, caloriques ont la même action que les aimants. Il développe ensuite les résultats des expériences sur la suppression de la contracture provoquée : en soufflant sur les muscles antagonistes, on obtient la résolution de la contracture.

M. *Charcot* fait remarquer qu'il y a contractures et contractures : si l'on veut indiquer par des chiffres, la durée moyenne des contractures hystériques, on peut dire qu'elles peuvent durer de *un jour à cinq ans*. Par conséquent on ne saurait présenter actuellement aucun moyen sûr de supprimer une contracture hystérique, pas plus du reste que les autres accidents de l'hystérie. A ce propos, M. Charcot insiste sur les réserves qu'il a faites déjà sur l'action thérapeutique des applications métalliques. D'accord avec la commission de la Société de biologie, il a demandé qu'on adoptât le terme de *métalloscopie* substitué à celui de *métallothérapie* pour bien exprimer qu'on ne considérait pas comme un moyen de traitement l'action, fort intéressante du reste, des différents métaux.

— M. *Gréhant*, poursuivant ses recherches sur le dosage de l'alcool dans le sang, s'est proposé de déterminer quelle est la dose toxique de cette substance. Il a injecté dans l'estomac d'un chien du poids de 10^{kil},6, et de demi-heure en demi-heure, 93^{gr},2 d'alcool à 21 degrés (dose indiquée par MM. Lallemand, Perrin et Duroy). Dix minutes après la huitième injection, l'animal est mort. 60 centimètres cubes de sang pris dans la veine cave inférieure, soumis à la distillation dans le vide, ont fourni 60 centimètres d'alcool absolu. Par suite, 100 centimètres cubes de sang contenaient 1 décigramme d'alcool et la dose toxique était égale à 1 pour 100.

Un autre chien soumis à la même expérience est mort après la septième injection, et le sang contenait 1/110 d'alcool, chiffre voisin du précédent.

Si l'on compare ces résultats à ceux que M. Gréhant a obtenus antérieurement, on voit que la dose toxique dans le sang est presque double de la dose 1/197 qui est suffisante pour produire l'ivresse.

— M. *Mégnin* a eu l'occasion d'examiner les parasites qui causent une espèce particulière de dermatose chez les gallinacés. Il s'agit d'un champignon voisin de l'*achorion*

Schœnlenii et de l'*oidium albicans;* il est constitué par un mycelium fin, tortueux et court, émettant des sporophores terminés par des chapelets de 5 à 6 spores d'un diamètre de 6 à 8 μ. Ce champignon pullule exclusivement entre et sur les lames de l'épiderme qu'il couvre d'un produit farineux très blanc. M. Mégnin propose de lui donner le nom d'*épidermophyton gallinæ*.

— M. *Magnan* expose un fait qui montre la dégradation intellectuelle progressive d'un sujet dément amené peu à peu à l'état d'idiotie complète. On sait quelles différences essentielles séparent en général l'idiot du dément : chez le premier des lésions corticales, congénitales ont empêché le développement des facultés intellectuelles ; l'idiot est comme séparé du monde extérieur, il est fermé à toute connaissance, c'est un déshérité de nature. Le dément au contraire, présente toujours la persistance de quelque faculté saillante ; il n'a pas le balancement, le regard vide et fuyant de l'idiot ; les sons qu'il émet ne sont pas comme ceux de l'idiot, des grognements ou des cris inarticulés. Il peut arriver cependant qu'un dément soit peu à peu réduit à l'état de l'idiot type : c'est le cas d'une femme dont M. Magnan rapporte l'histoire avec détail, et qui depuis 1870, à la suite d'une émotion violente, a successivement perdu la mémoire des mots, des choses, la notion des personnes, les sensibilités spéciales, bref est tombée dans un état de dégradation mentale absolue.

L'autopsie a révélé des lésions cérébrales d'un grand intérêt : parmi ces lésions, l'atrophie de l'hémisphère gauche est des plus remarquables : seules les circonvolutions frontale et pariétale ont conservé leur volume et leur aspect normaux. L'atrophie a surtout porté sur le lobe sphénoïdal, le lobe pariétal ; le pli courbe a presque complètement disparu. L'examen histologique à l'état frais a montré une altération profonde des cellules nerveuses corticales ; les vaisseaux présentaient un épaississement considérable de leur gaine, avec prolifération des noyaux.

Il est à remarquer que les circonvolutions frontales étaient à peu près intactes, ce qui peut sembler étonnant avec l'aphasie complète observée pendant la vie. Il se pourrait que des lésions corticales rétro-frontales produisent les mêmes phénomènes d'aphasie, ainsi que semble le montrer l'observation précédente.

— M. *Capitan* annonce à la Société que le laboratoire de pathologie générale de la Faculté a reçu du docteur Monard des tubes renfermant des liquides de culture fournis par des sujets atteints de fièvre jaune. L'examen microscopique a fait constater dans ces liquides de très nombreux microbes, formés de micrococcus isolés ou constituant des points doubles, de petits bâtonnets ; les tubes contenaient aussi une albumine rétractile. Des cultures faites avec le liquide des tubes reçus du docteur Monard ont parfaitement réussi et des inoculations ont été faites : leurs résultats seront communiqués à la Société.

— M. *Delaunay* expose « deux nouveaux procédés d'investigation physiologique » : de ces procédés, le premier consiste dans la provocation de l'activité cérébrale par les applications chaudes sur différentes régions de la tête ; le second est relatif aux phénomènes intellectuels variés qu'on peut provoquer suivant le mode de décubitus. C'est en examinant la nature des rêves intelligents ou désordonnés, logiques ou insensés qui résultent de ces différentes conditions que M. Delaunay a été amené à présenter l'échauffement de la tête et les différents décubitus comme des procédés d'étude physiologique.

En ce qui concerne l'action de la chaleur extérieure sur le cerveau, M. Delaunay a rappelé que M. François-Franck avait fait la critique des expériences tendant à établir un rapport direct entre l'état fonctionnel de certaines parties du cerveau et l'augmentation locale de la température crânienne dans les parties correspondantes. Cependant la coexistence des deux actes, fonctionnement cérébral et élévation superficielle de la température coexistant, M. Delaunay a cru logique de renverser pour ainsi dire les termes de la question et d'échauffer le cerveau par l'extérieur. On peut remarquer qu'il n'y a aucun rapport entre les réserves faites par M. Franck au sujet de la thermométrie péricrânienne *dite cérébrale*, et les faits examinés par M. Delaunay.

— M. *Beauregard* annonce qu'un cétacé de grande taille, ayant atterri au voisinage d'Arcachon (rives du Porche), il en a retiré une masse fibro-cartilagineuse d'un volume considérable occupant l'articulation *temporo-maxillaire* et qu'il va soumettre à l'examen.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. TRASBOT.

Glycérés et huiles médicamenteuses : M. Vigier. — Solution de caféine pour injections hypodermiques : M. Tanret. — Du danger des mouvements forcés dans le traitement des contractures : M. Dally. — Elections.

A propos du procès-verbal de la dernière séance, M. *Vigier* fait remarquer la différence qui existe, au point de vue thérapeutique, entre les dissolutions d'alcaloïdes dans l'huile ou dans la glycérine. Certes, les alcaloïdes se dissolvent plus aisément dans la glycérine, mais l'absorption cutanée étant presque nulle avec cette substance, on n'obtient en définitive qu'une préparation inerte. Les huiles au contraire dissolvent les alcaloïdes, à la faveur de l'acide oléique, en moindre quantité, mais l'absorption cutanée étant plus considérable, elles fournissent des résultats bien autrement manifestes. C'est ainsi que l'huile de morphine et l'huile d'atropine devraient être introduites dans la pratique journalière et inscrites au Codex.

— M. *Tanret* lit une note sur les *solutions de caféine pour les injections hypodermiques*. La caféine pure exige quatre-vingt-treize fois son poids d'eau pour une dissolution complète, aussi n'a-t-elle pu jusqu'ici être employée couramment en injections sous-cutanées, 1 centimètre cube de liquide ne renfermant qu'un peu plus de 1 centigramme de principe actif. Or, la plupart des sels de caféine proposés dans ce but, acétate, valérianate, lactate, se décomposent, en présence de l'eau, en acide libre et caféine qui se précipite à cause de son faible degré de solubilité. Les sels à acides minéraux, sulfate, chlorhydrate, bromhydrate, sont peu stables et n'offrent aucun avantage, le titre de la solution restant toujours incertain. M. Tanret a cherché à obtenir un sel de caféine au moyen de l'acide chlorigénique qui lui est associé dans le café, ainsi que l'a démontré Payen ; malheureusement ce sel est d'une préparation difficile et laborieuse. Il a eu dès lors recours à des acides similaires, tels que l'acide benzoïque, cinnamique et salicylique ; il a pu obtenir ainsi des sels doubles de caféine et de soude, présentant l'avantage d'être solubles dans d'assez fortes proportions et d'avoir une composition constante. On prépare avec le benzoate double de caféine et de soude une solution renfermant 20 centigrammes d'alcaloïde par centimètre cube ; la solution de salicylate double en contient de 25 à 30 centigrammes par centimètre cube. Les solutions de benzoate et de salicylate sont ordinairement alcalines, on les neutralise au moyen de l'acide correspondant. Ces sels n'ont pas cependant une stabilité très grande, car ils se décomposent lorsqu'on traite leur solution par le chloroforme, et la caféine, moins soluble que le sel lui-même, est précipitée.

M. *Vigier* pense que c'est par suite d'une décomposition analogue des sels de narcotine contenus dans l'opium, qu'on

obtient au moyen du chloroforme, de l'éther, ou de la térébenthine, la narcotine dite libre; elle ne diffère d'ailleurs en rien de la narcotine dite combinée que l'on extrait également de l'opium brut pendant la préparation de la morphine.

M. *Dujardin-Beaumetz* a employé le benzoate double de soude et de caféine chez deux malades atteints, l'un de diphthérie, l'autre d'accidents cholériformes. Il n'a constaté aucune action irritante locale de la solution préparée par M. Tanret pour les injections hypodermiques; quant à la valeur thérapeutique du médicament, il ne peut formuler jusqu'ici aucune opinion.

M. *Féréol* demande si les sels doubles de caféine proposés par M. Tanret ne peuvent pas être administrés par la voie stomacale?

M. *Tanret* n'avait d'autre but que de préparer une solution de caféine assez concentrée pour la pratique des injections sous-cutanées, mais les sels doubles qu'il a obtenus peuvent être administrés en potion. Il suffit de prescrire la dose de caféine voulue, et d'y ajouter la quantité de benzoate ou de salicylate de soude suffisante pour la dissolution complète de l'alcaloïde; on obtient ainsi très facilement une préparation extemporanée du sel double renfermant une dose connue de caféine.

— M. *Dally* insiste sur *le danger des mouvements forcés dans le traitement des roideurs articulaires par contracture.* Il rapporte l'observation d'une jeune fille qui fut prise, sans cause connue, de douleurs dans un bras et dans la jambe correspondante, et chez laquelle une roideur articulaire par contracture des muscles ne tarda pas à s'établir dans les membres malades. Cette jeune fille ne présentait, dit M. Dally, aucun des attributs de l'hystérie. Des mouvements forcés furent imprimés aux articulations, et sous l'influence de cette thérapeutique *brutale* la contracture s'accentua. Consulté à cette époque, M. Dally conseilla le repos simple et s'opposa énergiquement à toute manœuvre de force; les accidents disparurent, au bout de trois mois, du côté du membre supérieur, mais la cuisse et la jambe restèrent immobilisées dans l'extension, avec flexion du pied sur la jambe. Les parents de la malade crurent devoir recourir de nouveau à des soins plus actifs : les mouvements forcés et le massage sous toutes les formes furent encore mis en œuvre; on appliqua ensuite les courants électriques, sans plus de succès, et l'on en vint à conseiller la ténotomie du jambier antérieur. Appelé de nouveau auprès de la patiente, M. Dally institua un traitement tout différent : pour lui, il n'y a pas, dans ce cas, de contracture musculaire vraie; les muscles sont en état *d'appréhension* par suite du souvenir conservé par la malade, des souffrances que lui ont fait endurer les manœuvres violentes. Dans les contractures par lésions des centres nerveux, la roideur persiste pendant le sommeil; or, dans ce cas, d'après les renseignements fournis par les parents, elle disparaît, au moins en partie; le fait n'a pu encore être vérifié. Il serait imprudent de recourir à l'anesthésie par le chloroforme qui, déjà pratiquée, a déterminé des accidents asphyxiques menaçants. En résumé, dit M. Dally, c'est là une pseudo-contracture causée par l'effroi qu'éprouve la jeune fille à l'idée seule du mouvement, à la seule pensée *qu'elle a un pied;* le traitement doit être purement moral et n'avoir d'autre but que de modifier *la cérébration.* Il s'est efforcé de gagner la confiance de sa malade, de lui persuader qu'aucun mouvement forcé ne serait tenté, qu'aucun appareil ne serait appliqué, et depuis lors il s'est produit une légère amélioration.

Élections : — Sont nommés : Président, M. H. Gueneau de Mussy; — vice-président, M. Dujardin-Beaumetz; — secrétaire général, M. C. Paul; — secrétaires, MM. Michel, E. Labbée et Grellety.

André PETIT.

REVUE DES JOURNAUX

De l'action des irritants sur la peau,
par le docteur Isaac OTT.

L'application d'un irritant sur la peau agit à la fois sur les extrémités nerveuses et sur les vaisseaux sanguins. Ces derniers se contractent au point même où l'irritation a été produite, en même temps que ceux des régions voisines se dilatent. L'action nerveuse se traduit par des réflexes sur les nerfs périphériques ou les centres nerveux qui président à la motilité, à la circulation et à la respiration. Ces faits ont produit par le sulfure de carbone, d'une manière analogue à ceux que S. Weir Mitchell a observés avec la rhigolene et que M. Brown-Séquard a étudiés avec le chloroforme et le chloral anhydre.

L'auteur a continué l'étude de ces phénomènes en employant d'autres substances, la térébenthine, le bromure d'éthyle, le parabromotoluène, l'huile de moutarde, le chloroforme, l'éther et l'alcool. En opérant sur le pigeon, dans quelques expériences, l'application étant faite sur la région postérieure du cou, on observait la paralysie et l'anesthésie de l'aile et de la patte du côté opposé et de l'hyperesthésie de la zone correspondant à l'application du sulfure de carbone ou de la térébenthine. Appliqué sur la peau de la nuque des chats et des chiens, le sulfure de carbone donnait lieu à de violents mouvements, auxquels succédait la tendance au sommeil et l'anesthésie des extrémités. Ces phénomènes se montraient aussi chez le pigeon, même après l'ablation préalable de la surface du cerveau, ce qui indiquerait que la substance grise de la base peut présider à ces mouvements.

1° *Action sur la circulation.* — Au moyen du kymographion de Ludwig, on constatait que dans la minute qui suivait l'application du sulfure de carbone sur la nuque, les pulsations diminuaient; puis immédiatement après augmentaient en nombre et restaient telles pendant un certain temps. Par la section du nerf vague on empêchait la production de ces phénomènes, et si, comme l'avait vu auparavant Kratschmer, on irritait les branches nasales du trijumeau, le pouls diminuait rapidement, ainsi que la respiration. De même que M. Brown-Séquard, l'auteur « remarque que, si, après avoir établi la respiration artificielle au moyen d'une canule trachéale, on fait une application de sulfure de carbone dans les narines, le cœur s'arrête quoique la respiration artificielle soit continuée. » Ces faits sont donc bien des phénomènes d'inhibition.

2° *Action sur la respiration.* — En application sur la peau, le sulfure de carbone provoque une augmentation des mouvements respiratoires, même après l'ablation de la surface du cerveau. Si l'application a lieu sur les narines on observe une diminution de ces mouvements par une action inhibitoire analogue à celle qui est exercée sur le cœur.

3° *Action sur le système nerveux.* — Ces phénomènes sont dus à l'inhibition et n'ont leur origine, ni dans les troubles respiratoires, ni dans les troubles circulatoires. Dans la théorie que soutient l'auteur, il faut admettre que la substance grise contient des centres excito-moteurs et des centres inhibitoires et que ces derniers, placés surtout à la base des couches optiques et à l'origine des pédoncules cérébraux, envoient des fibres qui s'entre-croisent dans le pont de Varole pour se rendre dans la moitié interne du tiers moyen des cordons latéraux de la moelle. L'anesthésie et l'hyperesthésie sont sous l'influence des ganglions excito-moteurs et la paralysie peut s'expliquer par l'excitation des centres inhibitoires.

4° *Action sur la température.* — La température rectale diminuait chez les pigeons après l'application du chloroforme sur la peau.

En résumé, ces phénomènes produits par l'irritation de la

peau au moyen de certains agents, sont dus à l'excitation des centres nerveux, et non pas à des changements dans la circulation. Les nombreuses expériences de M. Brown-Séquard et ses communications à la Société de biologie depuis deux ans, avaient déjà établi ces faits, quelle que soit la théorie adoptée. (*The Journal of nervous and mental disease.* — New-York, juillet 1881, p. 581.)

Des réflexes, par le docteur Geo. L. Wulton, d'après les leçons du professeur Erbs (de Leipsick).

Les principaux réflexes qui ont une valeur au point de vue clinique sont ceux de la peau, des tendons, de la pupille, du palais et des sphincters.

Les réflexes de la peau s'observent seulement dans certaines régions, la plante du pied par exemple; ceux du crémaster, plus manifestes chez l'enfant que chez l'adulte, s'obtiennent en percutant la face antéro-interne de la cuisse ou le pincement du scrotum, et se traduisent par l'élévation du testicule; ceux de l'abdomen se produisent par la percussion de la paroi abdominale, pendant le décubitus dorsal. De même, la percussion du mamelon donne lieu à la contraction de l'aréole et à l'érection du mamelon. Ceux des paupières s'observent en touchant la conjonctive ou en approchant le doigt de l'œil.

Les réflexes tendineux sont causés par l'excitation des tendons et non de la peau; en effet, ils se manifestent sur des tendons mis à nu après l'enlèvement de la peau. Le réflexe rotulien doit être recherché par la percussion du tendon, la jambe étant croisée sur celle du côté opposé. Ce phénomène n'a qu'une valeur relative dans le diagnostic, car il manque chez certains individus dans l'état de santé. Il disparaît dans le *tabes dorsalis*, la paralysie atrophique de cause périphérique ou centrale; et il augmente le plus souvent dans les affections de la moelle dorsale.

Les réflexes du tendon d'Achille s'obtiennent dans la flexion, la jambe étant à angle droit, par un choc appliqué à deux travers de doigt au-dessus du talon et se manifestent alors par l'extension du pied. Quelquefois, on obtient aussi des réflexes des adducteurs de la cuisse en percutant le milieu de cette région.

Les réflexes du triceps brachial se produisent dans la flexion du bras, par un choc au-dessus du coude. De même, on peut obtenir des réflexes des fléchisseurs du poignet; d'ailleurs tous ces réflexes sont plus marqués dans l'état de maladie. Chez certains individus, les réflexes tendineux sont tellement exagérés, que l'excitation est suivie d'une série de contractions cloniques. De plus, il est des cas dans lesquels la percussion d'une cuisse produit des contractions dans la cuisse excitée et dans celle du côté opposé. Enfin, il est des affections dans lesquelles le nombre des muscles qui présentent des réflexes est augmenté; c'est ainsi par exemple qu'on peut les produire dans le deltoïde, les muscles de l'épaule et du dos.

Le réflexe pupillaire est provoqué soit par l'excitation de la lumière, soit par celle de la peau. On sait qu'un malade étant en face d'une fenêtre, et fixant un objet éloigné, il suffira de passer brusquement la main devant ses yeux pour obtenir une contraction pupillaire réflexe. De plus, chez un individu endormi, qui se réveille en sursaut, les pupilles qui sont contractées pendant le sommeil se dilatent subitement sous l'influence de l'excitation lumineuse. Enfin en pinçant fortement la peau de la nuque d'un malade qui fixe un objet, ou bien en appliquant un électrode sur la nuque et l'autre sur le cou, de façon à faire passer le courant électrique, la pupille se dilate.

Le réflexe du palais, obtenu au contact du voile du palais par le bec d'une plume, est un phénomène du même genre. Enfin, les actes réflexes de la toux, de l'éternuement provoqués soit par la pénétration de substances irritantes dans le larynx, ou les fosses nasales, soit par la suffocation, soit par toute autre cause excitatrice, sont des phénomènes analogues.

La valeur clinique des réflexes est donc grande, qu'ils soient le résultat d'une excitation venant de l'extérieur ou bien qu'ils soient dus à des phénomènes morbides; tels sont, le vaginisme, le spasme uréthral dans le cathétérisme, la défécation involontaire par le lavage d'une plaie douloureuse. (*Boston medical and surgical Journal*, 4 août 1881.)

Contribution à la psychiatrie, par le docteur Kiernon (de Chicago).

Dans cette étude le docteur Kiernon expose les résultats de ses observations personnelles. Parmi les causes pathogéniques de psychoses, l'auteur signale le traumatisme et les intoxications par la quinine ou le plomb.

I. *Psychoses par traumatisme.*— Cette cause de maladies mentales a été admises par Mareé, Voisin, Calmeil, Lasègue, Krafft, Ebing, Crutiton, Brown, Esquirol, etc., etc. D'après les quarante-cinq cas dont il a été témoin et qu'il discute, le docteur Kiernon établit les conclusions suivantes :

1° Le plus souvent les psychoses traumatiques ont la forme d'épilepsie et de paralysie progressive, ne se transmettent pas par hérédité, et se produisent en général avant l'âge de quarante ans; 2° au point de vue pathogénique, les blessures légères ne sont pas moins graves que les grands traumatismes; 3° d'après Schlüger, les psychoses traumatiques se montreraient dans huit cas sur cent, tandis que, d'après la statistique de l'auteur, à l'asile des aliénés de New-York, cette proportion ne s'élèverait qu'à deux pour cent; 4° chez un certain nombre de malades, le délire systématique est nettement caractérisé; 5° dans tous les cas, on doit être très réservé dans le pronostic.

II. *Psychoses d'origine quinique.* — La quinine peut produire accidentellement des troubles intellectuels qu'on peut expliquer par la production de l'hyperhémie cérébrale sous l'influence de ce médicament. Des quelques observations qui lui sont personnelles, le docteur Kiernon conclut que : 1° chez des individus qui possèdent des antécédents héréditaires, la quinine peut donner lieu à des psychoses, soit sous forme de manie aiguë avec hallucinations, dues probablement aux effets physiologiques de la quinine, soit sous forme de démence violente. Ces accidents sont rares cependant, et leur pronostic est souvent favorable, même quand ils ont la forme de délire aigu, et qu'ils se montrent chez des individus possédant des prédispositions héréditaires.

III. *Psychoses d'origine saturnine.* — Des troubles intellectuels existaient dans trente observations d'intoxication plombique, et parmi ces cas, on comptait huit observations de mélancolie grave et persistante, trois cas de manie aiguë, neuf cas de démence et cinq cas de paralysie progressive. Il existe donc des psychoses de cause saturnine, ayant une marche aiguë ou chronique. Les formes aiguës sont habituellement caractérisées par la mélancolie avec délire et les formes chroniques par la monomanie, compliquée souvent de démence ou de paralysie progressive. Dans la forme aiguë, la médication habituellement employée contre la saturnine, donne de bons résultats et le pronostic est favorable; mais dans la forme chronique, d'après les observations personnelles de l'auteur, il n'en est pas de même, le pronostic est grave. Dans ces psychoses, comme dans celles qui ont une autre origine, l'hérédité joue un grand rôle. (*The Journal of nervous and mental diseases*, 14 juillet, p. 445.)

BIBLIOGRAPHIE

De l'arthrite aiguë d'origine blennorrhagique, par M. Félix Brun, prosecteur de la Faculté. Thèse de la Faculté de médecine. — Chez A. Delahaye et Lecrosnier.

Voici une thèse, claire de forme, nette de doctrine, originale de fond, et dont nous devons une rapide analyse au lecteur.

Se basant sur un grand nombre d'observations recueillies, pour la plupart, dans le service de M. le professeur S. Duplay, le docteur Brun établit l'existence d'une variété d'accidents articulaires de la chaudepisse, qui diffère d'une façon absolue des formes de rhumatisme blennorrhagique considérées aujourd'hui comme chroniques. Cette arthrite se rapproche, par la rapidité de son développement et l'acuité de ses symptômes, d'une véritable arthrite traumatique.

Elle peut se développer spontanément, et ne paraît avoir aucune tendance à frapper plus spécialement les rhumatisants; elle reconnaît assez souvent comme cause occasionnelle un traumatisme ou un refroidissement. Observée à tout âge, elle s'est rencontrée avec une égale fréquence chez l'homme et chez la femme; mais souvent, dans ce dernier cas, un examen minutieux a été nécessaire pour établir un diagnostic étiologique complet.

Contrairement à ce que l'on aurait pu penser après les travaux de Fourestié, l'acuité de cette arthrite n'est nullement en rapport avec l'acuité et l'abondance de l'écoulement uréthral.

Mono-articulaire, en général, l'arthrite aiguë blennorrhagique est précédée dans son développement par une période de douleurs erratiques frappant toutes les articulations les unes après les autres, mais ne laissant nulle part trace de leur passage. Une fois nettement établie sur une jointure quelconque, elle se présente avec des caractères symptomatiques absolument caractéristiques. L'articulation est le siège d'une tuméfaction considérable constituée, non par un abondant épanchement articulaire, mais par une infiltration œdémateuse du tissu cellulaire, et quelquefois aussi par un gonflement marqué des extrémités osseuses. La douleur est des plus violentes et toujours assez intense pour empêcher absolument le sommeil; son maximum correspond nettement à l'interligne articulaire atteint. Ces symptômes, qui marquent avec l'impotence fonctionnelle le début de l'arthrite, ne tardent pas à se modifier si un traitement convenable est rapidement mis en œuvre, et alors apparaissent des mouvements anormaux, des frottements cartilagineux, indices certains d'une altération notable des appareils ligamenteux de la jointure.

Toujours rapide dans son évolution, l'arthrite aiguë blennorrhagique peut aboutir, si elle n'est troublée dans sa marche par aucune intervention, à une désorganisation complète de l'articulation. Dans les cas où un résultat aussi déplorable n'est pas observé, l'ankylose est la terminaison pour ainsi dire fatale. Quelle que soit la violence des symptômes par lesquels elle se manifeste, l'arthrite peut, à l'aide d'un traitement approprié, être le plus souvent enrayée dans sa marche. Une immobilisation complète dans un solide appareil plâtré fait, en effet, immédiatement disparaître la douleur, diminuer le gonflement, et laisse après elle, dans la majorité des cas, une articulation dont les mouvements ne sont gênés que par une atrophie légère des muscles qui lui sont annexés.

La durée de l'immobilisation ne peut être par avance précisée. Elle doit, pense l'auteur, être suspendue lorsque les pressions sur l'interligne articulaire ont cessé d'être douloureuses.

A côté des cas où la guérison est ainsi complètement obtenue à l'aide de l'immobilisation, il en faut signaler d'autres, rares à la vérité, qui malgré tout traitement se terminent par ankylose et cela d'une façon rapide. Cette terminaison devra être plus particulièrement redoutée lorsqu'on percevra à côté du gonflement œdémateux péri-articulaire une augmentation notable du volume des extrémités osseuses.

Tels sont les points principaux de cette excellente thèse, dont nous ne saurions trop recommander la lecture, et qui dénote, chez son auteur, l'existence de qualités à la fois brillantes et sérieuses.

Paul Reclus.

Index bibliographique.

Notices biographiques sur les médaillons de la nouvelle Ecole de pharmacie de Paris, par M. Ed. Dupuy.

Courtes notices consacrées aux médaillons qui décorent la cour d'honneur de la nouvelle Ecole de pharmacie, élevée près de l'avenue de l'Observatoire. Plusieurs des savants illustres dont ils reproduisent les traits ont appartenu à la fois aux sciences physiques et à la médecine proprement dite, comme Vauquelin et Duméril, anciens professeurs de la Faculté de médecine; l'un d'eux, Claude Bernard, peut être revendiqué tout entier par la physiologie et la pathologie. On sera un peu surpris de trouver dans cette liste Le Dante, qui fit partie de la Compagnie des apothicaires de Florence, mais ne fut jamais apothicaire lui-même; ou Newton, qui n'eut rien de commun avec la chimie.

Révision de la loi Roussel (24 décembre 1874), par le docteur A. Coriveaud. — Blaye, 1881.

En votant, sur la proposition de M. le docteur Th. Roussel, la loi dite *protectrice de l'enfance*, l'Assemblée nationale prétendait remédier à un vice d'organisation sanitaire, qui cause, chaque année, dans un grand nombre de nos départements, la mort de la plupart des enfants en bas âge. Le danger paraissait réel. La dépopulation de la France s'accusait par des chiffres indiscutables. On crut possible de remédier au mal en déclarant que tout enfant âgé de moins de deux ans et placé en nourrice, en sevrage ou en *gardiennage* (!) hors du domicile de ses parents, deviendrait, par ce fait, l'objet d'une surveillance de l'autorité publique. Voici près de sept ans que la loi Roussel est promulguée. Les résultats qu'on en espérait n'ont pas été obtenus. On le comprendra aisément si l'on vient à lire la brochure du docteur Coriveaud. Les commissions instituées pour assister, dans chaque commune, le maire, représentant officiel de l'Etat, et étudier d'accord avec lui les mesures à prendre, n'ont jamais pu, en effet, remplir la mission qui leur était imposée. Ces commissions, tous les médecins-inspecteurs des enfants assistés le proclament, n'ont rien fait; ou, quand elles ont usé des pouvoirs que la loi leur confère, elles ont entravé la mission du médecin, ruiné son crédit, annihilé son initiation. Il serait trop long d'énumérer les récits qui nous sont parvenus de tous côtés sur les difficultés que rencontrent ceux de nos confrères qui ont accepté la mission pénible de surveiller les jeunes nourrissons. Tous ceux qui se sont appliqués à lutter contre les préjugés ou les intérêts de la commission officielle ont dû renoncer à la tâche qu'ils avaient entreprise. Il faut, pour bien comprendre jusqu'à quel point l'on s'est trompé, lire d'un bout à l'autre le chaleureux réquisitoire du docteur Coriveaud. Nous nous associons donc à ses conclusions lorsqu'il déclare que, pour bien surveiller des enfants, pour pouvoir apprécier s'ils sont bien nourris et bien soignés, il faut les connaître et surtout connaître les lois qui régissent leur hygiène, les causes qui peuvent la vicier et les effets que ces causes peuvent produire. Pour arriver à ce résultat il faut donc attribuer aux médecins le rôle qui leur convient, et au lieu de leur donner l'autorisation d'assister aux délibérations d'une commission incompétente, qui, le plus souvent, cherche à combattre leurs conclusions, leur confier la mission de décider, sous leur responsabilité, les mesures qu'ils croiront urgentes et indispensables. Alors seulement on arrivera à rendre féconde une loi dont on doit espérer tant d'excellents résultats.

VARIÉTÉS

FACULTÉS DE MÉDECINE. CONCOURS POUR L'AGRÉGATION. — M. le ministre de l'instruction publique vient d'adresser la circulaire suivante à MM. les recteurs :

Monsieur le recteur,

Le concours pour l'agrégation près les Facultés de médecine a donné lieu à d'assez nombreuses controverses. On a surtout insisté sur le temps, parfois très long, qu'un certain nombre de candidats sont obligés de passer hors de leur résidence habituelle, sur les changements qui pourraient être apportés à plusieurs épreuves, de manière à en augmenter la valeur. Je suis disposé à étudier avec soin ces diverses questions; mais, tout d'abord, il me paraît nécessaire d'appeler les Facultés à en délibérer.

Sans vouloir en rien ni limiter la discussion, ni empêcher tous les systèmes de se produire, je crois devoir indiquer quelques-unes des idées qui m'ont été soumises, et inviter les Facultés à les examiner dans l'ordre qui est marqué ci-dessous, pour qu'il soit plus facile de comparer les opinions opposées :

1° Les épreuves préparatoires pourraient-elles être ramenées (l'appréciation des titres antérieurs des candidats restant toujours un des éléments principaux de l'admissibilité) à des compositions écrites, et quelles devraient être ces compositions?

Si ces compositions paraissaient être suffisantes, elles pourraient être faites au chef-lieu de chaque académie; il serait facile de les imprimer, comme cela se pratique pour l'agrégation de droit. Le candidat qui n'habiterait pas la ville où siégerait le jury ne serait obligé de quitter sa résidence que pour les épreuves définitives.

2° Quelle est la valeur de la thèse dans le concours d'agrégation? Doit-elle être maintenue, modifiée ou supprimée? Doit-elle être remplacée par une autre épreuve? et, dans ce cas, quelle serait cette épreuve?

3° L'argumentation doit-elle être maintenue?

4° Quels moyens pratiques pourraient être employés pour diminuer le temps que chaque candidat doit donner aux épreuves définitives, sans affaiblir ces épreuves?

Il ne s'agit d'aucune manière de rétablir les agrégations locales, mais de favoriser le recrutement du corps de l'agrégation, en faisant disparaître, dans la mesure du possible, les obstacles qui empêchent un certain nombre de jeunes gens de se faire inscrire; il s'agit surtout d'élever le niveau du concours, en améliorant les épreuves qui peuvent être utilement modifiées.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,

PAUL BERT.

Nous sommes bien aise, pour notre part, de voir replacer, — et replacer par l'administration elle-même, — sur le terrain de la discussion, un sujet délicat qui avait partagé à l'origine de très bons esprits, et qui se présente aujourd'hui avec l'avantage d'une expérimentation de sept années. On le voit, une enquête est ouverte par le ministre auprès des Facultés. On remarquera qu'elle ne doit pas porter sur le principe même de la centralisation des concours à Paris, mais seulement sur son mode d'application. Dans la pensée de M. le ministre, le principe reste hors de cause. Il est plus que probable que les Facultés seront amenées, par la nature même des questions spéciales qui leur sont soumises, à sortir du cercle qui leur est tracé, et c'est ce que fait déjà de divers côtés la presse médicale.

Quant à nous, nous examinerons prochainement ce sujet toute l'étendue qu'il comporte, mais avec la réserve e doit commander l'attente de délibérations qui auront à et doivent avoir aux yeux de tous, une si grande

---

COMITÉ INTERNATIONAL DE LA CROIX ROUGE. — Le Comité Genève met au concours trois études destinées à se compléter les unes les autres, sur *l'art d'improviser des moyens secours pour blessés et malades*. L'une portera sur l'improvisation des moyens de traitement; la deuxième sur l'improvisation des moyens de transport; la troisième sur l'improvisation d'une ambulance ou d'un hôpital de campagne.

Les auteurs sont priés de limiter autant que possible leur travail à l'improvisation, et de ne pas l'étendre à la préparation anticipée de moyens de secours, et de ne proposer que des procédés qui aient fait, autant que possible, l'objet d'essais personnels.

Les mémoires devront être manuscrits et inédits. Ils pourront être écrits en français, en allemand ou en anglais. Ils devront parvenir au président du Comité international de la Croix rouge, rue de l'Athénée, 8, à Genève (Suisse), avant le 1er avril 1883. Chaque mémoire portera une devise, qui sera répétée sur un pli cacheté contenant le nom et l'adresse de l'auteur.

Le jury pourra décerner, pour chacune des trois études demandées, un prix indivisible de 2000 francs, et des accessits jusqu'à concurrence de 500 francs.

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été nommés ou promus :

MÉDECINS CIVILS

Commandeur : M. Bouley, membre de l'Institut, inspecteur général des écoles vétérinaires.

Officiers : MM. le docteur Béchemier, médecin en chef de l'hospice civil d'Orléans; le docteur Vidal, médecin des hôpitaux de Paris; le docteur Sébire, vice-président du Conseil général de la Manche.

Chevaliers : MM. Gaiffe, constructeur d'appareils de précision et d'électricité médicale; le docteur Tassy, médecin à Paris; Leudet, docteur en médecine aux Eaux-Bonnes; le docteur Javelas, chirurgien en chef de l'hospice de Montélimar (Drôme).

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Au grade d'officiers : MM. Reuille (Jean-Baptiste-Oscar), médecin-major de 1re classe; Ollivier (Eugène-Prosper), pharmacien principal de 1re classe.

Chevaliers : MM. Letellier, médecin-major de 1re classe; Maurin, médecin-major de 1re classe; Deville, médecin-major de 1re classe; Huchard, médecin-major de 2e classe; Mather, pharmacien-major de 2e classe; Molard, médecin principal de 1re classe.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Chevaliers : MM. Catelan, médecin de 1re classe; Eléouet, médecin de 1re classe; Roux, médecin de 1re classe; Doué, médecin de 1re classe; Riche, médecin de 1re classe; Palmade, médecin de 1re classe; Chéreux, médecin de 1re classe; Thomasset, médecin de 2e classe; Lacroix, médecin de 2e classe; Chevalier, médecin de 2e classe; Vincent, médecin auxiliaire de 2e classe; Pignet, pharmacien de 2e classe; Marec, médecin de 1re classe.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été promus dans le corps de santé militaire : au grade de médecin principal de 1re classe, M. Valin; au grade de médecin principal de 2e classe, MM. Kelsch et Jacob; au grade de médecin-major de 1re classe : MM. Sorel, Deville, Delmas, Labrevoit, Accolas, Perret, Richard, Alibran, Viry et Hintzy; de 2e classe, MM. Villiès, Lauza, Farssac, Carivenc, Yvert, Martin et Vaillard; au grade de pharmacien-major de 1re classe, MM. Kuss, Moullade et Catenac; de 2e classe, MM. Forestier, Jelh, Beunat et Troupeau.

BIENFAITEURS DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — M. le docteur Brun, trésorier de l'Association, a reçu les dons suivants :

De MM. les docteurs Alphonse Guérin, 500 fr.; Damaschino, 100 fr.; Rendu, 50 fr.; Penard (de Versailles), 200 fr.; Leroy-Dupré, 200 fr.; Bouillaud, 1000 fr.; Cattel (de Saint-Dizier), 500 fr.; Rotureau, 500 fr.; Broca, 20 fr. de rente; Delpech, 20 fr. de rente; Gasté (d'Antibes), 12 fr. de rente; Krishaber, 5 fr. de rente; Vidal (Emile), 6 fr. de rente; Wickham (Robert), 12 fr. de rente; Basset, 20 fr. de rente.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. CHAIRE NOUVELLE. — Par décret en date du 2 janvier 1882, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes, il est créé, à la Faculté de médecine de Paris, une chaire de clinique des maladies du système nerveux.

— Par un autre décret de la même date, M. Charcot, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique des maladies du système nerveux (chaire nouvelle).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — La chaire de médecine opératoire est déclarée vacante. Un délai de vingt jours à partir de la présente publication est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE DE ROUEN. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie sera ouvert le 29 juin 1882. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. Sauvage est nommé professeur en remplacement de M. Frangeul, dont le temps d'exercice est expiré. M. Pichon est nommé premier aide d'anatomie en remplacement de M. Aumaire, pour le même motif. M. Pedrono est nommé second aide d'anatomie en remplacement de M. Pichon, même motif. MM. Vigot et Brossier sont nommés aides de clinique en remplacement de MM. Boiffins et Guillot, démissionnaires.

CONGRÈS MÉDICAL DE SÉVILLE. — Un Congrès médical aura lieu à Séville le 9 avril 1882. La commission organisatrice a pour président le docteur D. Antonio Rivera y Ramos, et pour vice-présidents les docteurs D. Domingo Ferreyra et D. Vicente Chirall y Selma. Le secrétaire général, docteur Raphaël Tunon de Lara, 15, plaza de la *Constitucion*, Sevilla, reçoit les demandes de renseignements. Il y aura des membres honoraires, fondateurs et souscripteurs. Les séances auront lieu du 10 au 15 avril inclusivement, et on pourra s'y occuper d'autres matières que des sciences médicales.

CAISSE DE PENSION DU CORPS MÉDICAL BELGE. — Voici ce qui résulte du rapport lu à l'assemblée générale du 28 septembre par M. Schoenfeld. Les affiliés payant sont au nombre de 470, dont 322 médecins, 102 pharmaciens et 46 médecins vétérinaires. Les recettes de toute nature du 1er août 1880 au 31 juillet 1881 se sont élevées à 68 789 francs. La somme à partager entre 73 pensionnés est de 49 084 francs. L'avoir social a monté de 485 388 francs à 512 608 francs. Au prix moyen des derniers mois, les titres de la caisse valent près de 545 000 francs.

HOSPICE DU HAVRE. — *Concours pour une place de médecin-adjoint et deux places de chirurgien-adjoint.* — Le jeudi 12 janvier 1882, à deux heures de l'après-midi, il sera ouvert un concours pour la nomination d'un médecin-adjoint et de deux chirurgiens-adjoints de l'hospice. Ce concours aura lieu à l'hospice, devant un jury médical composé de sept membres, savoir : un membre de la commission administrative, président ; un médecin et deux chirurgiens de l'hospice ; deux médecins et un chirurgien de la ville.

Les candidats devront se faire inscrire à la Direction, et déposer les pièces ci-après avant le 1er janvier prochain : leur acte de naissance, les pièces justificatives de leur qualité de Français, leur diplôme de docteur en médecine, une note des titres scientifiques et honorifiques qu'ils peuvent faire valoir.

NÉCROLOGIE : BRIERRE DE BOISMONT. — Un confrère des plus honorables, aliéniste distingué, vient de s'éteindre à Saint-Mandé (près Paris), à l'âge de quatre-vingt-quatre ans. Il est né à Rouen le 18 octobre 1793. Reçu docteur en 1825, il avait déjà publié des *Eléments de botanique* (avec Pottier) et un *Traité de la pellagre et de la folie pellagreuse* quand il fut envoyé en Pologne, en 1831, pour y étudier le choléra. Le traité qu'il fit paraître dès son retour, et qui obtint une médaille d'or à l'Institut, est le premier qui ait attiré en France l'attention sur la diarrhée prémonitoire, déjà notée par les médecins russes et polonais. On lui doit, aussi, des ouvrages sur *la menstruation* (1842), sur *le délire aigu* (1844), sur *les hallucinations* (1845), sur *le suicide* (1854). Il a, en outre, publié un petit traité d'anatomie humaine (*Anthropotomie*), les *Leçons orales de Dupuytren* (avec Marx), un Mémoire sur les établissements d'aliénés en Italie, et de nombreux articles dans divers journaux, notamment dans les *Annales médico-psychologiques*, dont il a été l'un des fondateurs. Il avait ouvert un établissement d'aliénés, qu'il céda, en prenant sa retraite, au docteur Prestat. — Brierre de Boismont était chevalier de la Légion d'honneur et officier de l'ordre du Mérite militaire de Pologne.

ERRATA. — N° 47, page 752, 2e colonne, ligne 3, écrivez : *les phénomènes de tuberculose du poumon fréquemment d'après les médecins du pays, la pleurésie, la méningite, etc.* — Ligne 11, écrivez : *dans une cachexie qui est généralement irrémédiable.* — — Ligne 20, écrivez : *surtout les extrémités.* — N° 51, page 814, 2e colonne, ligne 43, écrivez : *et nous ne regardons pas.* — Page 815, 1re colonne, ligne 9, écrivez : (*Xanthos*). — Ligne 29, écrivez : *dans la ville de Cranidi et le village Cheli.* — Page 816, colonne 1, ligne 31, écrivez : *ainsi réservées ou exclues.*

MORTALITÉ A PARIS (52e semaine, du vendredi 23 au jeudi 29 décembre 1881). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1092, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 25. — Variole, 9. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 62. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 43. — Phthisie pulmonaire, 196. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 61. — Bronchite aiguë, 53. — Pneumonie, 87. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 39 ; au sein et mixte, 22 ; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 107 ; de l'appareil circulatoire, 70 ; de l'appareil respiratoire, 82 ; de l'appareil digestif, 54 ; de l'appareil génito-urinaire, 26 ; de la peau et du tissu lamineux, 8 ; des os, articulations et muscles, 3. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0 ; infectieuse, 0 ; épuisement, 0 ; causes non définies, 0. — Morts violentes, 23. — Causes non classées, 3.

Conclusions de la 52e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1116 naissances et 1092 décès. Le chiffre de 1092 décès relevé dans le bulletin de ce jour est supérieur à chacun des chiffres des quatre dernières semaines. La comparaison avec la 51e semaine des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques fait ressortir : une atténuation pour la fièvre typhoïde, la rougeole, l'infection puerpérale, l'érysipèle ; une aggravation pour la diphthérie, la scarlatine, la coqueluche. Les décès par variole ont atteint le même chiffre que durant la dernière semaine.

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain, sont prévenus qu'une quittance leur sera présentée le 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra* 50 *francs*, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

Nous rappelons aux Abonnés de la GAZETTE HEBDOMADAIRE *qu'ils ont droit, moyennant un supplément annuel de 8 francs, à recevoir le* BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, *publié le dimanche de chaque semaine.*

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 12 janvier 1882.

LE CONCOURS D'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — DES NÉPHRITES INFECTIEUSES.

Le concours d'agrégation des Facultés de médecine.

(Premier article.)

En demandant l'avis des Facultés de médecine sur l'opportunité qu'il pourrait y avoir de modifier l'organisation des concours d'agrégation, dans le but « d'élever le niveau du concours en améliorant les épreuves qui peuvent être utilement modifiées », M. le ministre de l'instruction publique n'a voulu, il le déclare expressément, « ni limiter la discussion, ni empêcher tous les systèmes de se produire ». Le programme tracé par la circulaire que nous avons publiée dans notre dernier numéro (*Gaz. hebdomadaire*, p. 15) ne doit donc pas être considéré comme aussi exclusif qu'on pourrait le penser, si l'on ne s'attache qu'aux seules questions expressément soumises aux délibérations des Facultés de médecine. Et puisqu'il s'agit surtout de « favoriser le recrutement du corps de l'agrégation », nous pensons qu'il n'est point inutile, avant de répondre à ces questions, d'examiner sérieusement si l'arrêté ministériel du 5 juin 1874, qui supprimait les agrégations locales pour centraliser à Paris tous les concours destinés à recruter les agrégés en médecine, a donné les résultats qu'en espéraient ceux qui l'avaient inspiré. Sans doute, la circulaire ministérielle déclare aussi qu'il ne s'agit en aucune manière de rétablir les agrégations locales ; mais le ministre qui l'a signée est le même qui, en 1874, proclamait l'urgence d'une « décentralisation intellectuelle » et déclarait vouloir porter « le premier coup effectif à cette absorption terrible, dangereuse, à cette absorption de la France par Paris dont la France souffre et dont Paris souffre aussi ». Nous pensons donc que M. Paul Bert n'en voudra pas aux Facultés de médecine si elles se préoccupent d'envisager dans son ensemble la question qui vient d'être replacée sur le terrain de la discussion, et qui se présente aujourd'hui avec l'avantage d'une expérimentation de sept années. Il est à présumer d'ailleurs que plusieurs d'entre elles se disposent à faire valoir les arguments qui plaident en faveur de la décentralisation des concours d'agrégation. Peut-être même ne s'arrêteront-elles pas à discuter les mesures qui leur sont soumises. C'est pourquoi nous croyons devoir rechercher d'abord quel a été le but et quels ont été les résultats de l'arrêté ministériel du 5 juin 1874. Ce sera le sujet de ce premier article. Dans un second, nous aurons à voir si les réformes indiquées dans la circulaire ministérielle sont de nature à remédier au mal qui s'aggrave chaque jour.

FEUILLETON

La profession médicale il y a un siècle.

(Suite, — Voyez le numéro 51. — Année 1881.)

III. — MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA FAMILLE ROYALE.

Les officiers de la famille royale, — car ce titre était dévolu à ses médecins et à ses chirurgiens, — n'étaient pas tous gradués dans des Facultés ou des Écoles. Dans la liste fort longue des médecins attachés au roi, à la reine, on trouve un certain nombre de médecins et de chirurgiens de provenances très diverses : docteurs de Facultés étrangères, simples bacheliers en médecine, praticiens sans titres universitaires, voire même charlatans indigènes ou exotiques. Tous cependant, en vertu de leur charge, avaient le droit d'exercer la médecine dans toutes les villes du royaume.

Le roi Louis XVI avait pour premier médecin messire Lieutaud, docteur de la Faculté d'Aix et docteur à titre gracieux de la Faculté de Paris, qui l'avait reçu sans lui imposer ni thèse ni examen.

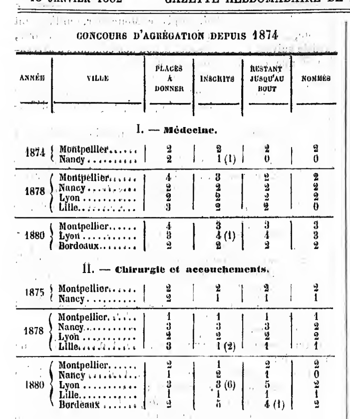
Le premier médecin du roi était au nombre des grands officiers de la couronne, dont il avait les honneurs et privilèges; comme le grand chambellan, il ne prêtait serment qu'au roi lui-même; son office lui donnait la noblesse réelle et héréditaire, et il était conseiller du roi en tous ses conseils d'Etat et privé; il avait l'inspection et la surveillance de tout le personnel médical de la maison royale, et jusqu'en 1788 garda le titre et les fonctions de surintendant général des eaux minérales du royaume, qui lui avaient été attribués par Henri IV (1605). Le premier médecin recevait 37 000 livres d'appointements, dont 6000 comme conseiller d'Etat. De Lassone, premier médecin en survivance, avait, comme le précédent, son domicile à la cour. Lemonnier, premier médecin ordinaire, recevait 14 700 livres. Dans les huit médecins par quartier, au traitement de 1473 livres 15 sols, on ne

La centralisation à Paris de tous les concours d'agrégation de médecine a été dictée par des considérations dont il est aisé d'indiquer le but et la portée. Par cette mesure, on espérait relever progressivement le niveau des épreuves qui pouvait, à un moment donné, s'abaisser dans certaines Facultés. On supposait qu'en imposant un programme commun aux candidats provinciaux et aux élèves de la Faculté de Paris, on solliciterait l'émulation des premiers et qu'on pourrait ne charger des fonctions d'agrégé que des médecins aussi expérimentés qu'érudits. A défaut de candidatures locales, on pensait trouver, parmi les concurrents de Paris, des candidats pour les Facultés de province. On déclarait enfin, ou du moins on laissait entendre que les influences locales et les sympathies personnelles que l'on jugeait prédominantes dans un milieu restreint seraient annihilées, dès l'instant que le concours serait centralisé à Paris. L'expérience a été faite. Mais dès le premier concours (1874), bien que l'un des deux candidats venus de province, M. Grasset (de Montpellier), eût remporté, après les plus brillantes épreuves, un succès éclatant et prouvé qu'il était apte à concourir avec les élèves les plus distingués de l'École de Paris, l'insuccès de la tentative nouvelle donnait à réfléchir aux esprits non prévenus. La Faculté de Nancy n'avait aucun agrégé pour les deux places déclarées vacantes et, après avoir annoncé ce fâcheux résultat, le président du concours, M. Chauffard, écrivait les lignes suivantes : « D'ailleurs, il ne faut pas se faire illusion : il est bien peu probable qu'aucun candidat inscrit pour Paris eût accepté une nomination pour les Facultés de province.... L'agrégation en médecine est un titre et un honneur ; mais elle n'assure aucun avenir à celui qui n'aurait pas d'autre situation... Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'espérer que, centralisés à Paris, les concours d'agrégation entraînent en province quelques-uns des candidats inscrits pour Paris. Cette centralisation, dans l'état actuel des choses, n'a donc qu'un effet, celui d'éloigner les candidats de province en leur imposant des déplacements onéreux que souvent les plus méritants ne peuvent pas supporter. » Il est vrai que M. Chauffard déclarait alors qu'en réorganisant l'agrégation de médecine de façon à en faire une carrière rémunératrice, honorable et sûre, on pouvait espérer de meilleurs résultats. Mais il prévoyait aussi que si, malgré ces modifications, l'état actuel persistait, on ne pourrait « se garantir contre l'abaissement possible du titre d'agrégé ». Or, n'est-ce point là ce que l'on constate aujourd'hui ? Le stage a été supprimé, la situation des agrégés a été rendue meilleure, et cependant un très petit nombre de candidats parisiens se sont fait inscrire pour les agrégations des Facultés de province. Bien plus, parmi ceux qui ont concouru et qui ont obtenu le titre d'agrégé, il en est plusieurs qui n'ont jamais occupé la position que leur offrait le concours auquel ils avaient pris part ou qui, après avoir séjourné quelques mois en province, sont revenus à Paris. Point n'est besoin d'insister pour démontrer une fois de plus qu'on ne saurait assimiler les concours d'agrégation des sciences anatomiques, physiques et naturelles aux concours de médecine ou de chirurgie. Les médecins et les chirurgiens qui ont fait toutes leurs études à Paris et qui ne restent point attachés aux Facultés de province par des liens de famille ou d'amitié, ne trouvent que difficilement, dans les villes où ils ont accepté une position officielle, les avantages professionnels qu'ils semblent en droit d'espérer. On l'a vu à Strasbourg au moment où le concours pour le professorat, centralisé à Paris, y envoyait des hommes qui s'appelaient Sédillot, Forget, Rigaud. On le voit encore dans les Facultés de création plus récente. Ceux qui réussissent dans l'enseignement ne sont pas toujours ceux dont la situation est la plus enviable. La plupart d'entre eux, alors même qu'ils ont très rapidement obtenu une chaire magistrale et même un service hospitalier, regrettent la position qu'ils ambitionnaient à Paris même, lorsqu'ils étaient internes des hôpitaux. A ce point de vue spécial, l'expérience est faite et nous croyons n'être démenti par personne en affirmant que l'on ne recrutera jamais, parmi les médecins ou les chirurgiens de Paris, un nombre suffisant d'agrégés pour les Facultés de province.

D'autre part, il en est à peu près de même pour les candidats de province. Depuis 1874, leur nombre a presque toujours été inférieur ou égal à celui des places à distribuer (voir le tableau ci-contre). Sans doute, on a pu nommer à Paris, parmi les médecins ou les chirurgiens venus des Facultés provinciales, des agrégés dont le talent et l'érudition ont été justement remarqués. Les uns avaient passé par l'internat parisien; les autres n'avaient point quitté la Faculté où ils avaient commencé leurs études; mais presque tous ceux dont les concours ont été brillants (nous ne parlons que des médecins et des chirurgiens, non des anatomistes, ou des chimistes, ou des naturalistes) avaient passé plusieurs mois à Paris avant de subir leurs épreuves; ils y avaient suivi les cliniques officielles ou privées; ils avaient travaillé dans les laboratoires de la Faculté; ils s'étaient fait connaître de ceux dont ils venaient partager les travaux, et avaient pris une part active aux conférences instituées entre les candidats

---

peut citer qu'un nom, celui de Raulin, écrivain plus fécond qu'original. Quand le roi touchait les écrouelles, ses médecins recevaient une indemnité de 17 livres 9 sols 4 deniers; l'histoire ne dit pas à quel moment l'absurde cérémonie fut abandonnée. Les médecins consultants, appointés à 9000 livres chacun, étaient : Poissonier, conseiller d'Etat; Richard de Hautesierck; Ninin, le premier traducteur de Celse; Pomme, le médecin des affections *vaporeuses;* Thierry, Gatti (de Pise), le comte de Carbury (de Turin) et un sieur Mahony, lequel, sans aucun titre que celui d'écuyer, était en guerre de brochures avec la Faculté. Demours, quoique simple bachelier en médecine, appartenait à l'Académie des sciences et à la maison royale comme médecin oculiste. Si l'on ajoute aux précédents cinq médecins attachés à la maison du roi, à la vénerie, aux écuries, on trouve un total de 22 personnes ayant la charge de surveiller la santé du roi et de son entourage immédiat. La reine, plus modestement pourvue, n'avait auprès d'elle qu'un premier médecin, Lassone, conseiller d'Etat, doté d'un traitement de 11 000 livres, « avec bouche en cour »; Malouin, logé au Louvre, son médecin ordinaire, recevait 2500 livres. Lieutaud était le médecin des Enfants de France, dont la maison médicale se trouvait fort réduite comparativement au passé. Monsieur, frère du roi, avait un service médical complet : premier médecin, médecin ordinaire, consultant, et le médecin de quartier. Lieutaud et Lassaigne occupaient les deux premiers emplois; Portal, membre de l'Académie des sciences, professeur de médecine au Collège de France et d'anatomie au Jardin du Roi, nonobstant le modeste grade universitaire de bachelier en médecine, dont il était pourvu, était le médecin consultant de celui qui, devenu Louis XVIII, devait le rappeler un jour près de lui. Le comte d'Artois avait une maison médicale établie sur le même pied, dont faisaient partie entre autres Vicq-d'Azyr et Belloste. La mère de ce dernier, devenue veuve, vendait les pilules usitées encore aujourd'hui sous ce nom et autorisées en ce temps par lettres patentes.



CONCOURS D'AGRÉGATION DEPUIS 1874

ANNÉE	VILLE	PLACES À DONNER	INSCRITS	RESTANT JUSQU'AU BOUT	NOMMÉS
	I. — Médecine.				
1874	Montpellier......	2	2	2	2
	Nancy..........	2	1 (1)	0	0
1878	Montpellier......	4	3	2	2
	Nancy..........	2	2	2	2
	Lyon...........	2	2	2	2
	Lille............	3	2	2	0
1880	Montpellier......	4	3	3	3
	Lyon...........	3	4 (1)	4	3
	Bordeaux........	2	2	2	2
	II. — Chirurgie et accouchements.				
1875	Montpellier......	2	2	2	2
	Nancy..........	2	1	1	1
1878	Montpellier......	1	1	1	1
	Nancy..........	3	3	3	2
	Lyon...........	2	2	2	2
	Lille............	3	1 (2)	1	1
1880	Montpellier......	2	1	2	2
	Nancy..........	1	2	1	0
	Lyon...........	3	3 (6)	5	2
	Lille............	1	1	1	1
	Bordeaux.......	2	5	4 (1)	2

Nota. — Les chiffres entre ( ) indiquent les candidats inscrits pour plusieurs Facultés.

à l'agrégation. S'il était possible à tous les médecins qui se destinent à l'enseignement d'agir de la sorte; si, après avoir terminé leurs études en province, ils venaient à Paris faire un stage qui leur permît de profiter des immenses ressources cliniques mises à la disposition de tous les médecins par les hôpitaux ou les laboratoires de la capitale, nous ne doutons pas que le niveau des concours d'agrégation ne se relevât rapidement. Mais la situation est tout autre aujourd'hui. Notre organisation universitaire ne permet ce stage onéreux qu'à un très petit nombre de praticiens. Ceux qui n'hésitent pas à venir à Paris le font surtout parce qu'ils redoutent ce nouveau milieu auquel ils veulent s'acclimater avant de prendre part à de nouvelles luttes; ils ne concourent qu'après avoir consacré plusieurs mois à se préparer à Paris. D'autres, au contraire, craignent que le concours qu'ils auront à subir, à côté de compétiteurs plus habitués à ces joutes oratoires et à ces discussions publiques, ne leur soit point auprès de leurs maîtres de province, un titre aussi sérieux que celui que conférait jadis un concours plus restreint, moins solennel peut-être, mais subi devant les professeurs et les élèves de la Faculté à laquelle ils désirent appartenir. Ceux-là s'abstiennent pour la plupart, et nous verrons, dans notre prochain article, si les mesures proposées pour combattre cette abstention peuvent produire le résultat qu'on en espère. Le niveau de l'agrégation de médecine et de chirurgie n'a donc été que très peu relevé par la centralisation à Paris de ses concours; les sujets distingués de province qui ont reçu l'investiture du jury parisien auraient été tous admis par les Facultés de province, et il ne paraît point douteux que leurs épreuves eussent été aussi brillantes à Lyon, Montpellier, Nancy ou Bordeaux qu'elles l'ont été à Paris.

Nous ne dirons qu'un mot d'une autre objection faite à la décentralisation des concours d'agrégation. L'influence que paraissent pouvoir exercer, dans certains milieux, des considérations d'ordre extra-scientifique n'est-elle pas aussi grande à Paris? Et croit-on que le délégué des Facultés de province, qui connaît, amène avec lui et recommande son candidat, n'obtiendra pas sa nomination aussi bien et mieux encore dans un concours parisien que dans une assemblée locale? Nous n'avons point d'ailleurs à insister sur les considérations de ce genre. Il nous suffisait d'avoir établi que la centralisation n'avait pas rendu les services qu'on en attendait, que les candidats parisiens restaient à Paris, que les candidats provinciaux ne se présentaient pas au concours centralisé à Paris; que, par conséquent, le nombre des places ayant été augmenté, il y aurait fatalement abaissement du niveau des épreuves si l'on prétendait les remplir toujours.

Une dernière considération milite encore en faveur du principe du décentralisation: On ne peut nier la difficulté du recrutement des membres du jury. Un très petit nombre de médecins ou de chirurgiens, professeurs dans les Facultés de province, acceptent aujourd'hui la charge de venir passer plusieurs mois à Paris pour y prendre part aux épreuves de l'agrégation. La composition même du jury devient dès lors plus diffficile d'année en année. Et il en résulte ce grave inconvénient que la destinée de la plupart des candidats de province dépend presque exclusivement de deux ou trois professeurs que leurs convenances personnelles amènent ou retiennent à Paris.

Mesdames de France se contentaient de moins que leurs frères, et n'avaient qu'un médecin inscrit à l'annuaire, avec un second en survivance, suivant la désignation usitée et peu gracieuse pour le titulaire. Le duc d'Orléans avait choisi pour son premier médecin Tronchin, dont la *crème pectorale* constitue à peu près le seul titre médical connu aujourd'hui. Hâtons-nous d'ajouter qu'il serait injuste de ne mesurer que par ses œuvres écrites la valeur d'un homme qui, bien qu'étranger, occupa dans la société française une place si considérable, sut conquérir et garder d'aussi illustres amitiés. Celui dont Louis, à l'Académie de chirurgie, et dont Condorcet, à l'Académie des sciences, ont successivement prononcé l'éloge, celui-là, nonobstant son léger bagage scientifique, n'était point, quoi qu'en aient dit Bouvard, et après lui les jaloux et les envieux, celui-là n'était certainement point un homme ordinaire. Une sorte de charlatan d'origine espagnole nommé de Torrès, Fautrier, médecin du feu roi de Pologne Stanislas, étaient au nombre des huit médecins du premier prince du sang.

Après les médecins, les chirurgiens, suivant la hiérarchie établie par les usages et par l'opinion; cependant, depuis 1770, le premier chirurgien était, au point de vue honorifique, traité sur le pied d'égalité avec le premier médecin. Quant au traitement, il n'était que de 2272 livres; mais les saignées, et les opérations nécessairement, lui étaient payées sur mandat spécial. Il retirait, en outre, des profits élevés de la vente des places de ses lieutenants et greffiers. De plus, il prélevait un droit d'avènement de 21 sols 3 deniers qui lui étaient payés par tous les chirurgiens, barbiers, perruquiers, baigneurs, renoueurs, oculistes, lithotomistes, dentistes, sages-femmes. Un journal du temps, l'*Observateur*, estimait à 62 000 livres par an en 1789 le revenu créé par ce droit. A Paris, le premier chirurgien nommait, comme son lieutenant dans la corporation, un des maîtres; il convoquait les assemblées, les présidait de droit. En province, il le choisissait sur une liste de trois maîtres présentés dans chaque ville par la municipalité, et désignait aussi son greffier.

Nous croyons donc devoir maintenir les réserves qui ont déjà été faites de divers côtés, et que nous avions émises nous-même en 1876 (*Gazette hebdomadaire*, p. 258), au sujet du principe de la centralisation des concours d'agrégation. Cette mesure a eu pour conséquence d'affaiblir la vie intellectuelle des Facultés de médecine de province en les déshéritant du droit de choisir leurs agrégés avec le soin que réclament leurs traditions, leurs doctrines et l'intérêt de l'enseignement. Ellet end à créer une science officielle, à former sur un même modèle, et à imprégner des mêmes doctrines tous les futurs agrégés. Elle éteint dans chaque école toute initiative, toute activité intellectuelle, toute originalité. Elle ruine les Facultés de province sans rehausser la valeur de l'enseignement public. Est-il besoin d'ajouter que la comparaison entre les Facultés de médecine et les Facultés de droit n'offre, à ce point de vue spécial, qu'une analogie des plus trompeuses? Il existe entre les Écoles de droit un roulement qui n'a jamais été admis pour les Facultés de médecine. L'avancement se fait d'une Faculté à l'autre et la position la plus éminente, celle de professeur à la Faculté de Paris, est souvent réservée à des agrégés qui ont fait un stage en province. Nous n'avons pas à démontrer qu'il n'en sera jamais ainsi pour les Facultés de médecine.

Pour tous les motifs que nous venons de développer, la décentralisation des concours d'agrégation est aujourd'hui, à nos yeux, la seule mesure efficace. C'est ce que vient d'ailleurs de réclamer la Faculté de Montpellier. Dans sa dernière assemblée (5 janvier) elle a décidé qu'une commission composée de MM. Dumas, Cavalier et Grasset, serait chargée de rédiger une réponse à la circulaire ministérielle et d'y développer tous les arguments qui plaident contre la centralisation des concours d'agrégation. Bien plus, elle a voté à l'unanimité et a adressé aux autres Facultés de province la résolution suivante : « La Faculté de Montpellier, assemblée pour prendre connaissance de la circulaire de M. le ministre, a été d'avis unanimement que la situation déplorable du recrutement des agrégés pour les Facultés de province ne peut prendre fin que par la restitution des concours d'agrégation à chacune des Facultés intéressées; que toutes autres modifications ne pourraient constituer qu'une apparence d'amélioration, mais qu'elles laisseraient le recrutement de l'agrégation dans le malheureux état de pénurie où il se trouve. » Nous ne doutons pas que la plupart des Facultés de province n'adhérent à cette motion. Plusieurs d'entre elles ont déjà protesté contre la centralisation des concours d'agrégation. Par l'entremise de leurs délégués, elles avaient soumis à MM. Vulpian et Moitessier, qui l'avaient accepté, un programme qui comprenait, avec plusieurs autres, l'article suivant : « ... la soustraction des concours d'agrégation à une centralisation funeste autant aux intérêts de la science qu'à ceux des Facultés de province ». Nous aimons à espérer qu'à la Faculté de médecine de Paris il s'élévera au moins une voix en faveur du principe que nous défendons ici.

Mais avant de passer à l'examen des questions posées aux Facultés par la circulaire de M. Paul Bert, nous rappellerons que, pour éviter la seule objection sérieuse qui puisse être adressée aux concours provinciaux, la section montpelliéraine de la *Société pour l'étude des questions de l'enseignement supérieur* avait proposé un système qui mérite d'être pris en grande considération :

Le concours d'agrégation serait divisé en deux séries d'épreuves, les unes éliminatoires, communes à toutes les Facultés; les autres définitives et spéciales à chaque Faculté.

L'élimination serait faite *à Paris* par un jury composé d'un membre de chacune des Facultés de médecine sans que les candidats aient à se déplacer. Ce jury aurait à examiner:

1° Les titres universitaires des candidats;

2° Leurs titres scientifiques, publications, etc.;

3° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie;

4° Une composition écrite sur un sujet afférent à la science spéciale pour laquelle le concours a lieu.

Les épreuves définitives *dans chaque Faculté* seraient:

1° La lecture en séance publique des deux compositions écrites dont il est parlé plus haut;

2° Une leçon d'une heure après trois heures de préparation sans livres;

3° Une série de trois leçons faites à vingt-quatre heures d'intervalle sur un ou plusieurs sujets donnés vingt-quatre heures avant la première leçon;

4° Des épreuves pratiques;

5° La thèse et l'argumentation.

Ce projet, qui sauvegarderait tout à la fois l'indépendance du concours en province, et le contrôle de toutes les Facultés sur chacune d'elles, peut n'être pas parfait; mais avant de modifier profondément le statut de l'agrégation des Facultés de médecine, avant de voter des mesures qui devraient être rapportées le jour où l'on reconnaîtrait la nécessité de décentraliser ses concours, avant surtout de diminuer le nombre et la valeur des épreuves et de supprimer la thèse

---

Lamartinière avait continué à remplir auprés de Louis XVI ces fonctions, que lui avait déjà confiées Louis XV. Avec Andouillé, il avait pour l'assister deux chirurgiens ordinaires et onze chirurgiens par quartier, tous, sauf Daran, inconnus aujourd'hui, et dont plusieurs n'étaient pourvus d'aucun grade universitaire. Les chirurgiens ordinaires avaient 4000 livres de traitement, plus, en campagne, une solde de 500 livres par mois; les chirurgiens par quartier, 1360 livres, plus ce qu'ils recevaient de celui qui tenait, sous leur privilége, une boutique ouverte dans la ville où ils résidaient. Derrière eux, et traités sur le pied des valets de chambre, marchaient trois chirurgiens *renoueurs*, deux chirurgiens oculistes ordinaires, un chirurgien dentiste, *opérateur pour dents*. Bourdet, titulaire de ce dernier emploi, recevait 2300 livres; les renoueurs, 600 livres chacun. Enfin le service chirurgical des écuries, de la vénerie comptait six chirurgiens.

Si l'on récapitule le nombre des médecins, chirurgiens, etc., attachés au service personnel du roi et de sa famille, on en compte 37, sans parler de ceux qui, au nombre de 13, étaient chargés des écuries, de la vénerie, etc. Il ne faut point oublier d'ajouter à cette énumération le singulier fonctionnaire du même ordre dont les nom, titre et qualité s'étalent ouvertement en deux endroits de l'*Annuaire*, à distance honnête de la maison royale. Il s'agit du sieur Lefebure de Saint-Ildephont, écuyer, docteur en médecine, « directeur du traitement gratuit pour le mal vénérien, à la suite de la Cour à Versailles et à Paris, à l'hôtel de Santé, prés la barrière du Roule ». Dans les deux villes, ce personnage donnait des consultations publiques, et pour la somme de 9 livres fournissait tous les remèdes nécessaires à la guérison. C'était, du reste, une sorte de maître Jacques, poète, dramaturge, qui, dans ses publications médicales et ses élucubrations poétiques, mêlait l'agréable à l'utile, le sévère au plaisant. A côté d'une comédie intitulée : *Sophie ou le triomphe de la vertu*, on trouve dans la liste de ses œuvres : *la Méthode*

et l'argumentation, il importe de savoir qu'il ne serait pas impossible, tout en s'efforçant, comme le dit M. P. Bert, « d'élever le niveau du concours en améliorant les épreuves qui peuvent être utilement modifiées », de rendre aux Facultés de province leur organisation scolaire et la vie scientifique qu'une centralisation exagérée tend à détruire.

L. Lereboullet.

Des néphrites infectieuses.

Ce n'est plus seulement dans les laboratoires de pathologie expérimentale que se poursuit, *in anima vili*, l'enquête contemporaine sur les processus infectieux. Porté sur le terrain clinique, le débat s'est singulièrement élevé. Non seulement les théories parasitaires voient de jour en jour le nombre de leurs adhérents s'accroître, mais encore il est difficile de contester que la réforme médicale qui se prépare doive être féconde en ouvrant de nouveaux horizons à la nosologie.

Toutefois, l'avenir de ces doctrines ne peut qu'être compromis par des généralisations prématurées; et les documents recueillis dans cet ordre d'idées n'ont pas, pour la plupart, assez de portée, assez de cohésion, surtout pour fournir dès à présent les éléments d'une étude d'ensemble. Le sol est encore trop mouvant pour qu'on puisse tenter un pas en avant, sans s'appuyer sur un grand nombre d'observations concordantes. C'est ce qui fait la valeur du récent mémoire de M. le professeur Bouchard sur les *néphrites infectieuses*. Communiqué au Congrès international de Londres, reproduit *in extenso* dans la *Revue de médecine* (1881, p. 671), ce travail, dont les conclusions reposent sur une cinquantaine d'observations cliniques, peut être considéré comme l'affirmation la plus nette qui ait été tentée jusqu'à ce jour des doctrines parasitaires en nosologie.

I

Que les maladies infectieuses retentissent sur les reins, le fait est connu depuis longtemps. Nul n'ignore la production, au cours de ces maladies, d'albuminuries ordinairement transitoires, parfois durables, pouvant s'accompagner même de phénomènes urémiques, et qui doivent être souvent rapportées à des altérations inflammatoires ou dégénératives des reins. Mais la pathogénie de ces divers troubles fonctionnels ou organiques est restée lettre close dans bien des cas. La seule hypothèse qu'on eût mise en avant, hypothèse d'ailleurs fort plausible, est celle qui attribue l'albuminurie à l'état dyscrasique, engendré par la maladie *totius substantiæ*. Ainsi doit être encore comprise la genèse de certaines albuminuries dites fébriles qu'on observe si fréquemment au décours des maladies générales.

Mais à mesure que les travaux contemporains établirent quel rôle pathogénique considérable jouent les organismes inférieurs, on vint à se demander si, à côté des foyers principaux de pullulation microbienne, il ne peut se faire des foyers secondaires et si les complications des maladies infectieuses ne peuvent être considérées comme le résultat de l'accumulation des microbes dans diverses régions de l'économie. Que, par exemple, les bactéries de la fièvre typhoïde émigrent de l'intestin vers les reins et y trouvent un terrain favorable à leur développement, la néphrite infectieuse, au sens actuel du mot, sera constituée.

Les observations microscopiques et l'expérimentation, entre les mains de nombreux savants, tels que Birsch-Hirschfeld, Grawitz, Cohnheim, ont fourni la preuve que, dans divers processus infectieux, les microbes peuvent, d'une part, s'accumuler dans le système vasculaire du rein, d'autre part, s'éliminer par les urines. Ce sont surtout les recherches multipliées de Klebs et de Letzerich (*Arch. f. exper. Path.* Bd VIII, IX, XII, XIII) qui ont mis pleinement ce fait en lumière. Dans le même ordre d'idées, nous avons déjà signalé le travail de Kannenberg (article *sur l'albuminurie dans la fièvre typhoïde*, in *Gazette hebdomadaire*, 1881). Mais nul, sauf Kannenberg, n'avait essayé d'édifier sur ces données un peu éparses, dépourvues de toute indication clinique, l'histoire pathologique des néphrites infectieuses. Le premier, M. Bouchard a montré qu'elles peuvent être reconnues pendant la vie, et qu'elles fournissent des renseignements précieux au point de vue du pronostic des maladies où elles prennent naissance.

Bien que M. Bouchard ait observé des processus de cet ordre dans un grand nombre de maladies infectieuses, telles que la rougeole, l'érysipèle, la fièvre puerpérale, la diphthérie, la tuberculose, c'est principalement dans la pyrexie infectieuse par excellence, la fièvre typhoïde, qu'il les a étudiés, et c'est la néphrite dothiénentérique qu'il a surtout décrite dans son travail.

Quelle est donc la physionomie, soit clinique, soit anatomique, des néphrites infectieuses?

Dans l'article précédemment cité, nous avons déjà indi-

---

familière pour guérir les maladies vénériennes; puis *l'Art de régner*, poème didactique, à côté de *l'Art de faire des feux d'artifice* ou de *l'Art d'enluminer les estampes*, etc. Les fonctions de cet individu et le bizarre salmigondis de ses productions justifieront la digression que m'a paru mériter un tel type, aujourd'hui disparu.

Il n'y avait point d'apothicaire en chef dans la maison du roi, mais des apothicaires *du corps* par quartier, d'autres pour les écuries, etc. Les apothicaires en charge avaient en ville des boutiques tenues par des individus privilégiés par eux. Enfin chaque résidence royale ou chaque établissement de la couronne était pourvu d'un service médical spécial.

IV. — Les hôpitaux.

C'est parmi les docteurs de la Faculté et les maîtres en chirurgie que presque tous les hôpitaux recrutaient leurs médecins et leurs chirurgiens titulaires, nommés par les administrateurs. Les élèves en chirurgie étaient ordinairement choisis par le chirurgien en chef. Par un usage immémorial, le premier compagnon chirurgien de l'Hôtel-Dieu était reçu à la maîtrise sans frais ni examens.

L'Hôtel-Dieu, le plus important de tous les hôpitaux, avait 1200 lits et comptait quelquefois 5 à 6000 malades, sur lesquels la mortalité était de un cinquième. Il était desservi par cinq médecins pensionnaires (parmi lesquels Doulcet et Majault), trois médecins expectants; un chirurgien-major, Moreau, deux chirurgiens gagnant maîtrise par six années de stage, cinq chirurgiens internes, six chirurgiens à la chambre de garde; un premier apothicaire avec deux élèves. L'hôpital royal de la Charité avait deux médecins: Sue l'aîné pour chirurgien-major, avec Deschamps pour adjoint; deux consultants et un chirurgien gagnant maîtrise. L'hôpital général était composé de cinq maisons : la Pitié (leur chef-lieu), la Salpêtrière, Bicêtre, le Saint-Esprit et Scipion. A la Pitié, un médecin, un chirurgien, un premier garçon, Labadie, et un apothicaire en chef pour les maisons réunies. Bicêtre, hô-

qué l'importance capitale qu'attache M. Bouchard à certains caractères physiques de l'albumine des urines. Quand on traite une urine albumineuse par l'acide picrique, tantôt le liquide reste uniformément louche ou opalescent; tantôt, au contraire, « l'albumine ainsi précipitée se rétracte, en une masse unique ou en particules ténues, en même temps que le liquide s'éclaircit». Tandis que la première variété d'albuminurie, celle à albumine non rétractile, appartient aux états dyscrasiques, l'albumine rétractile révèle l'existence d'une néphrite. Or, l'expérience montre que la néphrite dothiénentérique est une néphrite infectieuse; car, tant que dure l'albuminurie, les urines renferment des bactéries identiques à celles qu'on trouve dans le sang ou dans diverses humeurs pathologiques, à celles qu'on rencontre dans les foyers intestinaux protopathiques des plaques de Peyer.

Les autres altérations urinaires sont celles de toutes les néphrites aiguës : présence de cylindres en quantité variable, et souvent accumulation de globules sanguins plus ou moins déformés, hématurie d'abondance variable.

Si dans quelques cas la détermination rénale se révèle par d'autres phénomènes, tels que douleur lombaire, œdèmes, ou même accidents éclamptiques, comme dans le fait de Renaut (*Arch. de phys.*, 1881), si parfois même cet appareil symptomatique est assez intense pour justifier la dénomination de forme rénale de la dothiénenterie (Gubler), le plus souvent, au contraire, rien de semblable ne se produit. C'est par l'examen des urines seul que se reconnaît la néphrite infectieuse; elle demande donc à être recherchée.

Investigation qui ne doit jamais être négligée; car il résulte des faits invoqués par M. Bouchard que la néphrite infectieuse a, dans la fièvre typhoïde, une haute valeur pronostique. De ses 21 typhiques à détermination rénale, 9 succombèrent. De notre côté, sur trois cas identiques, deux se terminèrent par la mort; chez la malade qui guérit, l'albuminurie passa à l'état chronique. Ajoutons que, d'après M. Bouchard, la néphrite se montre d'ordinaire pendant la période d'état de la maladie et qu'elle se juge en un court laps de temps, de trois à huit jours.

Quant aux caractères anatomo-pathologiques de ces néphrites, voici dans quels termes à peu près M. Bouchard les résume. A l'examen macroscopique, augmentation de volume et de poids des reins, aspect soit grisâtre, soit congestionné de la substance corticale avec intégrité de la substance médullaire. Au microscope, intégrité des tubes de Henle, altération catarrhale des tubes collecteurs et surtout des *tubuli contorti* où les cellules épithéliales sont boursouflées, soudées entre elles, présentant une dégénérescence granuleuse très prononcée.

Enfin, notion capitale au point du vue pathogénétique, « dans les examens du rein faits à l'état frais, il est extrêmement facile de constater la présence de très nombreuses bactéries. Sur les coupes faites après durcissement et rendues transparentes par le carbonate de soude, les bactéries apparaissent d'une façon très évidente dans le tissu interstitiel et dans la lumière des canalicules. » Ces données sont conformes à celles qui résultent des recherches de Letzerich (*Arch. f. exper. Path.*, Bd XII).

Ainsi la néphrite infectieuse ne se révèle pas seulement par l'albumine rétractile; ce n'est pas seulement dans les urines, c'est encore dans les reins qu'on trouve le « corps du délit », sous forme non de micrococci vulgaires qu'on pourrait attribuer à un travail de décomposition ou de putréfaction, mais de bactéries spécifiques, de bactéries bacillaires.

A l'appui de la doctrine nouvelle, nous pourrions aussi invoquer certaines recherches expérimentales; mais mieux vaut réserver cette question pour une étude d'ensemble des processus infectieux envisagés au point de vue moderne.

Réserves faites à cet égard, il semble établi que, dans les maladies infectieuses, il peut se produire, en dehors des troubles fonctionnels d'origine dyscrasique dont nul ne conteste l'existence, des altérations rénales bien plus graves, qui reconnaissent pour cause l'action des bactéries caractéristiques de la maladie.

Qu'on n'aille pas croire qu'il s'agisse là de faits exceptionnels, de pures curiosités pathologiques; pour ne prendre que la fièvre typhoïde, on peut dire que l'agent infectieux de la dothiénentérie aime les reins; car sur 65 typhiques de son service, M. Bouchard constata la néphrite infectieuse dans 21 cas. Les micro-organismes des autres maladies infectieuses n'ont sans doute pas une égale affinité pour les reins; si la détermination rénale est exceptionnelle dans certaines d'entre elles, elle s'observe au contraire plus souvent que dans la fièvre typhoïde, au cours de plusieurs pyrexies, comme la scarlatine, comme la diphthérie. Le jour où l'enquête aura été faite sur les néphrites infectieuses dans ces maladies, il sera peut-être permis de dire avec notre maître et ami Landouzy que les *déterminations rénales sont aux maladies infectieuses ce que l'endocardite est au rhumatisme.*

---

pital, hospice et maison de force, recevait les vagabonds, les gens ruinés, les infirmes, les fous, les épileptiques, les vénériens. Il prenait des pensionnaires qui, « moyennant 3, 6 ou 9 livres par mois y sont très bien et boivent du vin ». On n'admettait à la fois que 50 hommes et autant de femmes dans les salles de vénériens, à moins de cas urgents et graves, et la méthode des frictions y était seule usitée. Toute cette population hétéroclite s'élevait l'hiver jusqu'à 4500 personnes. A Bicêtre, on comptait un médecin, Gaullard; un chirurgien en chef, Brun; un chirurgien gagnant maîtrise et dix internes. A la Salpêtrière, un médecin, deux chirurgiens gagnant maîtrise, dont l'un Sédillot aîné; cinq élèves chirurgiens, parmi lesquels Sédillot jeune. Le plus ancien médecin de l'Hôtel-Dieu visitait les malades à l'hôpital des Incurables. Les Enfants-Trouvés, les Quinze-Vingts, l'hôpital des Petites-Maisons avaient chacun un médecin et un chirurgien. Ce dernier établissement recevait, comme Bicêtre, les aliénés, les teigneux, les vieillards, dont 400 à titre gratuit, et les vénériens; mais c'était pour ceux-ci l'aristocratie du genre, car on ne les prenait qu'à titre de pensionnaires, Bicêtre se chargeant seul, à titre gratuit, de cette catégorie de malades.

Enfin, pour terminer l'énumération de toutes les institutions qui concernent l'assistance médicale, il faut mentionner le bureau des *recommandaresses* ou bureau des nourrices, ouvert rue Quincampoix, réglementé et surveillé par le lieutenant de police, deux médecins et des agents désignés par lui. Il y a un siècle que s'élevaient, comme aujourd'hui, les plaintes les plus vives sur le sort des nourrissons confiés au dehors à des nourrices mercenaires. « Il meurt les trois quarts au moins des enfants confiés à leurs soins; et nous voyons la plupart de ceux qu'elles rapportent estropiés ou contrefaits. Un hôpital consacré aux mères qui nourrissent leurs enfants, et qui seraient hors d'état de pouvoir le faire chez elles, serait une institution bien digne du monarque sous lequel nous vivons. »

(*A suivre.*) SAUCEROTTE.

Il est à remarquer d'ailleurs que nous ne connaissons encore aucun processus morbide où la détermination rénale soit la première en date, ou puisse être considérée comme faisant partie du cortège symptomatique habituel de la maladie; en d'autres termes, c'est toujours à l'état secondaire, deutéropathique, que semblent se produire les foyers infectieux dans les reins, tandis que d'autres organes, tels que l'appareil lymphoïde de l'intestin, les poumons, les amygdales, sont souvent le siège de la contamination primitive.

M. Bouchard n'a eu en vue dans son travail que les néphrites infectieuses *aiguës*, envisagées en général. Sans attacher plus d'importance qu'il ne convient aux différences que Letzerich a tenté d'établir entre les lésions réactionnelles produites par les agents des diverses pyrexies infectieuses, dothiénentérie, pyrexie, pneumonie, il est à présumer que ces diverses variétés de néphrite infectieuse n'ont pas la même évolution; à ces microbes spécifiques divers doivent correspondre des modalités cliniques et anatomiques également diverses, à certains égards du moins. Hâtons-nous de dire que les éléments font encore défaut pour une semblable étude; si chaque jour nous apporte de nouveaux documents sur les néphrites secondaires, il n'est guère de travaux où les pathologistes se soient placés sur le terrain de la doctrine parasitaire.

II

M. Bouchard s'est borné à exposer les faits bien établis et a systématiquement laissé dans l'ombre ou à peine indiqué certaines questions doctrinales d'intérêt majeur. Loin de nous la pensée de les aborder ici; cependant il importe de les signaler en passant, ne fût-ce que pour montrer combien cette conception nouvelle des lésions secondaires dans les maladies générales sera féconde en aperçus originaux sur divers points d'étiologie et de thérapeutique.

Quel est, dit M. Bouchard, l'avenir d'une néphrite infectieuse ?

On peut se demander si la guérison des néphrites infectieuses est définitive et si l'on ne peut considérer certaines d'entre elles comme l'origine des néphrites chroniques à étiologie obscure. La néphrite infectieuse peut en effet passer à l'état chronique; aux quatre observations produites par M. Bouchard nous pouvons, avons-nous dit, en ajouter une cinquième, de néphrite dothiénentérique.

Ce n'est pas seulement, est-il besoin de l'indiquer, pour les affections rénales que le problème se pose dans ces termes. Plus on étudie les soi-disant maladies chroniques essentielles, plus on voit que leur domaine est en réalité fort restreint, plus on arrive à se demander si ce ne sont pas souvent d'anciens foyers infectieux qui en ont été le point de départ. N'est-il pas légitime de supposer que les colonies bactériennes, disséminées dans tout l'organisme au cours d'une maladie infectieuse, laissent derrière elles, alors même que leur puissance nocive est éteinte, des altérations moléculaires des divers tissus, constituant autant de *loci minoris resistantiæ?* Si la maladie générale ne peut être mise directement en cause dans la genèse des processus locaux qui se développent ultérieurement, un lien étiologique n'en existerait pas moins.

Prenons un exemple. Parmi les faits anatomo-pathologiques qui ont été mis le plus nettement en lumière dans ces dernières années, figure la fréquence de l'endartérite dans la syphilis. Ceci posé, quand chez un vieux syphilitique, qui n'a plus présenté de manifestations spécifiques depuis de longues années, on assiste à l'évolution d'un anévrysme aortique, n'est-on pas autorisé à émettre l'hypothèse que la formation d'une plaque d'endartérite luétique a été le premier acte du drame pathologique dont l'anévrysme n'est que le dénouement? Mettre en cause la syphilis est dès lors chose légitime, bien que le traitement spécifique, généralement considéré comme la pierre de touche des processus syphilitiques, n'ait plus aucune efficacité syphilitique à son origine seulement.

L'attention n'a guère jusqu'à ce jour été dirigée de ce côté; c'est tout au plus si à ce titre nous pouvons signaler un travail de Meyer sur certaines lésions curables du cœur, consécutives à des maladies infectieuses, telles que la syphilis (travail analysé dans le *Centralbl. f. die med. Wiss.* 1881, p. 632). Sans insister sur ce point, il est permis d'espérer qu'on trouvera peut-être, en s'engageant dans cette voie, la solution de certaines questions étiologiques, fort obscures, fort contestées, qu'on arrivera à préciser la relation pathogénétique qui existe entre diverses affections locales et des maladies générales, d'ancienne date, comme une pyrexie infectieuse, comme une syphilis vieille de quinze ou vingt ans.

Enfin, pour abandonner le domaine de la spéculation pure, et en revenir aux néphrites infectieuses elles-mêmes, il se dégage de cette étude deux faits de valeur capitale au point de vue prophylactique et thérapeutique.

On devra désormais, suivant la remarque de M. Bouchard, compter avec les urines comme moyen de contamination, et ne pas voir dans les fèces les seuls moyens de diffusion et de propagation de certains germes morbides; il appartient à l'hygiène d'utiliser ces données nouvelles.

D'autre part, du moment où il paraît établi que de véritables décharges bactériennes peuvent se faire par les urines, le vieil aphorisme : *Quo natura vergit, eo tentandum*, trouve ici une application féconde en thérapeutique. L'indication s'impose à nous de favoriser par tous les moyens appropriés la crise polyurique. On doit chercher à éliminer le poison par toutes les voies d'excrétion, et la méthode évacuante, restée toujours en faveur auprès du vulgaire par une sorte d'instinct populaire, à travers toutes les révolutions médicales, semble trouver une consécration nouvelle dans la conception contemporaine des maladies infectieuses.

L. Dreyfus-Brisac.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Fracture du rachis, luxation de l'os iliaque droit, chez le même sujet, par le docteur Servier, médecin principal à Lyon.

J'ai eu l'occasion d'observer, il y a quelque temps, sur le même sujet, deux lésions rares, survenues par le fait d'un traumatisme violent, une chute sur le pavé d'une hauteur de quatorze à quinze mètres. J'en fais l'objet de cette note qui pourra servir un jour aux chercheurs d'observations intéressantes :

Obs. — Le nommé Arbon, soldat au 99e de ligne, âgé de vingt-deux ans, est entré à l'hôpital militaire de la Charité, à Lyon, le 15 août 1881. Il a été placé au n° 33 de la salle 18. Cet homme

était atteint d'une fièvre typhoïde, dont l'invasion remontait à trois ou quatre jours; fièvre grave, sans doute, mais pas de celles dont le pronostic est tout de suite fort alarmant. Il n'était pas très abattu et son intelligence paraissait assez bien conservée. Il fut soumis au traitement par l'acide phénique. Le surlendemain de son entrée à l'hôpital, dans la nuit du 17 au 18 août, vers trois heures du matin, il se leva et passa ses vêtements. Comme il s'éloignait de son lit, l'infirmier de garde lui demanda ce qu'il faisait et où il allait. Il répondit sans embarras qu'il allait aux cabinets d'aisance, et il sortit de la salle d'un pas assez solide. Deux minutes à peine écoulées, l'infirmier entendit un bruit sourd venant du fond de la cour. Arbon venait de se précipiter par une fenêtre d'une galerie située au deuxième étage. On alla bien vite à son secours et il fut apporté dans son lit.

Le lendemain, à la visite du matin, voici dans quel état je le trouvai : il était étendu sur le dos, calme, mais en proie à une fièvre ardente; la température, prise sous l'aisselle, était de 39°,8. On ne constata chez lui aucune fracture ni luxation des membres, non plus qu'aucune lésion à la tête; mais, en examinant la colonne vertébrale, il nous fut facile de reconnaître, au niveau des dernières vertèbres dorsales, sur la ligne médiane, un enfoncement et une saillie. L'enfoncement était de 1 à 2 centimètres, la saillie de 2 à 3 centimètres. On ne perçut pas la sensation de crépitation. La saillie était nette, peu étendue, ce n'était pas une voussure; au-dessus et au-dessous d'elle, la colonne conservait sa forme et sa direction normale. Ces signes nous firent diagnostiquer la fracture d'une vertèbre, qui nous parut être la douzième dorsale. En réalité, c'était la première lombaire.

Malgré la fracture du rachis, les membres inférieurs n'étaient paralysés ni du mouvement, ni du sentiment. Cependant, un des élèves du service m'a dit avoir trouvé sur les cuisses deux ou trois plaques anesthésiques; mais, quand nous les avons recherchées de nouveau, nous n'en avons plus constaté l'existence. Y a-t-il eu paralysie des organes génitaux urinaires? J'ai pu le supposer sans en être bien sûr. Le malade qui, pendant deux ou trois heures après sa chute conserva une certaine connaissance, puisqu'il put répondre à quelques questions et raconter de quelle façon il s'était jeté par la fenêtre, le malade, dis-je, arriva à la perte complète de son intelligence, et, quand nous le vîmes, à huit heures du matin, il ne se rendait absolument plus compte de ce qui se passait autour de lui. J'avoue que, ayant reconnu la sensibilité des membres inférieurs, j'ai négligé d'explorer celle du scrotum et de la peau du pénis. Quant aux fonctions des organes, il y eut chez notre malade de la rétention d'urine et quelques selles involontaires. Il fut sondé deux fois dans les vingt-quatre heures, avec une sonde en métal; je n'ai retiré chaque fois de la vessie qu'une médiocre quantité d'urine, mais j'ai remarqué qu'il n'a fait aucun mouvement au passage de la sonde dans l'urèthre, passage qui est toujours un peu douloureux chez les sujets sondés pour la première fois. Voilà les deux faits qui me font croire à la paralysie de l'appareil urinaire, c'est la rétention d'urine et l'insensibilité du sujet à l'opération du cathétérisme.

Une plaie peu étendue, de 2 centimètres environ, paraissant profonde, fut constatée au périnée, du côté droit; elle avait fourni au moment de l'accident une assez abondante quantité de sang, si bien que l'aide-major de garde avait dû établir sur elle une solide compression. Cette plaie n'intéressait pas le canal de l'urèthre.

La face plantaire du pied droit était aussi le siège de deux plaies rectilignes, l'une près du talon, de 3 centimètres, l'autre au niveau de la tête du premier métatarsien; cette dernière avait 4 centimètres à peu près d'étendue, avec une profondeur de 5 à 6 millimètres. L'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil n'était pas ouverte. Il n'existait sur ce pied ni fractures ni luxations. Le pied gauche était intact.

Je dis tout de suite que l'autopsie nous permit de constater une luxation de l'os iliaque droit, que nous n'avions en aucune façon reconnue sur le vivant. Cela s'explique, car si les os étaient séparés ils n'étaient nullement déplacés. Je décrirai avec détails dans un moment les désordres trouvés à l'autopsie; je ne les signale ici que pour attirer l'attention sur ce fait, au moins singulier, qu'une lésion aussi large que la luxation d'un os iliaque a pu exister sans se révéler par des troubles fonctionnels, ni par des signes physiques. Il est vrai, et je le dis encore tout de suite, empiétant sur les détails de l'autopsie, que les os étaient restés en place malgré la déchirure de leurs moyens d'union. Quoi qu'il en soit, ce malheureux malade a pu être retourné dans son lit, soulevé, déplacé, avec précautions, sans doute, à cause surtout de la fracture du rachis, tant pour les explorations du diagnostic que pour les soins médicamenteux et de propreté, sans qu'il accusât de la douleur au niveau des articulations du bassin; et sans que les mains des aides et du médecin aient éprouvé une sensation de frottement ou de crépitation, ou une sensation indiquant un déplacement, un écartement des os.

Les premières heures qui suivirent l'accident furent relativement calmes, mais dès le soir du premier jour une vive excitation s'empara du malade; il poussait des plaintes continuelles, s'agitait dans son lit, voulait en sortir, se déplaçait en tous sens; il fallait qu'un infirmier fût toujours auprès de lui pour le contenir. Puis il tomba dans une sorte de coma qui dura près de trente-six heures et mourut le 21 août, à onze heures du matin.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort. Sujet de taille moyenne, d'apparence robuste, bien constitué. Les viscères abdominaux présentaient les lésions ordinaires de la fièvre typhoïde; plaques de Peyer soulevées et gaufrées, assez rapprochées les unes des autres dans les deux tiers inférieurs de l'iléon, et surtout près du cœcum, s'élevant sur une muqueuse intestinale légèrement hyperhémiée On n'observe aucune ulcération. Hypertrophie d'un certain nombre de ganglions mésentériques. La rate a un volume double du volume normal, elle est colorée d'un rouge vif; sa consistance est molle; son parenchyme se rompt facilement sous le doigt qui la presse. Les poumons sont congestionnés dans toute leur étendue; hépatisation rouge de la base du poumon droit. Foie normal. Les méninges sont saines. On remarque un peu de piqueté rouge sur la substance blanche du cerveau; pas d'épanchement dans les ventricules; le cerveau est sain.

Voilà en quelques mots l'exposé des lésions anatomiques qui sont du fait de la fièvre typhoïde. Voici à présent celles qui ont été déterminées par le traumatisme : la cavité de l'abdomen était le siège d'un épanchement de sang et de sérosité qu'on peut évaluer à 250 ou 300 grammes

En enlevant les parties molles qui les recouvrent, on reconnut que les os de la symphise pubienne étaient complètement détachés l'un de l'autre. La lame fibro-cartilagineuse de conjugaison était restée attachée à l'os du pubis du côté gauche; celui du côté droit présentait une surface rugueuse, formée de petites alvéoles et crêtes osseuses, sur lesquelles restaient fixées par places de minces lamelles de cartilage. Les faisceaux fibreux allant d'un pubis à l'autre, et qui ont reçu les noms de ligament pubien antérieur et ligament sous-pubien, étaient déchirés dans une grande partie de leur étendue ; il restait quelques fibres allongées adhérant encore aux os sur lesquels elles s'implantent. Quoique les moyens d'union entre ces deux os eussent été ainsi complètement détruits, ils étaient fixés dans leur position normale, retenus par les parties molles qui les recouvrent, et les tendons des muscles qui s'insèrent sur eux. Nous n'avons constaté aucune déchirure de ces divers tissus; la violence avait agi sur les seuls cartilages et ligaments.

L'articulation sacro-iliaque droite présentait des désordres analogues à ceux que nous venons d'observer au pubis. L'os iliaque était séparé du sacrum, mais chacune des surfaces articulaires de ces deux os était encore recouverte de sa mince lame cartilagineuse de conjugaison. Les forts faisceaux ligamenteux du ligament sacro-iliaque étaient presque tous divisés, les uns par leur milieu, les autres par leurs extrémités arrachées de leurs points d'insertion. Les autres parties molles étaient saines. Là encore, malgré leur disjonction, les os n'étaient pas déplacés. Mais en appuyant sur eux en sens contraire, on arrivait facilement à faire remonter l'os iliaque au-dessus du sacrum, dans une hauteur de 2 à 3 centimètres, et facilement aussi on remettait ces os en place.

Il n'existait aucune fracture, ni sur l'os iliaque, ni sur le sacrum.

J'arrive aux lésions de la colonne vertébrale. Les parties molles étant enlevées, nous avons constaté d'abord, plus apparente, la saillie de la première vertèbre lombaire; le ligament sus-épineux était interrompu entre la dernière vertèbre dorsale et la première lombaire. Le grand surtout ligamenteux antérieur était un peu déchiré au niveau de cette dernière vertèbre.

L'apophyse épineuse de la première lombaire était fracturée, faisant partie d'un fragment osseux composé de cette apophyse d'abord, aussi des apophyses articulaires inférieures, et enfin d'une petite portion des lames.

Le corps de cette même première vertèbre lombaire était le siège de deux fractures en sens différents, toutes les deux sans déplacements : 1° une fracture transversale située au niveau de la réunion du quart supérieur avec les trois quarts inférieurs de

la vertèbre, séparant celle-ci en deux rondelles superposées; 2° une fracture verticale, partant de la base de l'apophyse articulaire inférieure droite, et se dirigeant vers le milieu du corps de la vertèbre. Cette fracture n'intéressait pas la rondelle supérieure limitée par la fracture transversale.

La deuxième lombaire présentait aussi une petite fracture sur sa moitié droite et inférieure; le fragment était en forme de coin, à sommet extérieur, ayant sa base à la partie inférieure externe et un peu postérieure de la vertèbre.

On constatait enfin sur la neuvième vertèbre dorsale une fracture de son apophyse épineuse, et une fêlure de l'apophyse transverse gauche.

On ne remarquait aucun déplacement des parties à la face antérieure de la colonne vertébrale, il n'y avait là aucune saillie et pas d'autres lésions apparentes que la petite déchirure du grand surtout ligamenteux.

En outre de ces graves et larges délabrements, le traumatisme avait produit quelques désordres de moindre importance. On constatait au périnée, à droite de la ligne médiane, la présence d'une plaie étroite et profonde, conduisant jusqu'au petit bassin, de la cavité duquel elle n'était séparée que par les aponévroses. C'est la plaie qui avait fourni l'hémorrhagie dont j'ai parlé. Ressemblant aux plaies résultant d'un coup de baïonnette, elle a été faite probablement par une pointe aiguë, clou, gros fil de fer ou morceau de bois que le malade aura rencontré dans sa chute.

Deux autres plaies existaient à la plante du pied droit; nous en avons parlé aussi; l'une près du talon, et l'autre au niveau, à peu près, de l'articulation métatarsienne du gros orteil. Ces plaies nous intéressent parce que leur présence a servi à l'explication du mécanisme de la luxation de l'os iliaque.

Ce sont les seules que nous ayons observées. Il n'y en avait pas sur les autres parties du corps. Nous avons recherché avec soin des traces positives d'érosions et de contusions, lesquelles auraient pu nous servir pour déterminer les points du corps directement offensés dans la chute; nous n'en avons trouvé aucune.

Réflexions. — Nous avons dit que le malade avait conservé son intelligence pendant quelques heures après l'accident; il a raconté lui-même comment il s'y était pris pour se précipiter dans la cour de l'hôpital. Il a enjambé la fenêtre, qui est à hauteur d'appui, puis se laissant couler au dehors il est resté un moment appliqué le long du mur, suspendu par les mains, et bientôt il a lâché prise. Il a dû tomber perpendiculairement, en rasant le mur, sur lequel, du reste, la trace de son passage a été marquée par l'arrachement de plantes grimpantes, dont les rameaux pendaient détachés de leurs points d'implantation.

Pendant longtemps on n'a pas reconnu l'existence des luxations des os du bassin. Il semblait que d'aussi solides et larges articulations ne pouvaient pas se luxer. La science moderne possède des exemples de luxations de tous les os du bassin, isolées, et simultanées à trois ou à deux.

La luxation unilatérale d'une des symphises de l'os iliaque avec le sacrum, sans complication de fracture de l'os ou de luxations des os du pubis, est extrêmement rare. On n'en cite qu'un seul exemple, dit Duplay, et encore n'est-il pas absolument démonstratif.

Il y a aussi des observations de luxations des deux symphises sacro-iliaques ou luxations du sacrum.

Il est très rare d'observer la luxation isolée de la symphise pubienne. Malgaigne n'en cite que quatre cas, et l'article de M. Courty, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, n'en renferme pas d'autres. Nous avons trouvé dans la littérature médicale trois observations de luxation isolée de la symphise pubienne. Elles sont à ajouter à celles de Malgaigne. Je dois dire que nos recherches, faites en vue de cette simple note et non d'un mémoire, n'ont pas été très étendues, elles ont pu rester incomplètes. Quoique ces faits n'aient pas strictement trait au sujet qui nous occupe, nous croyons intéressant de les relater ici. Nous les ferons suivre d'une observation de luxation du sacrum et d'une de l'os iliaque :

Obs. — *Luxation de la symphise pubienne*, par le docteur Gallez (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, 1876, n° 2, et *Gaz. hebd.*, année 1876, p. 167). — Un ouvrier, âgé de trente-cinq ans, en jetant dans un four une masse de fer de 80 kilogrammes, fit un faux mouvement; son pied glissa; il y eut contracture énergique des muscles fémoraux, spécialement des abducteurs. Au moment même, douleur vive avec sensation de craquement. Les os du pubis s'étaient déplacés; l'épine gauche se trouvait à un niveau inférieur d'un travers de doigt à celui de l'épine droite. Les deux branches se trouvaient sensiblement écartées l'une de l'autre. Le blessé a repris son travail en portant une ceinture; on ne dit pas après combien de temps.

Obs. — *Luxation de la symphise pubienne*, par le docteur Surmay, de Ham (*Soc. de chir.*, 1878, t. IV, p. 2, et *Revue des sciences médicales*, t. XII, p. 632). — Le sujet est une femme de quarante-cinq à quarante-huit ans. La roue d'une voiture, pesant environ 2000 kilogrammes, passa, de gauche à droite, sur le plan antérieur du bassin de la patiente qui avait été renversée en arrière. On constata l'écartement des os formant la symphise pubienne écartement évalué à 1 centimètre.

Je remarque qu'il est dit dans cette observation que la pression exercée au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche déterminait de la douleur; on ne constata en ce point aucune déformation. Rien du côté droit.

Au bout d'un mois et quelques jours, la malade put se tenir sur ses jambes; puis elle a parfaitement guéri.

Le mécanisme de cette dislocation s'expliquait par l'action directe de la force, la roue de la voiture ayant pressé de haut en bas sur le pubis gauche qu'elle a abaissé.

M. Le Dentu a observé aussi une luxation de la symphise pubienne, qu'il a fait connaître à la Société de chirurgie à l'occasion de la communication du docteur Surmay (*loc. cit.*) :

J'observe en ce moment, a-t-il dit, un cas analogue. Il s'agit d'un enfant de quatorze ans qui a subi, au niveau du bassin, une forte pression par le fait d'une machine à raboter. L'écartement des deux pubis est très prononcé, on peut introduire facilement l'index, mais le cartilage paraît adhérer à l'os pubis droit. J'ai pu presser au niveau de la symphise sacro-iliaque droite sans déterminer de douleur. Je n'ai observé, du reste, ni déchirure de l'urèthre, ni hématurie. J'ajouterai qu'il y a impossibilité absolue pour le blessé de soulever les membres inférieurs. »

Obs. — *Luxation du sacrum*, par J. Thoresby Jones (*Brit. med. Journal*, 6 juillet 1878, et *Revue des sc. méd.*, t. XIII, p. 246). — Homme robuste, de cinquante-cinq ans, renversé par une locomotive et pressé par la roue contre le sol. Mort rapide après quelques heures assez calmes. Le sacrum était détaché de ses articulations aux deux os iliaques et faisait saillie en avant dans le bassin. Il n'y avait pas de fracture ni du sacrum ni des os iliaques.

Obs. — Le docteur Weer, de Mulhouse (*Soc. méd. de Strasbourg*, 1872, p. 144, et *Revue des sc. méd.*, t. I, p. 904), relate un fait de luxation d'un os iliaque, observé chez un cavalier, lequel, jeté en l'air par un bond de son cheval, retomba violemment sur le pommeau de la selle. Il y eut disjonction forcée d'une articulation sacro-iliaque, on ne dit pas laquelle, et des os de la symphise pubienne. Fait remarquable, malgré ces grandes lésions, les suites du traumatisme furent relativement bénignes. Le malade était guéri au bout de quatre mois.

Les auteurs reconnaissent comme causes les plus habituelles de ces luxations les chutes d'un lieu élevé sur le siège, et particulièrement sur la partie postérieure d'un des os iliaques; l'affaissement sous le poids d'un fardeau; le passage sur le corps de roues de voitures pesamment chargées; des éboulements, des chocs d'une grande violence, tels que ceux que produisent les accidents de chemin de fer.

Chez notre sujet, la luxation nous paraît s'être faite par un mécanisme particulier. L'examen du blessé, la recherche des plaies et des traces de contusions nous démontrent d'une façon infiniment probable que cet homme est tombé à peu près perpendiculairement sur les pieds, ou plutôt un peu obliquement sur le pied droit, qui a reçu le premier choc. C'est, en effet, à la plante du pied droit seulement que nous avons trouvé des marques positives de blessures directes. Il a dû se passer alors

un de ces faits mécaniques reconnus dans des traumatismes d'ordre semblables, par exemple certaines fractures de la base du crâne, au niveau du trou occipital ; une partie du corps est arrêtée par sa rencontre avec le sol, tandis que l'autre, qui ne touche pas encore la terre, continue son mouvement de descente. Ainsi, chez notre homme, au moment où le pied droit a reposé sur le pavé de la cour, il est arrivé que pendant un court instant tout le membre inférieur droit a été immobilisé, ainsi que l'os iliaque correspondant soutenu par la tête du fémur. Mais, pendant ce temps, la partie du corps qui ne reposait sur rien, c'était tout le côté gauche, cette partie, dis-je, a continué à obéir au mouvement qui l'entraînait et a été violemment arrachée de ses attaches à la partie devenue fixe.

Il me semble que c'est ainsi que les choses ont dû se passer. Si la jambe ou le fémur eussent été brisés, si la tête de ce dernier os avait été chassée de la cavité cotyloïde, l'os iliaque n'aurait plus eu de point d'appui et ses articulations n'auraient pas été détachées.

Je crois donc que la luxation de l'os iliaque que nous avons observée a été produite par des causes indirectes, dont l'action s'est exercée d'après le mécanisme que nous venons d'indiquer.

La fracture de la colonne vertébrale reconnue chez notre sujet est aussi une fracture indirecte. Elle est même presque un type de ces fractures, qu'on pourrait appeler classiques, si bien décrites et expliquées par M. Chédevergne dans son beau mémoire *Sur les fractures indirectes de la colonne dorso-lombaire*. C'est une fracture par arrachement produite par la flexion du tronc en avant. Pour en donner l'explication je n'ai qu'à copier, presque textuellement, l'auteur que je viens de citer. « Qu'arrive-t-il dans la chute sur les pieds ? Le corps entraîné par une résultante verticale centripète, égale à la masse multipliée par le carré de la vitesse, atteint violemment le sol sur ses extrémités inférieures que sa résistance arrête brusquement. La moitié supérieure du tronc, emportée par cette attraction verticale, pendant que l'inférieure est immobile, tend toujours à descendre. Rien ne s'oppose plus à l'action de la pesanteur, et la force centripète fléchit et ploie la colonne dorso-lombaire, redressant la courbure lombaire, exagérant la courbure dorsale, les confondant en une seule. Bientôt le rachis se brise à son point d'inflexion dans la section la plus mobile, c'est un arrachement. »

Du reste, ajoute l'auteur, la flexion se fait bien plus fréquemment en avant qu'en arrière parce que le centre de gravité du corps est naturellement situé sur un plan antérieur à la tige vertébrale.

En général, dit aussi M. Chédevergne, la fracture par arrachement occupe plus particulièrement la première lombaire. C'est précisément la première lombaire qui était fracturée chez notre malheureux malade.

En exposant ce dernier fait, j'ai raisonné dans le sens de la certitude d'une chute sur les pieds, certitude qui n'est évidemment pas complète, puisque l'accident n'a pas eu de témoins, mais de laquelle nos légitimes présomptions se rapprochent d'aussi près que possible. Eh bien, je ferai remarquer que la fracture dont nous nous occupons s'est présentée avec de tels caractères, qu'elle offre si bien le type des fractures du rachis par flexion en avant de la partie supérieure du corps sur l'inférieure, que nous pourrions, retournant les termes, conclure de la forme de la fracture aux circonstances de la chute, et dire : les caractères de cette lésion nous indiquent que cet homme est tombé sur les pieds.

Ces deux faits m'ont paru très intéressants, l'un surtout par sa rareté, c'est la luxation de l'os iliaque ; l'autre, plus fréquemment observé, par l'appui qu'il apporte à une judicieuse théorie, déjà solidement édifiée, sans doute, mais qu'il peut servir à consolider encore. Voilà pourquoi j'ai cru opportun de les publier.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Traitement des pseudo-contractures.

Au compte rendu que donne M. André Petit de la séance de la Société de thérapeutique (28 décembre 1881), compte rendu extrêmement remarquable par sa concision et son exactitude, je demande à faire une modification à laquelle j'attache le plus grand prix. M. Petit me fait dire : « Le traitement doit être *purement moral* et n'avoir d'autre but que de modifier la cerébration. » Or, j'ai voulu dire : « Le traitement doit être tout d'abord *mental;* il faut persuader aux malades atteints de ces pseudo-contractures qu'on n'entreprendra rien sans leur concours, et à cet effet il faut imprimer aux membres de légers mouvements avec la coopération *active, volontaire*, des sujets. On modifie ainsi simultanément l'état des jointures et l'assuétude cérébrale qui détermine ces contractions pathologiques. Bien loin de renoncer à la gymnastique articulaire, au galvanisme, aux manipulations, il faut les employer, mais selon certain mode. » Il y a loin de là à un traitement « purement moral ».

Agréez, etc.

E. DALLY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

SÉANCE DU 10 JANVIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

M. le ministre du commerce et des colonies transmet à l'Académie les formules et échantillons : 1° d'un remède contre la rage, par Mme Gendran (de Banon, Basses-Alpes) ; 2° d'un sirop Pagliano, par M. Ruffié, pharmacien à Marseille. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*.)

M. le docteur *J. Arnould*, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille, se porte candidat au titre de correspondant national.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° une brochure de M. le docteur *Belot*, intitulée : *Applications de l'oxygène au traitement des maladies* ; 2° une *Allocution* adressée par ses élèves à M. le docteur *Brame*, professeur à l'École de médecine de Tours.

M. *Bergeron* présente, au nom de M. le docteur *Gibert* (du Havre), trois brochures intitulées : 1° *Une épidémie de fièvre typhoïde au Havre* ; 2° *Du rétrécissement congénital de l'intestin grêle* ; 3° *VIe Rapport présenté aux souscripteurs du Dispensaire du Havre pour enfants malades*.

M. *Bouley* fait hommage : 1° de ses *Leçons de pathologie comparée*, professées au Muséum en 1881, sous le titre suivant : *Le progrès en médecine par l'expérimentation* ; 2° une lecture qu'il a faite à la dernière séance publique annuelle des cinq classes de l'Institut, intitulée : *La nouvelle vaccination*.

M. *Bussy* présente, de la part de M. *Marchand* (de Fécamp) un travail sur le *Dosage volumétrique de la potasse*.

M. *Parrot* dépose une observation manuscrite de M. le docteur *Sentex* (de Saint-Sever, Landes), sur un cas de *mélomélie*.

Le mémoire de M. le docteur *Sorel* sur *la glycosurie chez les paludiques*, présenté à la dernière séance par M. *Léon Colin*, est renvoyé à l'examen de MM. Verneuil et Le Roy de Méricourt.

DÉGÉNÉRESCENCE GRANULO-GRAISSEUSE DES TISSUS DANS LES MALADIES INFECTIEUSES. — M. le docteur *Balzer*, dans une note dont il donne lecture à l'Académie, rappelle tout d'abord l'obscurité qui existe encore dans la science en ce qui concerne l'étude des dégénérescences graisseuses qui se produisent dans les maladies infectieuses; suivant les opinions qui tendent à prévaloir, elles seraient dues à la pénétration dans l'économie de microbes qui l'envahissent en se multipliant avec rapidité. Admettant l'action stéatogène des microbes, il les a recherchés dans le xanthélasma et l'ictère grave, affection où la dégénérescence graisseuse des cellules paraît être la lésion caractéristique fondamentale. Il décrit ensuite les préparations histologiques qu'il a pu faire dans deux cas de ces maladies et qui lui paraissent confirmer l'existence de ces organismes ainsi que l'action spéciale qui leur est attribuée. — Le mémoire de M. Balzer est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Charcot, Robin et Parrot.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1881. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Correspondance. — Cólotomie lombaire. — Election du bureau pour l'année 1882.

M. *Trélat* dépose sur le bureau une thèse contenant la relation d'un nouveau succès d'ablation d'une inversion utérine par la ligature élastique.

— M. *Tillaux* présente une brochure de M. Regnauld : moyen de purifier le chloroforme et d'en constater la pureté.

— M. *Forget* fait hommage à la Société d'un travail sur le chloroforme, extrait de l'*Union médicale* de 1852.

— M. *Tillaux* partage l'opinion de M. Trélat sur l'utilité de l'anus lombaire surtout comparé à l'anus iliaque; l'opération lombaire est plus difficile à exécuter, mais elle est plus inoffensive; l'anus lombaire fonctionne au moins aussi bien que celui de Littre. On doit le pratiquer comme ressource ultime dans le cancer intestinal, mais surtout pour les rétrécissements non cancéreux de l'intestin.

M. *Tillaux* présente un individu de vingt ans, qui eut autrefois une rectite inflammatoire. En février 1879, il entra à Beaujon; l'anus était effacé, et le petit doigt ne pouvait y pénétrer. L'opération d'Amussat ne pouvait être pratiquée parce que le rectum était immobilisé par le tissu fibreux et ne pouvait glisser. Il fallait choisir entre l'anus lombaire et l'opération de Littre. M. Tillaux se décida pour la première opération. Il chercha le bord externe de la masse sacro-lombaire; il arriva au carré des lombes, dont il ne faut pas confondre les fibres avec celles de l'intestin. Suture de Nélaton. Le malade guérit. Très peu de temps après cette opération, le malade éprouvait le besoin d'aller à la selle et pouvait se retenir pendant trois à cinq minutes.

M. *Trélat* présente la malade qu'il a opérée il y a moins d'un mois; il veut montrer le degré de bien portance de cette opérée.

M. *Després* n'a pas eu l'occasion de faire ces opérations. Il a rencontré des cancers inaccessibles, et en introduisant le doigt ou la main aussi haut que possible, il a pu rendre l'intestin perméable. Dernièrement, appelé en province, il introduisit le doigt et la main dans le rectum et put faire rendre au malade des matières et des gaz; depuis, le patient va bien. Dans douze ou quinze cas semblables, avec la manœuvre indiquée, les bains et les laxatifs, il a pu faire cesser les symptômes d'engorgement intestinal.

Lorsqu'un malade est condamné à mourir d'un cancer, pourquoi lui faire courir les dangers d'une opération, quand on peut le soulager autrement? Le malade de M. Tillaux rendait encore des gaz par l'anus; M. Després aurait essayé la dilatation qui avec le temps et la patience donne de bons résultats.

M. *Trélat* présente sa malade opérée le 2 décembre; elle a dans le rectum une tumeur du volume du poing, inaccessible; l'anus lombaire fonctionne bien.

M. *Labbé* a plaidé la cause de cette opération il y a deux ans à l'Académie de médecine; il est de plus en plus convaincu de l'utilité de cette opération. Il est très étonné d'entendre M. Després dire qu'il n'a jamais eu à la pratiquer. M. Verneuil a établi que dans beaucoup de cas on peut faire utilement la rectotomie linéaire, mais pas toujours. Quand on donne dix-huit mois ou deux ans de survie à un malade, ce n'est pas à dédaigner. M. Labbé cite l'exemple d'une femme qui a survécu six ans à la côlotomie lombaire, et qui est morte d'une affection médicale. Il y a deux avantages à l'opération: remédier à des accidents immédiats d'occlusion, et faire disparaître les douleurs atroces. La marche de la maladie organique paraît retardée par la cessation de l'irritation due au passage des matières.

Dans une des observations publiées par M. Labbé, il avait fait un anus iliaque pour les raisons suivantes. Le malade avait été opéré d'un cancer rectal deux ans auparavant; un jour on vient chercher M. Labbé à l'improviste pour remédier à une obstruction intestinale grave; il choisit l'opération de Littre parce qu'elle était plus facile, et qu'il était mal outillé et mal aidé. Mais désormais, pour un cancer du rectum inaccessible, si la rectotomie linéaire ne suffit pas, il fera la côlotomie lombaire.

— *Élection du bureau pour l'année* 1882. — Sont élus : Président: M. *Léon Labbé*. — Vice-président: M. *Guéniot*. — Premier secrétaire annuel : M. *Nicaise*. — Deuxième secrétaire annuel : M. *Périer*. — Archiviste: M. *Terrier*. — Trésorier: M. *Berger*.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 7 JANVIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. RANVIER, VICE-PRÉSIDENT.

Actions variées sur la contracture des hystériques: M. Dumontpallier. — Altérations du foie et du poumon dans l'empoisonnement expérimental par le phosphore et l'arsenic: MM. Cornil et Brault. — Hyperexcitabilité des centres nerveux pendant la léthargie des hystériques: M. Charcot. — Mode de génération des hydraires: M. de Varenne.

La Société de biologie a constitué son bureau pour l'année 1882 de la façon suivante: MM. *Ranvier* et *Grimaux*, vice-présidents. — MM. *Quinquaud*, d'*Arsonval*, *Dastre* et *Richet*, secrétaires.

Un sous-secrétaire général (M. Straus) a été adjoint au secrétaire général, M. *Dumontpallier* : le nouveau mode de publication adopté par la Société (Bulletins hebdomadaires, etc.), nécessitait cette fonction nouvelle.

Les trésorier et bibliothécaire sont maintenus.

— M. *Dumontpallier* a obtenu la disparition d'une contracture des quatre membres chez une hystérique, en dirigeant le courant d'air d'un soufflet sur les membres contracturés. Sur une autre malade devenue lypémaniaque à la suite d'une chute, il a obtenu avec les rayons du spectre de la lumière oxyhydrique, et notamment avec les rayons ultra-rouges et ultra-violets, les mêmes effets qu'avec les plaques métalliques.

A propos de cette série de communications, M. Laborde insiste à son tour sur l'extrême réserve qu'il convient d'apporter dans l'énoncé de ces sortes de faits : la presse étrangère à la médecine s'en est emparée et a prêté à M. Dumontpallier lui-même ainsi qu'à M. Charcot, des opinions contraires à leur pensée sur l'action dite thérapeutique des aimants, etc.

— M. *Cornil* et M. *Brault* présentent le résultat de leurs recherches sur les altérations des organes à la suite de l'empoisonnement expérimental par le phosphore et l'arsenic. Les expériences ont toutes été faites sur des cobayes. Le phosphore donne des altérations beaucoup plus constantes, beaucoup plus régulières. Dans le foie les lésions débutent par la périphérie du lobule et autour des systèmes portes interlobulaires.

L'altération des cellules hépatiques passe par les phases suivantes : dilatation, état granuleux du contenu, transformation graisseuse partielle, puis totale, dilatation du nucléole, état vésiculeux du noyau.

Ces lésions commencent six heures après l'ingestion du phosphore dans l'estomac, la transformation graisseuse du

lobule est complète au bout d'un temps qui varie entre quatre et sept jours. Nulle part il n'existe de lésions inflammatoires ni de catarrhe biliaire.

La lésion hépatique est une lésion destructive, une nécrobiose graisseuse d'emblée. Pareils phénomènes se passent dans le rein. Dans le poumon, le revêtement alvéolaire a subi une modification très importante. Les cellules, au lieu d'être appliquées sur la paroi, font saillie dans la cavité de l'alvéole et renferment de très grosses granulations graisseuses. Dans beaucoup de points c'est la seule lésion possible à constater. Les cellules endothéliales des capillaires du poumon sont également altérées et granulo-graisseuses; cette lésion se retrouve sur les capillaires d'un grand nombre d'organes, sur ceux du cœur en particulier. C'est probablement à ces altérations vasculaires que sont dues les congestions et les hémorrhagies si fréquentes dans ces empoisonnements.

Avec *l'arsenic*, les altérations présentent moins de régularité surtout dans le foie, et l'organe le plus constamment atteint est le poumon.

En résumé tout élément soumis à l'action du sang modifié par l'intoxication phosphorée ou arsenicale, est le siège de phénomènes régressifs aboutissant à la transformation graisseuse par suite de la mise en liberté de la graisse de constitution. Cette transformation graisseuse est bientôt suivie de la destruction complète du protoplasma cellulaire et de son noyau. Ces phénomènes pathologiques sont des phénomènes purement nécrobiotiques : il n'existe nulle part trace d'inflammation.

— M. *Charcot* expose des faits nouveaux tendant à montrer que l'hyperexcitabilité neuro-musculaire de certaines phases de la léthargie hystérique, s'accompagne d'une hyperexcitabilité correspondante des centres nerveux. L'application d'un courant galvanique sur le crâne d'un côté provoque des mouvements des membres et de la face du côté opposé. Rien de semblable ne se produit chez les mêmes malades après le réveil. Les conditions des expériences sont les suivantes : on place d'abord l'éponge qui termine le rhéophore positif sur le sternum, et le rhéophore négatif est appliqué sur le crâne ; c'est généralement au moment de l'ouverture du courant qu'apparaissent les mouvements. Pour les produire il faut que le courant ait une intensité suffisante pour faire dévier de 15 à 20 degrés l'aiguille d'un galvanomètre dégraduée en milli-Weber. Pour répondre d'avance à l'objection que les mouvements de la face, par exemple, pourraient être dus à l'action directe du courant, la région se trouvant dans la zone interpolaire, on a appliqué les deux rhéophores sur le crâne d'un même côté : l'un au niveau de la région correspondant aux circonvolutions dites motrices, l'autre sur l'apophyse mastoïde. Dans ces nouvelles conditions, les mouvements du côté opposé du corps se sont produits avec les mêmes caractères. On n'en a point observé du côté correspondant.

Tels sont les faits : M. Charcot ne veut pour le moment insister que sur ce côté de la question ; il tient à établir que l'hyperexcitabilité neuro-musculaire semble avoir pour pendant l'hyperexcitabilité des centres nerveux chez les hystériques hypnotisables, pendant l'état léthargique. Ces constatations ont été faites sur trois malades différentes et une soixantaine de fois sur chacune d'elles.

— M. *de Varenne*. On croit jusqu'à présent que les œufs et les spermatozoïdes des hydraires se développent dans les sporosacs et les méduses, et l'on considère en effet ces individus comme représentant la génération sexuée chez ces animaux. De très nombreuses opinions ont même été émises au sujet de l'origine endodermique ou ectodermique des éléments sexuels dans ces sporosacs et ces méduses. Il résulte d'observations qui ont été faites pendant les étés de 1880 et 1881 sur plusieurs espèces d'hydraires qui ont leur génération sexuée représentée soit par des sporosacs qui restent toujours fixés au polype hydraire sur lequel ils ont bourgeonné, soit par les méduses qui se détachent et nagent librement, que l'on trouve des ovules en voie de développement dans l'endoderme du polype lui-même avant l'apparition de ces sporosacs et de ces méduses : ces œufs proviennent de cellules endodermiques différenciées, et l'on trouve tous les passages entre une cellule endodermique ordinaire et un œuf bien développé.

En résumé : 1° Les œufs et les spermatozoïdes naissent, non pas dans les sporosacs et les méduses, mais dans les tissus, dans le *cœnosarce* du polype hydraire lui-même ;

2° Ils proviennent de cellules endodermiques différenciées ;

3° Ils passent dans un bourgeon qui n'est d'abord qu'un diverticulum des parois du corps du polype : ce bourgeon devient, en se développant, soit un sporosac qui reste toujours fixé au polype, soit une méduse libre ;

4° Il semble donc impossible de regarder les sporosacs et les méduses comme représentant les individus sexués, et on ne peut pas, par conséquent, admettre la génération alternante dans ce cas.

Ces faits ont été confirmés expérimentalement en mettant en hiver, à une époque de l'année où ils ne se reproduisent pas, à cause de l'abaissement de la température, ces animaux dans des conditions de température telles qu'ils puissent se reproduire.

REVUE DES JOURNAUX

Expériences comparatives de l'action sur l'œil de l'atropine, la duboisine et l'homatropine, par le docteur HERMANN SCHÆFFER.

L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de déterminer comparativement les effets de l'atropine, de la duboisine et de l'homatropine sur l'œil. Les expériences ont été faites sur le chien et sur l'homme.

1° *Action sur la pupille.* — Chez le chien, la mydriase apparaissait six minutes après l'instillation d'une solution d'atropine, allait en augmentant durant quinze minutes, pour disparaître après vingt-six à trentre-deux heures. La duboisine produisait la mydriase dans l'espace de cinq minutes, et celle-ci diminuait pendant dix-huit heures. L'homatropine donnait les mêmes résultats pendant les mêmes périodes de temps. — Chez l'homme, la mydriase apparaissait quatorze ou quinze minutes après l'instillation, et persistait jusqu'au quatrième jour avec l'atropine. La duboisine produisait dans l'espace de six à huit minutes une dilatation qui durait environ quatre jours. Avec l'homatropine, la dilatation se montrait après neuf minutes et persistait trois heures. Avec des solutions plus concentrées, les phénomènes sont plus rapides et durent plus longtemps.

2° *Influence sur l'accommodation.* — Les modifications dans l'acuité visuelle et l'accommodation se montraient plus rapidement (dix minutes environ) avec la duboisine qu'avec l'atropine (vingt-trois minutes). Le summum d'intensité avait lieu une heure et demie après la dilatation, avec la duboisine ; et en même temps qu'elle avec l'homatropine. Ils disparaissaient plus rapidement avec l'homatropine qu'avec les deux autres alcaloïdes.

3° *Influence de l'ésérine sur la pupille dilatée par l'atropine, la duboisine et l'homatropine.* — Une instillation de la solution d'ésérine suspendait au bout de cinq minutes la mydriase par l'atropine, et après vingt minutes la mydriase par la duboisine. Cette action neutralisante était temporaire ; car une heure et demie après, l'action mydriatique de l'atropine et de la duboisine se manifestait de nouveau. Dans le cas où on avait employé l'homatropine, l'ésérine

n'agissait qu'après cinquante minutes; mais la mydriase ne se reproduisait plus.

4° *Expériences relatives à la rapidité de l'absorption des trois alcaloïdes.* — Le dispositif de l'expérience était le suivant : l'œil d'un chien ayant été soumis à l'action d'un de ces mydriatiques, on le ponctionnait et on instillait l'humeur aqueuse sur la conjonctive d'un autre chien. L'humeur aqueuse chargée d'atropine agissait plus rapidement que celle qui contenait de la duboisine ou de l'homatropine. La dilatation était plus grande avec l'atropine et la duboisine.

Par conséquent la mydriase est produite plus rapidement et dure plus longtemps avec l'atropine qu'avec la duboisine. L'homatropine agit plus vite, mais produit une moindre dilatation. L'accommodation est paralysée plus rapidement par la duboisine et l'homatropine que par l'atropine, et par la duboisine que par l'homatropine; mais avec ce dernier alcaloïde les phénomènes durent plus longtemps qu'avec la duboisine, et surtout avec cette dernière qu'avec l'atropine.

5° *Applications thérapeutiques.* — Dans le but d'examiner le fond de l'œil, ou d'obtenir une paralysie temporaire de l'accommodation, il faut préférer l'homatropine. Si au contraire on veut obtenir un effet thérapeutique durable, on doit employer l'atropine et la duboisine.

Par exemple, quand il existe des synéchies au début, on fera usage de l'atropine, et plus tard de la duboisine; mais l'effet de celle-ci sera moins persistant. Enfin, la duboisine diminue plus rapidement que l'atropine l'injection conjonctivale, n'irrite pas la conjonctive, et par conséquent est préférable à l'atropine dans les cas de conjonctivite. (*Archives of ophthalmology*, vol. X, n° 2, p. 196. New-York, juin 1881.)

Travaux à consulter.

FIBROMES DU SEIN SE TRANSFORMANT EN CARCINOMES, par M. ELSÆSSER. — Cette grave modification des néoplasmes de la mamelle a été affirmée par les plus célèbres cliniciens, mais a été rarement observée par les anatomo-pathologistes. Deux observations personnelles permettent à l'auteur d'en démontrer la réalité, anatomiquement et cliniquement. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXII, p. 418.)

UNE NÉVROSE DU NERF VAGUE, par M. PREISENDÖRFER. — Observation fort intéressante. Une femme qui souffre depuis fort longtemps de maux d'estomac est prise par accès de palpitations extrêmement violentes. Ces palpitations « doivent être dues à une diminution du tonus normal du nerf vague, puisque l'irritation directe de ce nerf (par la compression du cou) les fait cesser presque instantanément ». Il est encore probable que ce désordre fonctionnel du pneumogastrique était d'origine réflexe, et provenait d'une affection de l'estomac, puisqu'un traitement diététique convenable coupait en même temps les désordres digestifs et les accès de palpitations, tandis que toute transgression du régime faisait réapparaître les uns et les autres. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXVII, p. 287.)

BIBLIOGRAPHIE

Etudes de thérapeutique générale et spéciale avec applications aux maladies les plus usuelles, par le docteur A. LUTON. 1 vol. in-8 de 475 pages. — J. B. Baillière et fils. Paris, 1882.

M. Lutton n'a pas la prétention de publier un traité de thérapeutique, son titre même l'indique; il veut que tous profitent des travaux qu'il a entrepris, de son expérience sans système et sans enthousiasme. Lui-même, il expose clairement, dans son introduction, à quel esprit scientifique il se soumet quand il dit : « Il n'y a qu'une doctrine qui ait survécu en médecine, c'est l'*hippocratisme* ou le *naturisme*, précisément parce qu'elle est la négation de toute doctrine, elle est la vérité sans phrases et sans conditions, acceptant tout ce qui est bon, c'est-à-dire ce qui est corrélatif à sa destination. L'hippocratisme est l'expression pure et simple des lois de la nature; par là, on doit envisager les phénomènes de ce monde, et, pour ce qui est de notre sujet, les phénomènes morbides, comme abandonnés à leur chute naturelle, livrés en quelque sorte à eux-mêmes, exempts de toute classification factice, et étudiés tels qu'ils sont en dehors de toute préoccupation scolastique. Nous n'avons pas eu d'autre guide dans les difficultés de notre carrière; il n'y en a pas de meilleur pour qui que ce soit. » Avec de tels principes, il est évident que l'auteur ne se laissera entraîner par aucun système et que l'on pourra prendre en considération ce qu'il dit des méthodes thérapeutiques qu'il recommande.

Le volume que nous avons sous les yeux est divisé en deux parties : *thérapeutique générale* et *thérapeutique spéciale*. Nous n'entreprendrons pas une analyse chapitre par chapitre, nous nous efforcerons seulement, en étudiant quelques passages, de montrer à nos lecteurs dans quelle voie M. Luton a été guidé par son dévouement aux doctrines de l'Ecole.

Un chapitre que nous ne voulons pas passer sous silence, vu les idées originales qui y sont développées, est celui que l'auteur intitule : *Dualisme spécifique*, dans lequel il se propose de résoudre les questions suivantes : Qu'est-ce que la maladie? Qu'est-ce que le remède? Comment s'établissent entre l'une et l'autre les rapports voulus pour arriver à l'état neutre, ici la guérison? Pour atteindre le résultat désiré, il faut d'abord bien connaître la maladie, et il proteste justement, croyons-nous, contre la passion de l'analyse poussée à ses dernières limites qui tendrait à confondre la maladie avec le symptôme; il importe de rester dans une synthèse rationnelle et de ne désigner sous le nom de maladie qu'un état qui contient les différents symptômes, les grouper au lieu de les isoler. « La maladie, dit-il, est une succession de phénomènes extra-physiologiques qui s'enchaînent par voie de subordination nécessaire, depuis l'impression de la cause morbide jusqu'à sa terminaison naturelle, guérison ou mort. » Dans cette définition, il fait intervenir trois éléments : la cause, la manifestation et l'évolution. Cette manière d'envisager la maladie a l'avantage de subordonner les cas particuliers à une loi générale; mais M. Luton nous permettra ici une remarque, lui qui est partisan passionné de l'observation, c'est que la subordination de l'évolution à la cause ne se produisant pas toujours de la même manière, il sera bien obligé, tout en conservant à l'idée primordiale son influence dirigeante, d'obéir dans beaucoup de cas à des manifestations particulières. Dès lors, nous entrevoyons que l'idée de spécifier, si féconde en principe, devra dans l'usage s'incliner souvent encore et pendant de longues années. Conséquent avec ses prémisses, M. Luton avance que la véritable thérapeutique c'est la spécificité des agents; si l'on avait des actions spécifiques pour chaque maladie, actions toujours identiques, on aurait atteint un but bien désirable; la science n'en est pas là; ce n'est pas notre seule objection, car nous regrettons de trouver dans ce chapitre bien pensé et bien ordonné une phrase de critique sévère à l'adresse de la méthode expérimentale, elle qui, nous ne doutons pas que M. Luton l'admette, est un des moyens les plus sûrs d'atteindre le but qu'il poursuit.

Pour l'auteur, la médecine n'est une science qu'à la condition d'admettre la maladie enchaînée sans retour à sa cause originelle et le remède compris avec son caractère d'antagonisme et de corrélation absolue. Nous ne dirons pas que c'est là un retour en arrière, car, nous le répétons, si nous possédions contre chaque cause morbigène un agent héroïque, le dernier mot serait dit. Mais il faut prendre les choses en l'état, et il est impossible pour le moment de ne pas reconnaître que celui qui combat l'évolution de physiologie pathologique connue, qui améliore l'état morbide, qui détruit les désordres produits s'il ne peut s'attaquer à la cause ne rende

des services. Le médecin physiologiste, dit M. Lutton, peut être un savant, mais il n'est pas un guérisseur; nous lui répondrons : s'il n'est pas un guérisseur dans le sens absolu du mot, dans le sens donné par vous, il est celui qui fait disparaître ou pallie les phénomènes morbides et, sauf des cas bien rares, pouvez-vous plus aujourd'hui?

Nous nous sommes longuement étendu sur ce chapitre qui est, pour ainsi dire, le canevas de la partie du livre consacré à la thérapeutique générale; nous ne pouvions faire autrement, car il eût été, sans ces courtes critiques, impossible d'analyser, dans les cas particuliers, les opinions de l'auteur. Nous nous bornerons à signaler les développements qu'il consacre à certaines méthodes générales, la vitesse en thérapeutique, le trouble fonctionnel primitif comme moyen d'action, les médications paradoxales, les médications dérivative, purgative, tonique, et enfin une étude sur le régime; tous ces chapitres ne pourraient se résumer et il y aura grand avantage à les lire. Nous avons hâte d'arriver à la thérapeutique spéciale et de montrer comment M. Luton applique, dans les cas particuliers, les principes que nous venons d'exposer sur le rôle du médecin en présence du remède et de la maladie.

Des chapitres consacrés à la thérapeutique spéciale, le premier traite de la méthode des injections hypodermiques, nous n'en dirons rien, non pas qu'il ne contienne des renseignements du plus haut intérêt, mais parce que M. Luton a publié, il y a quelques années, un traité magistral sur cette importante question, volume dont les lecteurs de la *Gazette* ont eu une excellente analyse; puis il serait impossible, dans les limites d'un article de journal, de résumer, si incomplètement qu'on veuille, les nombreux matériaux condensés par l'auteur et qui trouveront leur place légitime dans l'article du *Dictionnaire encyclopédique* consacré à ce sujet.

Il faut cependant choisir un exemple pour montrer comment M. Luton applique les opinions qu'il a émises dans la première partie, cet exemple sera le traitement de l'*alcoolisme par la strychnine*. La confiance que l'auteur a dans sa médication se révèle dans les premières pages quand il dit : « Placé par les circonstances dans un milieu où l'alcoolisme fleurit spontanément et s'épanouit sous les formes les plus diverses, nous avons été amené à connaître et à combattre un fléau qui ne s'est pas trouvé au-dessus de notre pouvoir. »

Voyons tout d'abord en quoi consiste cette médication : En premier lieu, de toutes les préparations dérivées de la noix vomique, l'auteur préfère le sulfate de strychnine. Dans des cas nombreux, et notamment dans le *delirium tremens* où la méthode hypodermique est préférable, il faut employer des doses de 5 milligrammes du sel et les répéter deux et même trois fois par jour. L'emploi de doses massives est la condition primordiale du succès. Par la voie gastrique, il ne craint pas de donner, dans les vingt-quatre heures, jusqu'à 3 centigrammes de sulfate de strychnine en quatre ou cinq prises. Certes, dit-il, il n'y a pas là un véritable antidotisme, puisque l'alcool n'existe plus dans l'économie et que les effets seuls sont à combattre, mais il y a une action antagoniste à exercer, « opposer à l'inertie la stimulation, à la chute le relèvement, à l'hyphémie capillaire l'hyperhémie, à la régression la réparation, etc... » Ces propriétés appartiennent à la strychnine de la manière la plus incontestable. Le mérite principal de cette méthode, d'après M. Lutton, c'est de considérer l'alcoolisme comme un tout, comme une unité et de traiter le mal dans sa cause générale, dans ses manifestations multiples et polymorphes sans s'attaquer isolément à tel symptôme ou à tel autre en négligeant la misère organique générale produite par l'intoxication. Certes, c'est là une manière large d'envisager la question. L'expérience toujours heureuse de M. Lutton doit être prise en grande considération et servir d'enseignement utile à tous les praticiens.

Si, du général, nous passons aux cas particuliers, si nous voulons savoir comment la strychnine agit, non plus seulement pour combattre la toxicohémie en elle-même, mais encore ses diverses manifestations, voici ce que nous dit l'auteur.

L'application du remède peut avoir lieu dans trois cas : 1° alcoolisme déclaré, actuel, effectif; 2° imminence de l'alcoolisme à la suite d'excès récents; 3° alcoolisme prévenu par l'usage simultané de l'antidote et du poison. Nous n'insisterons pas sur les deux premiers cas où il s'agit de combattre une affection excitante et dans lesquels il faut appliquer les règles indiquées précédemment; mais le troisième est bien plus intéressant au point de vue qui nous occupe. Il s'agit d'un véritable antidotisme, puisque, quoique le poison soit absorbé, l'intoxication n'a pas lieu. Passons aux détails : l'auteur propose d'ajouter à des boissons naturellement amères : bitter, vermouth, absinthe, etc., de petites doses de noix vomique ou de strychnine suffisantes pour empêcher les effets nocifs de l'alcool, mais ne pouvant jamais produire l'intoxication strychnique vu leur faible proportion. « Nous admettons ici, dit-il, l'intervention de l'État... »; et plus loin : « C'est aux sociétés de tempérance et d'hygiène à élaborer une idée, pour la proposer ensuite à nos gouvernants, et enfin la soumettre à l'action de nos législateurs. » Nous avons analysé ce chapitre sans critique, sans idée préconçue, nous le soumettons à nos lecteurs en laissant à M. Lutton l'entière responsabilité de sa doctrine, mais pour être tout à fait impartial, nous devons engager à lire les très remarquables et très complètes études cliniques que l'auteur publie à la fin et qui sont en quelque sorte les pièces justificatives des pages théoriques.

Le volume contient encore deux grands chapitres consacrés, l'un au traitement de l'affection rhumatismale par les préparations cyaniques, le second à l'influence des préparations de noyer dans la granulie.

Pour ce qui regarde le premier, nous renvoyons nos lecteurs à l'ouvrage, car nous serions obligé de répéter ce que nous venons de dire à propos de l'alcoolisme : pour M. Lutton, le rhumatisme est un tout dont le cyanogène est l'antidote. Voyons en quelques mots ce qui concerne le traitement de la granulie :

« La démonstration d'un fait aussi considérable que la guérison possible de l'affection granuleuse repose sur un certain nombre de notes et d'observations..., et c'est aux préparations de feuilles de noyer que nous croyons pouvoir attribuer nos succès. » Voici comment il formule le traitement : « C'est l'extrait de feuilles de noyer dont nous avons surtout fait usage, non pas l'extrait quelconque des pharmacies, mais l'extrait Grandval préparé dans le vide... Nous donnons notre extrait à la dose de 3 à 5 grammes dans une potion gommeuse... Les effets de ce remède sont prompts à se faire sentir; dès le premier jour, ils sont appréciables, la fièvre s'abaisse, l'appétit renait..., les accidents locaux s'atténuent parallèlement... Comment agit le médicament, nous l'ignorons; mais qu'importe : qu'on veuille seulement tenir compte des chances de guérison. »

Ici finit, à proprement parler, la partie dogmatique du livre de M. Lutton; mais suivant ce qu'il a dit, il n'a pas la prétention de publier un traité de thérapeutique, et il veut faire profiter les lecteurs du fruit de son expérience; c'est pour tenir cette promesse qu'il a ajouté à sa publication plusieurs petites notes qui seront lues et étudiées avec plaisir par tout médecin; nous citerons les principales : du phosphate de soude comme agent de réintégration, de la diète hydrique, hémaphyllie et iodure de potassium, etc. Enfin, il termine par un chapitre intitulé : *Pratiques et formules diverses*, dans lequel il résume tous les petits faits qui n'ont pas trouvé place dans les chapitres précédents.

Nous regrettons de passer aussi rapidement sur toute cette dernière partie du livre qui, au point de vue pratique, n'est certes pas la moins intéressante, mais nous avons été déjà bien long.

Le livre de M. Lutton n'est pas, en effet, une publication

banale et on a pu s'en apercevoir par les courts extraits que nous en avons donnés. Beaucoup de médecins ne seront pas d'accord avec lui sur les opinions qu'il avance, mais tous liront avec fruit son ouvrage qui joint à des qualités sérieuses d'observation, une grande clarté d'exposition et des renseignements du plus haut intérêt.

H. Chouppe.

Index bibliographique.

Formulaire thérapeutique a l'usage des praticiens, par M. J. B. Fonssagrives, ancien professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-18. — Paris. A. Delahaye et Lecrosnier.

M. Fonssagrives est infatigable; nous ne savons plus au juste combien l'hygiène et la thérapeutique lui doivent déjà de volumes. A ne prendre que les dernières années, nous rappellerons au lecteur que nous avons analysé du même auteur : en 1875, un volume sur les *Principes de thérapeutique générale*; en 1877, un *Traité d'hygiène navale* (2e édition); en 1878, un *Traité de thérapeutique appliquée*; en 1880, un ouvrage sur la *Thérapeutique de la phthisie pulmonaire* (2e édition); et, tout récemment, un gros in-8° de 700 pages sur l'*Hygiène alimentaire des malades et des convalescents* (3e édition). Ajoutons que bientôt le *Traité de thérapeutique appliquée* aura un complément dans un *Traité de matière médicale et de physiologie médicamenteuse*, déjà annoncé comme étant « en préparation ».

Le présent *Formulaire* s'inspire des mêmes principes qui ont animé les précédents ouvrages de l'auteur. En dépit de son nom, il est dirigé contre la *formule*, qu'il s'efforce de détrôner pour y substituer le *médicament*, et pour donner à la prescription médicale la base de l'indication. Les agents thérapeutiques sont classés suivant le mode de leur action : absorbants, alcalifiants, analgésiques, etc., et c'est dans cette série de classes que figurent les formules qui y sont afférentes. Après le formulaire concernant les médicaments proprement dits vient un formulaire *électrologique*, puis un formulaire *hydrologique* (eaux minérales et hydrothérapie), un formulaire *climatologique*, enfin un formulaire *bromatologique*. C'est, on le voit, la thérapeutique entière accommodée aux besoins quotidiens de l'homme de l'art. Ce pourrait être, pour celui-ci un *vade-mecum* suffisant.

On trouvera dans la première section des prolégomènes, très utilement consacrés aux rapports du médecin et du pharmacien, à la provenance des médicaments prescrits, à la constitution et à la rédaction de la formule, enfin aux données numériques applicables à la posologie.

L'École des garde-malades et des ambulancières, cours professés à la mairie du VIe arrondissement de Paris. 1 vol. in-12. — Amiens, 1881. Delattre-Lenoël.

Ces cours ont été faits par MM. Bouland, Bouloumié, Duchaussoy, Duchesne, Gillet de Grandmont, Jolly, Laburthe, Lacroix, Pruvost, Martel, Ed. Michel, Muselier. Nous rendons pleine justice et à l'intention des professeurs et au talent ingénieux qu'ils déploient pour mettre la science et la pratique médicales à la portée d'élèves un peu frustes. Nous disons la science, car l'anatomie, la physiologie, les *notions sur les maladies* ont leur place dans cette série de leçons. Mais il nous est difficile de croire que, de ces exposés élémentaires, mesdames, messieurs les garde-malades tirent autre chose que des connaissances extrêmement vagues, et, par cela seul, fécondes en erreurs et en préjugés. Il y a un endroit du livre où l'on prend parti pour les théories médicales de M. Pasteur. Une forte tête d'infirmier ou d'ambulancière raisonnant sur les bactéries et les bactéridies serait assez désagréable, il faut en convenir, pour le médecin traitant et aussi pour le malade. Quelques conseils sur les soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, et des préceptes sur le massage et les pansements sont ce qui nous a paru être le mieux à sa place dans cet ensemble de cours.

VARIÉTÉS

Expédition de Tunisie.

On nous prie d'insérer la lettre suivante, adressée au *Gil Blas* :

Sous ce titre, « le Rapport du docteur Pozzi, » vous avez publié dans votre journal, à la date du 10 janvier, un article dont je vous ai aussitôt prié de rectifier certaines inexactitudes. Au lieu de ma lettre, je lis dans votre numéro d'aujourd'hui, 11 janvier, des commentaires qui laissent subsister les erreurs que je tenais surtout à relever. J'ai donc l'honneur de requérir formellement de votre loyauté l'insertion de ce qui suit dans votre prochain numéro :

1° Ma mission en Tunisie était purement scientifique, donnée par le ministère de l'instruction publique; elle n'avait à aucun degré le caractère d'une enquête, pour laquelle un médecin militaire aurait seul pu être désigné par le ministre de la guerre.

2° Vos appréciations relatives aux qualités du corps de santé militaire ne sont pas les miennes. J'ai pu constater, non seulement le dévouement incontesté, mais encore la solide instruction et l'habileté professionnelle des médecins du corps expéditionnaire. Ils ont été au-dessus de tout éloge durant cette pénible campagne.

3° L'île de Djerba, vu sa situation géographique, n'a *jamais* eu et ne pouvait avoir d'ambulance d'évacuation; les seuls malades qui s'y soient trouvés provenaient de sa garnison.

Recevez, etc.

Dr S. Pozzi,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Conseil municipal. — Dans la séance du 27 décembre 1881, M. Lamouroux a présenté un rapport sur trois chapitres du budget spécial de la préfecture de police, et proposé d'inscrire les crédits suivants : laboratoire municipal de chimie et d'analyses, 171 000 francs; hygiène publique et salubrité, 76 220 francs; secours publics, 49 350 francs; service médical de nuit, 99 360 francs. (Adopté.)

Dans le service d'hygiène publique et de salubrité, on trouve un crédit de 10 000 francs pour voitures spéciales affectées au transport dans les hôpitaux de malades atteints de maladies contagieuses. Trois premières voitures du système ont été livrées et remises : à la préfecture de police, à la mairie du XIIIe arrondissement et à celle du XVIIIe arrondissement.

Un crédit spécial de 12 000 francs se trouve ouvert pour la construction d'un pavillon de secours sur les rives du canal Saint-Denis, porte de Saint-Denis, talus des fortifications. Aujourd'hui, les appareils de secours déposés dans les commissariats, postes de police, etc., de Paris et de la banlieue, sont au nombre de 207. Il y a 210 brancards environ.

Indemnités allouées aux internes en médecine des hôpitaux et hospices civils. — Dans sa séance du mardi 27 décembre, le Conseil municipal de Paris a adopté, sur le rapport de M. de Bourneville, la proposition de la commission du budget de l'Assistance publique pour 1882, ayant pour but d'élever les indemnités allouées aux internes en médecine des hôpitaux et hospices civils : pour les internes de première année, cette indemnité sera portée de 500 à 600 francs; pour ceux de seconde année, de 500 à 700 francs; pour ceux de troisième année, de 600 à 800 francs; enfin, pour les internes de quatrième année, elle sera portée de 700 à 1000 francs. De plus, la commission invite l'administration à examiner s'il n'est pas possible d'arriver à donner à tous les internes en médecine la nourriture en nature.

Le Conseil, s'occupant du service des accouchées chez les sages-femmes de la ville, a également voté une légère augmentation de l'indemnité accordée à chaque sage-femme pour garder une femme en couches, non plus pendant neuf jours, comme par le passé, mais bien dorénavant pendant dix jours. L'indemnité a été portée de 50 à 60 francs. De plus, aucune accouchée ne pourra partir que sur l'*exeat* du médecin, et chaque jour en plus des dix jours réglementaires sera payé 6 francs à la sage-femme.

Hôpital français de Londres. — Le banquet annuel au profit de l'hôpital français de Londres a été donné avant-hier à Willis's Rooms, sous la présidence de l'ambassadeur de France, M. Challemel-Lacour.

CHOLÉRA. — On écrit de Madrid, le 4 janvier : « Le consul d'Espagne au Caire vient de télégraphier au ministre des affaires étrangères que, dans un campement situé près d'Alexandrie et occupé par los pèlerins de la Mecque, il en meurt trois sur cent par jour du choléra. »

FIÈVRE JAUNE. — Le ministre de la marine a reçu du consul de France à Lisbonne une dépêche, en date du 1er janvier, annonçant que la fièvre jaune a complètement disparu et que toute la colonie est en libre pratique.

— M. le ministre de la marine vient d'envoyer au Sénégal M. le docteur Walther, médecin de la marine, qui devra rendre compte de l'état sanitaire actuel de la colonie, des dangers qui pourraient menacer dans l'avenir la santé de nos troupes et de nos fonctionnaires.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés : 1° officier de l'instruction publique, M. Bornier, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon ; 2° officier d'académie : MM. Pinard, agrégé près la Faculté de médecine de Paris; Duprey, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen; Padieu, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens; Rebatel, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon; Macé, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes; Vesque, docteur ès sciences naturelles, lauréat de l'Institut; Van Nooten, professeur et ex-directeur du jardin de botanique Buitenzorg; Slœm (docteur), directeur du Sanitarium de Sindanglaya.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Ont été promus : *au grade de médecin en chef*, M. Duburquois, médecin principal; *au grade de médecin principal*, 1er tour (ancienneté), M. Veillon, médecin de 1re classe.

ENSEIGNEMENT DES SCIENCES NATURELLES DANS LES LYCÉES. — Afin de faciliter le recrutement de professeurs pour l'enseignement des sciences naturelles dans les lycées, enseignement quelquefois confié à des docteurs en médecine ou à des étudiants distingués, le *Conseil de l'instruction publique* a adopté un amendement de M. Fustel de Coulanges ainsi conçu : « Pourront être admis au concours de l'agrégation des sciences naturelles : 1° les docteurs en médecine pourvus du diplôme de licence ès sciences physiques; 2° les pharmaciens munis des diplômes supérieurs et justifiant de cette même licence. » Un arrêté conforme vient d'être pris par M. le ministre de l'instruction publique.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un concours s'ouvrira, le 15 avril 1882, à l'école du Val-de-Grâce, pour un emploi de professeur agrégé. Cet emploi comporte l'enseignement de la chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

— La nomination de M. Küss comme pharmacien-major de 1re classe était postérieure à son décès, alors inconnu. M. Amster (Henri-Louis) vient d'être nommé à sa place.

VACCINATION OBLIGATOIRE. — On mande de Washington, le 5 janvier : « Les directeurs du Conseil national de santé et du service des hôpitaux ont eu une entrevue avec le président, au sujet de la grave épidémie de petite vérole qui règne dans les villes de l'Ouest. Ils ont fait ressortir l'urgence de mesures législatives qui permettraient d'arrêter l'épidémie, en rendant la vaccination obligatoire pour tous les émigrés arrivant dans le pays. Le président a répondu qu'il traiterait probablement cette question dans un message spécial adressé au Congrès. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — La séance annuelle de la Société de chirurgie aura lieu le mercredi 18 janvier 1882, à trois heures et demie.

Ordre du jour : 1° allocution de M. de Saint-Germain, président; 2° compte rendu des travaux de l'année 1881 par M. Le Dentu, secrétaire annuel; 3° éloge de M. Chassaignac, par M. Horteloup, secrétaire général; 4° proclamation des prix pour l'année 1881.

COURS. — Le docteur Martin-Damourette a recommencé, le 9 janvier, de nouveaux cours pour la préparation au premier examen du doctorat (nouveau régime), et aux troisième et quatrième (ancien régime), avec la collaboration du docteur Bardet. Le cours pour les premier et troisième examens aura lieu tous les jours, à deux heures et demie, et commencera par la chimie organique. Le cours pour le quatrième examen recommencera par la thérapeutique, et aura lieu, à huit heures du soir, les lundis, mercredis et vendredis.

HÔPITAL DES ENFANTS. — M. le docteur Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants, commencera des leçons cliniques le samedi 14 janvier, à neuf heures (salle Saint-Ferdinand), et les continuera les samedis de chaque semaine, à la même heure. Il s'occupera surtout des maladies cutanées et des maladies chroniques de l'enfance. — Consultations le mercredi et le jeudi.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Albert Robin, médecin des hôpitaux, commencera son cours d'urologie clinique, au laboratoire des cliniques de l'hôpital de la Charité, le lundi 16 janvier, à dix heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis, à la même heure. Les élèves seront exercés aux analyses des principaux éléments de l'urine.

MORTALITÉ A PARIS (1re semaine, du vendredi 30 décembre au jeudi 5 janvier 1882). — Population probable : 1 988 806 habitants. — Nombre total des décès : 1281, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 25. — Variole, 19. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 68. — Dysentérie, 3. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 44. — Phthisie pulmonaire, 195. — Autres tuberculoses, 18. — Autres affections générales, 67. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 81. — Bronchite aiguë, 67. — Pneumonie, 118. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 58; au sein et mixte, 30; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 125; de l'appareil circulatoire, 81; de l'appareil respiratoire, 99; de l'appareil digestif, 50; de l'appareil génito-urinaire, 32; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 7. — Morts violentes, 31. — Causes non définies, 17.

Conclusions de la 1re semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1220 naissances et 1281 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1039, 1040, 1088, 1092. Le chiffre de 1281 décès relevé dans le bulletin de ce jour est donc supérieur à chacun des chiffres des quatre dernières semaines. La comparaison avec la dernière semaine de l'année 1881, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir : une atténuation pour l'infection puerpérale (3 décès au lieu de 7 pendant la 52e semaine), la rougeole (11 au lieu de 12), la scarlatine (5 au lieu de 7), la coqueluche (3 au lieu de 4); une aggravation pour la variole (19 au lieu de 9), la diphthérie (68 au lieu de 62), l'érysipèle (9 au lieu de 4). Les décès par fièvre typhoïde ont atteint le même chiffre que durant la dernière semaine.

Dr BERTILLON,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Contribution à l'étude de l'étiologie de la cataracte, par M. le docteur Ullmann. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Du délire aigu, par M. le docteur Briand. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Les eaux thermales de Lavey et leur valeur thérapeutique, par M. le docteur Suchard. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

Anatomie pathologique des kystes non dermoïdes de l'ovaire, par M. le docteur Quénu. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

Du lavage de l'estomac, procédé opératoire, indications, résultats, par M. le docteur Fauche. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la diphthérie du pharynx et des voies respiratoires, par M. le docteur R. Thomas. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

La métallothérapie devant le « Lyon médical » le « Bulletin de thérapeutique » et la médecine officielle pendant trente années. Revendications et négations, par M. le docteur Burq. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur **A. DECHAMBRE**

MEMBRES : MM. les docteurs **BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS**

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 19 janvier 1882.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie de médecine n'a pas chômé mardi dernier comme à la précédente séance. Elle a entendu avec un intérêt marqué des communications de M. Depaul et de M. Maurice Perrin.

M. Depaul a présenté et commenté une observation de tumeur fibreuse du col utérin, du poids de 1790 grammes, qui avait mis obstacle à l'accouchement et qui avait été pris pour un placenta décollé. L'excision de la tumeur à l'aide d'un bistouri permit d'extraire aisément un enfant bien conformé, bien portant, et aujourd'hui allaité par sa mère, qui se porte également bien.

Quant à M. Maurice Perrin, il a appelé l'attention de l'Académie sur l'existence d'ophthalmies purulentes, indépendantes de la blennorrhagie, et qu'il serait disposé à rapporter à une influence rhumatismale.

Le concours d'agrégation des Facultés de médecine.

(Deuxième article.)

Nous avons exposé, dans un premier article, tous les arguments qui nous paraissent plaider en faveur de la décentralisation des concours d'agrégation en médecine et en chirurgie. Nous croyons avoir suffisamment fait comprendre que les intérêts de l'enseignement médical et chirurgical ne sont pas identiques avec ceux de l'enseignement des sciences anatomiques, physiologiques, physiques, chimiques ou naturelles. Le recrutement des anatomistes, des chimistes ou des naturalistes est parfois difficile en province. La plupart de ceux qui se destinent à cet enseignement que nous ne voulons pas appeler *accessoire*, mais que nous pouvons dire *préparatoire* à la médecine, reconnaissent la nécessité de faire un stage assez long dans les laboratoires de la Faculté de Paris, de l'Ecole des hautes études ou du Collège de France ; et, après avoir achevé leurs études à Paris, ils ne refusent pas toujours les positions qui peuvent se présenter dans les Facultés de province. Nous comprendrions donc volontiers que l'on recommençât, aujourd'hui que la carrière de l'agrégation est plus honorée et plus lucrative, les essais tentés en 1856, alors que les concours d'agrégation des sciences anatomiques, physiques et naturelles étaient seuls centralisés à Paris. Pour ces concours la comparaison avec les Facultés de droit n'est pas non plus aussi forcée que pour l'agrégation de médecine. Les agrégés des sciences préparatoires à la médecine, aussi bien que les agrégés de droit, peuvent, dans certaines conditions, changer de Faculté et même obtenir à Paris des situations dignes de leur talent et des services qu'ils ont rendus à la science. Les médecins et les chirurgiens au contraire ne quittent presque jamais la Faculté où ils ont été nommés et où les retiennent les intérêts de la clientèle. Jamais non plus ils ne voient s'ouvrir devant eux les portes de la Faculté de Paris. Leur position est donc différente. Or nous ne prétendons défendre ici que les intérêts des agrégés de médecine et de chirurgie et c'est pourquoi nous n'avons point hésité à traiter dans son ensemble la question actuellement discutée par les Facultés de médecine. Il nous reste à faire voir que les réformes proposées par M. Paul Bert ne sont point de nature à remédier au mal dont chacun se plaint depuis plus de sept années. Les questions soumises aux délibérations des Facultés sont au nombre de quatre. Nous allons les examiner dans l'ordre marqué par la circulaire ministérielle, tout en faisant nos réserves au sujet de leur opportunité.

Première question. — *Les épreuves préparatoires pourraient elles être ramenées (l'appréciation des titres antérieurs des candidats restant toujours un des éléments principaux de l'admissibilité) à des compositions écrites, et quelles devraient être ces compositions?*

Si ces compositions paraissent être suffisantes, elles pourraient être faites au chef-lieu de chaque Académie; il serait facile de les imprimer, comme cela se pratique pour l'agrégation de droit. Le candidat qui n'habiterait pas la ville où siégerait le jury ne serait obligé de quitter sa résidence que pour les épreuves définitives.

Les termes de cette question ne nous paraissent pas suffisamment précis. Les compositions écrites dont il est ici question ne devront-elles servir qu'à faire prononcer l'ad-

missibilité du candidat et n'entreront-elles point en ligne de compte pour assurer ses droits à une nomination définitive? S'il en est ainsi, c'est-à-dire si la nomination des agrégés doit se faire par un concours à deux degrés, pourquoi ne pas laisser aux Facultés de province, qui connaissent leurs élèves et sont seules capables d'apprécier sainement leurs titres antérieurs, le soin de juger ces compositions écrites?

Dans le cas, au contraire, où, comme par le passé, les candidats à l'agrégation devront être classés d'après l'ensemble de leurs épreuves, il paraît nécessaire que ces compositions soient lues en public, écoutées et jugées par tout le jury, ainsi que par les élèves qui suivent si assidûment les séances du concours, et non classées à huis-clos comme des compositions de collégiens. Nous ne comprenons guère, dès lors, l'utilité qu'il pourrait y avoir à essayer le système que propose le ministre. Il présenterait, dans certaines circonstances et dans certains milieux, des inconvénients graves que chacun devine et que nous devons indiquer sans y insister d'ailleurs. Il ne nous paraît offrir aucun avantage par cette raison surtout que nous croyons à l'utilité d'au moins une leçon orale pour bien faire juger l'aptitude des candidats. Sans doute, nous n'attachons que peu d'importance à ces épreuves dites éliminatoires. Nous estimons que, si les conditions actuelles ne sont point modifiées, on sera toujours heureux de pouvoir admettre aux épreuves définitives les candidats qui, plus rares d'année en année, consentiront à venir affronter le concours parisien. Mais il n'en est pas de même pour les concurrents qui se présentent pour la Faculté de Paris. Ceux-ci sont toujours nombreux. Leur classement est parfois difficile. Pour eux surtout il importe que l'admissibilité aux épreuves définitives ne soit point prononcée sans que personne, ni les juges, ni le public, ait été appelé à apprécier leur talent et leur aptitude à l'enseignement. Il nous semble donc que, pour les candidats parisiens, on ne pourrait, sans inconvénient sérieux, changer l'ordre ou la nature des épreuves d'admissibilité. Quant aux candidats provinciaux, nous répéterons à ce sujet ce que nous avons déjà dit. Pour réussir dans un concours centralisé, devant les professeurs de l'Ecole de Paris et avec des concurrents habitués aux concours parisiens, ils croiront toujours nécessaire de venir passer plusieurs mois à Paris avant le commencement des épreuves définitives. Il faudrait n'avoir jamais assisté à un concours d'agrégation de médecine et n'avoir jamais reçu les confidences des candidats pour s'imaginer que ceux-ci consentiraient à venir à la dernière heure, inconnus de leurs juges, indifférents à leurs concurrents, faire deux ou trois leçons orales devant un jury parisien. Tous ceux qui voudront réussir continueraient donc à s'inscrire à Paris et préféreraient y écrire leurs compositions plutôt que de s'exposer à tous les mécomptes que pourrait leur attirer leur arrivée tardive dans un milieu qu'ils redoutent. Pour tous ces motifs, nous croyons inutile sinon nuisible de limiter à des compositions écrites les épreuves préparatoires du concours d'agrégation.

Deuxième question. — *Quelle est la valeur de la thèse dans le concours d'agrégation? Doit-elle être maintenue, modifiée ou supprimée? Doit-elle être remplacée par une autre épreuve? et, dans ce cas, quelle serait cette épreuve?*

Troisième question. — *L'argumentation doit-elle être maintenue?*

Nous réunissons ces deux questions qui sont trop dépendantes l'une de l'autre pour pouvoir être séparées. Notre réponse, dictée par les nombreuses communications que nous avons reçues et les réflexions que nous a inspirées la lecture des rapports adressés au ministre par les divers présidents des jurys d'agrégation, sera très franche. Nous croyons, non seulement qu'il est utile, mais encore qu'il est nécessaire de maintenir, sous une forme quelconque, la thèse et son argumentation. Dans les concours d'agrégation qui paraissent surtout destinés à faire valoir l'aptitude à l'enseignement des candidats qui n'ont pas encore fait leurs preuves et qui diffèrent, par conséquent, des concours pour le professorat, la thèse devient le seul témoignage persistant qui permette d'apprécier, après plusieurs années, la valeur qu'ont eue les concours. Nous pourrions même dire qu'à l'étranger aussi bien qu'en province, nos thèses sont lues et étudiées avec fruit; tous les jeunes docteurs qui se préparent à l'enseignement, les critiques ou les écrivains qui cherchent à étudier certaines questions spéciales, peuvent trouver dans leur collection un plan, des renseignements bibliographiques ou des discussions intéressantes. Mais pour aborder plus directement la question en litige, nous ferons remarquer que dans sa thèse et par sa thèse, un candidat à l'agrégation en médecine ou en chirurgie peut montrer son aptitude à l'enseignement. Le travail qui lui est ainsi imposé, s'il ne peut être toujours un témoignage réel de cette aptitude, a cependant une certaine analogie avec la préparation des cours publics qu'il sera appelé à professer plus tard, et des juges éclairés ne doivent-ils pas tenir grand compte de la manière dont ce travail a été fait? Sans doute on reproche à la thèse de ne pas être une œuvre personnelle. Pour les candidats parisiens surtout, car à ce point de vue les concurrents venus de province sont bien plus mal partagés, de nombreux et utiles collaborateurs viennent en aide à celui dont un labeur de plusieurs semaines a épuisé les forces, et qui n'a plus dès lors qu'à centraliser, à reviser, à classer les matériaux qu'on vient lui apporter. Cet inconvénient, quelque sérieux qu'il soit, ne nous paraît pas suffisant pour supprimer la thèse. Ses adversaires, pour la plupart hostiles à la décentralisation des concours, sont surtout les anatomistes, les physiciens, les naturalistes ou les chimistes, qui jugent de la valeur d'un travail par les faits nouveaux ou les expériences personnelles qu'il analyse ou qu'il révèle. Les thèses d'agrégation de médecine et de chirurgie sont des œuvres d'histoire et de critique médicales. Or nous ne pensons pas qu'on puisse nier qu'une des qualités essentielles d'un professeur de pathologie, de thérapeutique ou d'hygiène soit précisément celle qui consiste à bien connaître, à bien interpréter et à exposer clairement les faits que les découvertes scientifiques accumulent chaque jour. Que de savants dignes d'estime et de respect ont été de pauvres professeurs! Que de professeurs éminents ne laissent après eux qu'un très petit nombre de découvertes sérieuses! Leurs élèves font leur réputation, et les services qu'ils rendent à la profession médicale en formant des praticiens aussi instruits que sensés ont parfois plus de valeur que les services rendus à la science par les chercheurs de faits nouveaux ou ceux qui se confinent exclusivement dans leurs laboratoires. Nous n'hésitons point d'ailleurs à reconnaître qu'il y aurait grand avantage, sans supprimer la thèse, à rendre cette épreuve plus probante. Le choix d'un sujet moins vaste, plus pratique pourrait limiter à un plus petit nombre de pages ces travaux qui deviennent parfois de trop gros volumes. Le temps laissé aux divers candidats pour la préparation et la rédaction de leur thèse pourrait encore être autrement mesuré. Enfin, si l'on voulait que cette dernière épreuve devînt une œuvre toute personnelle, ne serait-il pas possible de trouver un pro-

cédé qui permît de la transformer en une sorte de composition faite *en loges*, par exemple dans une bibliothèque, et à laquelle huit à dix jours pourraient être consacrés. N'insistons pas cependant sur les modifications de détail que pourront indiquer diverses délibérations prises par les Facultés de médecine. Il importait surtout de faire ressortir l'utilité de maintenir à la fin du concours d'agrégation une épreuve que l'on pourra rendre plus pratique, mais qui doit, en tout cas, servir de texte à une argumentation publique.

Si, en effet, nous jugeons qu'il serait nuisible à l'intérêt de l'enseignement médical de supprimer la thèse, nous pensons aussi que l'argumentation doit être conservée. Dans les séances qui terminent les concours d'agrégation, cette épreuve a pour effet de mettre en relief la vivacité d'esprit et le sens critique, aussi bien que les connaissances scientifiques des divers concurrents. Il y a plus. Dans les concours régionaux et à Paris entre les concurrents de son école, l'argumentation des thèses et la manière dont elle est conduite, démontrent parfois à tous, maîtres et élèves, l'estime qu'ont su imposer à leurs confrères les candidats les plus distingués. Cette épreuve permet en outre aux juges d'apprécier si un candidat sera apte à présider aux examens qui constituent aujourd'hui l'une des tâches les plus importantes et les plus utiles de la fonction du professeur. Malgré certains inconvénients, qui jamais d'ailleurs n'ont empêché un candidat vraiment instruit de conquérir le grade d'agrégé, l'argumentation des thèses a donc une utilité réelle et qui mérite de la faire maintenir parmi les épreuves d'un concours sérieux.

Quatrième question. — *Quels moyens pratiques pourraient être employés pour diminuer le temps que chaque candidat doit donner aux épreuves définitives, sans affaiblir ces épreuves?*

Ce que nous avons dit jusqu'à présent nous permet de répondre en quelques mots à cette dernière question. Elle a été dictée par le désir d'éviter « les obstacles qui empêchent un certain nombre de jeunes gens de se faire inscrire ». Or, nous croyons l'avoir démontré, ces obstacles proviennent non de la durée des épreuves *définitives*, mais de l'utilité que paraît avoir, pour la plupart des candidats contraints de subir leurs épreuves à Paris, un séjour plus ou moins long dans la ville où se recrute le jury qui sera appelé à les nommer. On ne pourrait abréger la durée des épreuves orales sans diminuer la valeur du concours et sans imposer, par des épreuves trop rapprochées, un excès de fatigue aux candidats et à leurs juges. Au contraire, la décentralisation des concours d'agrégation n'affaiblirait pas les concours provinciaux; elle rehausserait encore le concours parisien.

Cette décentralisation reste donc, à nos yeux, la seule mesure vraiment utile, vraiment capable de rendre aux Facultés de médecine l'activité intellectuelle et l'autorité qu'elles ont en vain réclamée depuis sept ans.

Nous ajouterons encore un mot dans le but de prémunir nos confrères de province contre les intentions que quelques-uns d'entre eux nous ont fait connaître. Il nous paraît très dangereux de modifier aujourd'hui et à la hâte le statut de l'agrégation. Nous croyons, en effet, que toutes les mesures prises pour diminuer la durée de ses épreuves ne prévaudront pas contre la nécessité, qui s'imposera, plus impérieuse chaque jour, de décentraliser les concours de médecine et de chirurgie. Les changements que l'on pourrait conseiller en suivant trop à la lettre les indications de la circulaire ministérielle, n'auront d'autre effet que d'affaiblir l'autorité des agrégés admis par un concours restreint et, dans quelques années, si l'on vient à reconnaître les inconvénients de ce système, ils n'auront plus vis-à-vis de leurs collègues la situation morale que doit leur conférer le titre qu'ils ambitionnent. Nous appelons donc l'attention de tous ceux qu'intéresse la circulaire de M. le ministre de l'instruction publique sur la nécesssité d'étudier longuement et mûrement les graves questions qu'elle soulève et de les résoudre, non en proposant des demi-mesures, mais en soumettant à l'administration des résolutions qui pourront lui dicter une réforme utile et durable.

L. LEREBOULLET.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie pathologique.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET CLINIQUES SUR L'INHIBITION ET LA DYNAMOGÉNIE. — APPLICATION DES CONNAISSANCES FOURNIES PAR CES RECHERCHES AUX PHÉNOMÈNES PRINCIPAUX DE L'HYPNOTISME, DE L'EXTASE ET DU TRANSFERT, par M. BROWN-SÉQUARD.

Tout le monde sait, depuis la découverte, due aux frères Weber, de l'arrêt du cœur par l'irritation du nerf vague, que l'inhibition est l'action par laquelle une activité ou une propriété est soudainement ou presque soudainement suspendue et, en apparence, annihilée. La faculté, la puissance *inhibitoire* appartient à nombre de parties du système nerveux, et elle peut être mise en jeu, soit d'une manière directe, soit par action réflexe. Toutes les activités, toutes les propriétés (normales ou morbides) et conséquemment toutes les fonctions du système nerveux peuvent être *inhibées*. La propriété essentielle des tissus contractiles, l'irritabilité, ainsi que je l'ai trouvé, peut aussi être inhibée.

Ce que nous savons ou plutôt ce que nous commençons à savoir de l'inhibition, montrant quel rôle immense cette action joue en physiologie, en pathologie et en thérapeutique, est, à certains égards, dépassé par ce que nous apercevons déjà de la *dynamogénie*, c'est-à-dire une action qui est absolument l'opposé de l'inhibition. De même que l'inhibition est essentiellement une action purement dynamique et peut conséquemment survenir sans la moindre intervention du sang ou de la nutrition, de même la genèse de propriété, de force ou d'activité qui caractérise l'acte *dynamogénique*, comme son nom l'indique, est aussi purement dynamique, c'est-à-dire capable de se produire sans l'intervention du sang ou de la nutrition. La puissance dynamogénique appartient à nombre de parties du système nerveux et elle peut être mise en jeu soit d'une manière directe, soit par action réflexe. Elle peut augmenter l'énergie de toutes les propriétés, de toutes les activités (normales ou morbides) et conséquemment de toutes les fonctions du système nerveux. La propriété essentielle des tissus contractiles peut aussi être *dynamogéniée* (1).

L'inhibition ne doit pas être confondue avec les pertes de puissance ou d'activité, plus ou moins lentes à se produire, qui dépendent d'altérations de structure, dues à des causes traumatiques ou pathologiques. De même, la dynamogénie ne doit pas être confondue avec les augmentations d'énergie qui se produisent assez rapidement quelquefois par suite d'une simple accumulation de sang dans une partie des centres nerveux ou ailleurs (à la suite d'une paralysie vaso-motrice, par exemple). De plus, une simple mise en jeu de force, comme dans le cas de convulsions de cause centrale ou péri-

(1) Les lecteurs de ce journal y ont pu lire déjà l'exposé de nombre de faits que j'ai trouvés à l'égard de la dynamogénie et de l'inhibition. Je signalerai particulièrement un bon article de M. Hénocque (voy. *Gazette hebdomadaire*, p. 380, 17 juin 1881).

phérique, n'a rien de commun avec la dynamogénie. Ce n'est pas une action quelque énergique qu'elle soit qui montre de la dynamogénie, c'est une augmentation de puissance d'action. J'ai été conduit à cette distinction il y a déjà bien longtemps par les conclusions qui ressortent tout naturellement d'un fait très remarquable d'extase que j'ai étudié avec soin. Dans un cours que j'ai fait à l'Institut *Lowell*, à Boston, en 1874, cours publié par fragments dans nombre de journaux, j'ai émis pour la première fois mes idées sur la dynamogénie et son rôle dans l'extase, dans le somnambulisme naturel ou provoqué, dans l'hypnotisme, etc. J'ai aussi donné dans ce cours, comme dans d'autres antérieurs ou postérieurs, les détails que je vais maintenant publier intégralement du fait d'extase dont je viens de parler. Ce fait est un exemple éclatant des puissances inhibitoire et dynamogénique que certaines parties du cerveau possèdent sur d'autres parties de ce centre et des autres centres cérébro-rachidiens. Le voici :

OBS. — En 1851, je fus appelé par un commissaire de police à m'assurer s'il y avait maladie ou simulation chez une jeune fille de vingt ou vingt et un ans, qui était en apparence atteinte d'extase une fois par semaine. Tous les dimanches, au moment où la cloche d'une église voisine (Saint-Sulpice) commençait à sonner, à huit heures du matin, cette jeune fille montait sur le rebord, courbe et poli, du pied d'un lit en noyer et elle y restait debout, sur la pointe des pieds, jusqu'à ce que la même cloche sonnât, à huit heures du soir. Elle s'y tenait dans l'attitude de la prière, la tête un peu renversée en arrière, les yeux grandement ouverts, regardant en haut, et elle adressait des invocations à la Vierge Marie, articulant d'une manière assez distincte et à voix très audible dans toute l'étendue de la petite chambre où la scène se passait. A première vue, il était évident que toute simulation était d'une impossibilité absolue et que cette jeune fille était atteinte d'extase causée par une exaltation religieuse, et que si sa mère faisait entrer dans cette chambre des personnes qui payaient pour être témoins de ce qu'on leur disait être un miracle, il n'y avait pas déception de la part de la jeune fille. Le commissaire de police, cependant, désirant qu'une expérience au moins fût faite pour s'assurer de l'état de la sensibilité chez cette malade, je fis venir deux de mes élèves (le docteur Frédéric Bonnefin et un autre dont j'ai oublié le nom) et les ayant placés de manière à supporter la malade, si elle tombait, je lui appliquai deux ou trois chocs électro-magnétiques violents, sur un des côtés de la face. Il y eut, comme on le pense bien, une contraction énergique des muscles de la face du côté correspondant, mais rien ne changea dans l'attitude des diverses parties du corps de la malade. L'articulation des sons fut un instant troublée, mais les mêmes prières continuèrent d'être émises à haute voix. Employant le même courant sur la face du commissaire qui montrait encore du scepticisme, il jeta un cri et reconnut, un peu tard, qu'incontestablement il n'y avait pas simulation chez la malade. Je n'ai guère besoin de dire que cette jeune fille était obligée de garder le lit presque toute la semaine après chacun des dimanches nombreux où elle a été soumise à une attaque de l'espèce décrite. Elle était dans un état d'épuisement extrême et presque incapable pendant plusieurs jours de mouvoir ses membres ou son corps. Elle était d'ailleurs profondément anémique et très faible même avant la première de ses attaques d'extase. Obligé de quitter Paris, je l'ai perdue de vue et ne sais ce qu'elle est devenue.

Comme il n'est possible à personne, dans l'état de santé, de rester debout sur la pointe des pieds (c'est-à-dire sur les orteils et une très petite partie de la surface plantaire), plus d'un nombre peu considérable de minutes, même sur une surface plane, non glissante, il est évident que pour pouvoir persister dans l'exécution de ce tour de force, — et j'ajoute d'adresse, — pendant douze fois soixante minutes (de huit heures du matin à huit heures du soir), il a fallu que sous l'influence d'une cause morale il y eût chez cette malade un développement vraiment prodigieux de puissance d'action dans l'appareil moteur, en y comprenant, non seulement les centres nerveux et les nerfs, mais aussi les muscles du tronc, de la tête, de la face et des membres. Il a fallu, en outre, une augmentation considérable de la puissance du sens musculaire. De plus, il y avait chez cette malade, en même temps que de la dynamogénie dans nombre de parties, de l'inhibition de certaines facultés (absence absolue de connaissance de ce qui se passait autour d'elle et perte de sensibilité, car aucune trace de douleur n'a été donnée sous l'influence de la violente irritation de la face).

Rapprochant de ce fait les pertes et les augmentations rapides et quelquefois soudaines de force chez les hystériques et chez les hypnotisés, je suis arrivé à reconnaître que ces phénomènes doivent être rangés dans la catégorie des phénomènes inhibitoires et dynamogéniques. Le livre si remarquable de James Braid (*Neurypnology; or the rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism*, Londres, 1843), qui aurait dû être traduit en français depuis longtemps, contient un nombre considérable de faits qui s'expliquent aisément dès qu'on les considère comme phénomènes inhibitoires ou dynamogéniques. Il est facile de le montrer en faisant voir que les pertes ou les augmentations de propriété ou d'activité dans l'hypnotisme ne peuvent dépendre d'un changement de circulation ou de nutrition. Braid (p. 29) dit avoir vu souvent qu'une personne ayant une *augmentation prodigieuse de puissance*, 1° de tous les organes des sens (excepté la vue), 2° de la sensibilité au froid et à la chaleur, 3° du ton musculaire (contracture ou catalepsie), 4° de certaines facultés mentales, peut tomber *subitement* dans un état de dépression, de torpeur, bien plus grand que dans le sommeil naturel. D'une autre part, il a vu (p. 30), à son tour, cet état de torpeur être remplacé *instantanément* par l'état antérieur d'extrême activité, dans l'un des organes précédemment actifs, sous la simple influence d'un courant d'air sur cet organe. Il est évident que des changements de circulation et de nutrition, quelque considérables qu'on puisse les imaginer, ne peuvent pas suffire pour faire passer subitement les organes des sens, les nerfs de sensibilité thermique, les muscles ou le cerveau, d'un état d'extrême activité à l'état de torpeur et de ce dernier état au premier. Or, si nous ne pouvons expliquer ces phénomènes en admettant pour l'un des deux groupes la cessation de la circulation et de la nutrition, et pour l'autre groupe l'augmentation de ces deux fonctions, il nous faut admettre que c'est par une influence purement dynamique du système nerveux que ces deux groupes de phénomènes ont lieu. S'il en est ainsi, ce qui a lieu n'est que de l'inhibition et de la dynamogénie, ces deux qualifications ne signifiant pas autre chose que ce qui se passe : — à savoir perte ou diminution, par influence dynamique, ou augmentation par une influence du même genre, d'une propriété ou d'une activité.

(*A suivre.*)

Physiologie expérimentale.

EXPÉRIENCES SUR LA RAPIDITÉ DE L'ABSORPTION DES VIRUS A LA SURFACE DES PLAIES, mémoire lu à l'Académie des sciences dans la séance du 12 décembre 1881, par M. DAVAINE.

Il n'existe aujourd'hui aucun doute relativement à l'utilité, pour prévenir l'invasion d'une maladie virulente, d'appliquer la cautérisation ou quelque autre traitement analogue, dans un très bref délai; mais il est extrêmement rare qu'on puisse, dans la pratique de la médecine, appliquer immédiatement ces moyens de préservation. Il serait donc d'un grand intérêt de savoir après combien de temps la cautérisation d'une plaie virulente peut encore être appliquée avec succès. Les médecins n'ont pu résoudre cette question par la simple observation des malades ; car, dans la plupart des cas, il est impossible de connaître le moment précis où le virus a été inoculé, ou bien de savoir s'il l'a été en effet.

Or, il semble que l'expérimentation peut donner facilement

la solution de cette question; c'est pourquoi, en 1849, le savant directeur de l'École d'Alfort, Renault, fit sur les animaux de nombreuses et fort intéressantes expériences, avec la collaboration de M. H. Bouley, aujourd'hui membre de cette Académie. « La question que je me proposais de résoudre, dit M. Renault, est celle-ci : une parcelle de virus morveux ou claveleux étant déposée sous l'épiderme, constater le plus ou moins de rapidité avec laquelle ce virus est absorbé, à partir du moment de son inoculation. » Pour savoir à quel moment le virus s'était déjà propagé au loin dans l'économie de l'animal, il suffisait de détruire la partie inoculée à des intervalles de temps plus ou moins rapprochés. Les expériences avec le virus de la morve furent faites sur treize chevaux, celles de la clavelée sur vingt-deux moutons. Dans les deux séries d'expériences, on introduisit le virus, comme on le faisait généralement alors, en soulevant l'épiderme avec la pointe d'un instrument tranchant.

Pour les premiers des treize chevaux inoculés avec la morve, l'intervalle de temps entre l'insertion du virus et la destruction de la plaie qui l'avait reçu a été de plusieurs jours; il ne fut plus, chez le douzième, que de deux heures, et, chez le treizième, il fut d'une heure seulement. Tous ces animaux, sans exception, furent atteints de la morve.

Les expériences avec le virus de la clavelée ont été pratiquées de la même manière, sur les vingt-deux moutons, et l'intervalle entre l'inoculation et la cautérisation a été successivement de moins en moins grand; de sorte que cet intervalle a été, pour les trois derniers moutons, de dix, huit et cinq minutes. Tous ces animaux contractèrent la clavelée.

D'après ces résultats, en jugeant des autres virus par analogie, on devrait conclure que, dans presque tous les cas, il serait inutile, pour prévenir une maladie virulente, de cautériser les plaies, et qu'il vaut mieux épargner au malade les douleurs de l'opération.

Des expériences du même genre furent faites ensuite, avec le virus charbonneux, par M. Colin, professeur à l'Ecole d'Alfort. Ces expériences, pratiquées sur des lapins en insérant le virus charbonneux dans la peau de l'oreille, puis enlevant cette partie par une section nette, ont donné des résultats identiques à celles de Renault. M. Colin les résume en ces termes : « Si, l'inoculation étant faite à la pointe de l oreille, on vient à couper cette partie au bout de trois, quatre, cinq minutes, l'inoculation n'en produit pas moins ses effets, quant à la rapidité et à la gravité » (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. CLXXXVII, p. 849). Dans tous ces faits, la matière virulente a été insérée dans une plaie très petite, faite par un instrument tranchant : ne doit-on pas croire que, sur une plaie plus grande, l'absorption du virus sera plus certaine et plus rapide encore? Cependant, si l'on considère que les plaies qui reçoivent parfois des virus ne sont point faites par une lame étroite et acérée, à moins qu'un expérimentateur ne se blesse lui-même par accident, on pourra douter que l'on doive conclure exactement des unes aux autres. En effet, on sait que les blessures les plus étendues, produites par arrachement, ne sont point toujours accompagnées d'hémorrhagie. Or, si les artères déchirées ne donnent point de sang, il est probable que les veines, dans les mêmes conditions, ne permettent point aux liquides déposés à leur surface de s'introduire dans leur cavité.

D'après ces considérations, j'ai cherché si les résultats des inoculations ne varieraient pas en plaçant le virus sur des plaies produites par des moyens divers, soit par l'application de substances vésicantes, soit par des frottements avec des corps rudes, soit enfin par la simple excision des téguments.

Je parlerai aujourd'hui des résultats que j'ai obtenus avec des plaies produites par l'excision des téguments. Toutes les expériences ont été faites sur des lapins. La peau d'une région quelconque du corps, ayant été soulevée avec une pince, fut excisée avec des ciseaux, dans une étendue variable; puis, aussitôt après, la plaie fut recouverte d'une couche épaisse de sang charbonneux frais et reconnu très virulent; au bout d'une ou de plusieurs heures, la plaie fut profondément cautérisée.

La première expérience fut faite le 19 juillet dernier. La peau ayant été enlevée sur la cuisse droite d'un lapin, dans l'étendue d'une pièce de 1 franc, la plaie fut recouverte immédiatement de sang charbonneux frais; une heure après, elle fut cautérisée avec l'acide sulfurique concentré. La même opération fut pratiquée à un autre lapin sur la région frontale. Le premier mourut du charbon en quarante-huit heures; le second mourut un jour plus tard, probablement par les effets de la cautérisation, qui avait dénudé les os du crâne, car on ne put constater les lésions caractéristiques du charbon.

Le 23 juillet, une plaie, grande comme une pièce de 50 centimes, fut faite sur la cuisse gauche d'un lapin et recouverte de sang charbonneux; trois quarts d'heure après, elle fut cautérisée avec le caustique de Vienne, et l'animal ne fut point malade.

La même opération fut faite à un autre lapin, le 6 août; la plaie avait l'étendue d'une pièce de 1 franc; la cautérisation fut pratiquée une heure après, et l'animal survécut.

Le 9 août, la plaie faite à un autre lapin avait la dimension d'une pièce de 50 centimes; la cautérisation fut pratiquée deux heures après, et l'animal survécut.

Le 14 août, deux lapins furent opérés en même temps : la plaie de l'un, située à la partie interne de la cuisse, avait la dimension d'une pièce de 1 franc; celle de l'autre, située sur la partie externe de l'oreille, avait la dimension d'une pièce de 50 centimes. La cautérisation avec le caustique de Vienne fut pratiquée deux heures après l'application du sang charbonneux. Le premier survécut; le second mourut du charbon.

Le 25 août, une plaie, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, ayant été faite à deux lapins, fut cautérisée une heure après. L'un de ces lapins mourut, l'autre survécut.

Le 30 août, sur un dixième lapin, la peau ayant été enlevée à la face externe de l'oreille dans l'étendue d'une pièce de 1 franc, la cautérisation fut pratiquée au fer rouge trois heures après l'application du sang charbonneux, et l'animal survécut.

Les résultats de ces expériences sont bien différents de ceux qu'ont obtenus Renault et M. Colin. Dans leurs inoculations, pratiquées au moyen d'une petite incision sous-épidermique, tous les animaux ont été atteints par le virus; dans les miennes, la peau ayant été incisée dans toute son épaisseur, les deux tiers des animaux environ ont été préservés.

La raison de ces différences tient sans doute aux modifications que la circulation éprouve à la surface de plaies différentes. Dans la plaie sous-épidermique, un petit nombre de vaisseaux sont incisés, et la circulation est entretenue encore par les branches collatérales qui s'insèrent immédiatement au-dessous du vaisseau incisé; il se fait donc, dans ce vaisseau, un appel par l'effet duquel le virus, ayant pénétré dans sa cavité, est emporté ensuite dans la circulation générale. Le même effet ne se produit pas, sans doute, aussi facilement ou aussi généralement lorsque, dans une plaie plus étendue, la plupart des troncs vasculaires sont coupés.

Quoi qu'il en soit de cette explication, l'expérience montre que l'absorption du virus n'est pas également rapide à la surface de toutes les plaies, et que la substance virulente reste parfois pendant plusieurs heures sur la blessure où elle a été déposée, sans pénétrer plus avant. Par conséquent, toute plaie réputée virulente peut être cautérisée, avec quelque chance de succès, plusieurs heures même après qu'elle a été faite.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 2 JANVIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

LES ANKYLOSTOMES (ANKYLOSTOME DUODÉNAL DE DUBINI) EN FRANCE ET LA MALADIE DES MINEURS. Note de M. *E. Perroncito.* — L'auteur a choisi, dans le service du docteur Riembault (à Saint-Etienne), trois sujets anémiques, atteints depuis longtemps de la *vraie maladie des mineurs*. L'examen microscopique des selles de ces trois malades lui a révélé aussitôt la présence d'un nombre tellement considérable d'œufs d'ankylostomes, que cela suffirait pour expliquer l'anémie profonde dont ils étaient atteints. Cette observation démontre : 1° que les ankylostomes existent en France aussi bien qu'au Saint-Gothard, où l'auteur les avait découverts; 2° que l'anémie des mineurs de Saint-Etienne est de nature éminemment parasitaire et semblable, dans sa cause, à celle des ouvriers du Saint-Gothard, des mineurs de Schemnitz, etc.

S'il en est ainsi, on pourra facilement prévenir ou guérir la maladie des mineurs, en peu de temps, par l'emploi des substances capables de détruire les œufs en dehors ou à l'intérieur de l'organisme humain. En effet : 1° les larves de l'ankylostome et de l'anguillule intestinale ne se développent pas dans l'intestin de l'homme. Elles doivent être évacuées avec les selles, dans lesquelles se forment les larves. Celles-ci doivent parcourir, en dehors du corps, à une température convenable, une période de vie indépendante jusqu'à la maturation larvale. 2° Les larves de la pseudo-rhabditis, après avoir été évacuées, atteignent au dehors leur période de maturité, ou bien arrivent à l'état de vers parfaits. Dans ce dernier cas, elles ne produisent qu'une seule génération à l'état libre, laquelle n'arrive qu'à la maturation larvale et devient l'agent de diffusion. 3° Les larves des parasites qui causent l'anémie pénètrent dans l'organisme de l'homme quand elles ont atteint leur maturité, entraînées par l'air, par l'eau, contenues dans les aliments crus ou demi-cuits. La maladie peut être prévenue par des soins de propreté bien entendus, en traitant les matières excrémentitielles par la chaleur portée au moins à 50 degrés, ou mieux en employant des solutions concentrées de chlorure de sodium, d'acide sulfurique ou chlorhydrique, en se servant d'acide phénique ou du liquide insecticide Dépérais.

Le traitement des malades rendus anémiques par les helminthes ci-dessus désignés sera poursuivi, en toute sûreté, avec l'extrait éthéré de fougère mâle, administré à doses fortes et répétées : on donnera 2, 5, 10, 20, 30 grammes à la fois du médicament dans une hostie ou avec un véhicule qui ne modifie pas sa constitution. Si l'on commence par 2, 4, 6 grammes, il faudra répéter trois, quatre, cinq, six fois par jour l'administration du médicament, et cela pendant plusieurs jours, jusqu'à ce qu'on ne trouve plus d'œufs ou de larves dans les selles : deux ou trois prises suffisent ordinairement. Une dose de 20 à 30 grammes, administrée en une seule fois, est d'habitude suffisante pour tuer et faire évacuer tous les parasites.

On peut aussi employer l'acide thymique à la dose de 5 à 10 centigrammes, répétée trois, cinq à six fois, en faisant suivre l'administration du médicament de l'ingestion d'un liquide alcoolisé, comme le fait M. Bozzolo, professeur de clinique thérapeutique à Turin (*Gazetta delle Cliniche*. Torino, 1881). (Renvoi à la commission des arts insalubres.)

SUR LA PRODUCTION ARTIFICIELLE DES FORMES DES ÉLÉMENTS ORGANIQUES. Note de MM. *D. Monnier* et *C. Vogt*. — Cette note tend à établir que des éléments figurés, présentant tous les caractères de forme appartenant aux éléments organiques, tels que cellules simples et à canaux poriques, des tubes à parois, à cloisons, à contenu hétérogène granulé, etc., peuvent être produits artificiellement dans un liquide approprié par le concours de deux sels, formant, par double décomposition, soit deux, soit un seul sel insolubles. L'un de ces sels doit être dissous dans le liquide, tandis que l'autre doit être sous forme solide. Les formes d'éléments organiques (cellules, tubes) se produisant tout aussi bien dans un liquide de provenance organique ou semi-organique (sucrate de chaux) que dans un liquide absolument inorganique (silicate de soude), il ne peut plus dorénavant, disent les auteurs, être question de formes distinctives, caractérisant les corps inorganiques d'un côté, les corps organiques de l'autre.

RECHERCHES SUR LE DÉVELOPPEMENT DE VÉGÉTATIONS CRYPTOGAMIQUES A L'EXTÉRIEUR ET A L'INTÉRIEUR DES ŒUFS DE POULE. Note de M. *C. Dareste*.

SUR UNE TUBERCULOSE PARASITAIRE DU CHIEN ET SUR LA PATHOGÉNIE DU FOLLICULE TUBERCULEUX. Note de M. *Laulanié*. — L'auteur, ayant eu l'occasion d'observer dans le poumon du chien des altérations provoquées par les œufs d'un nématoïde, le *Strongylus vasorum* (Baillet), les a trouvées identiques avec celles de la tuberculose.

Les œufs ou les embryons arrêtés dans les fines artérioles deviennent le point de départ d'une *artérite noduleuse, réunissant dans sa structure tous les caractères que l'on assigne, depuis Köster, aux follicules élémentaires de la tuberculose*. On trouve, en effet, au centre de chaque foyer noduleux, *un œuf ou un embryon niché dans une cellule géante*. Cette dernière est entourée d'une couronne plus ou moins abondante de cellules épithélioïdes et d'une zone externe embryonnaire qui tend fréquemment à la formation fibreuse. Le groupe cellulaire formé par la cellule géante et sa couronne de cellules épithélioïdes ont une origine intravasculaire et procèdent de l'endothélium du vaisseau oblitéré. Mais on peut, d'autre part, surprendre assez fréquemment la continuité de ce dernier avec le follicule, et constater que sa lumière se dilate brusquement au niveau de la cellule géante : il est même possible de voir les altérations préliminaires qui aboutissent à la formation du follicule. Il s'agit bien d'une artérite nodulaire, possédant la structure du follicule élémentaire, que M. Kiener décrivait, il y a quelque temps, sous les noms d'*anévrysme miliaire* tuberculeux ou *nodule engaînant*.

L'auteur conclut : 1° que l'agent spécifique de la tuberculose agit de la même manière que les œufs des strongles et porte son action initiale sur les vaisseaux dans lesquels il est en circulation; 2° que le follicule tuberculeux n'est pas autre chose qu'une vascularité noduleuse; 3° qu'il est dépourvu de toute spécificité anatomique.

SÉANCE DU 9 JANVIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

ETUDE EXPÉRIMENTALE SUR LA MÉTALLOSCOPIE, L'HYPNOTISME ET L'ACTION DE DIVERS AGENTS PHYSIQUES DANS L'HYSTÉRIE. Mémoire de MM. *A. Dumontpallier* et *P. Magnin*.— Toutes les expériences relatées dans le mémoire déposé sur le bureau de l'Académie ont été faites sur des malades hystériques du service de M. Dumontpallier.

Sur ces malades, sensibles ou insensibles de tout le corps, on peut, par l'application du métal qui leur convient sur telle ou telle partie, fixer ou faire apparaître la sensibilité dans telle ou telle région, et cela au gré de l'expérimentateur. On peut, de plus, la malade étant dans l'état d'hypnotisme, à l'aide des plaques convenablement disposées, produire des phénomènes croisés de catalepsie et de contracture, et, de plus, diviser l'être hypnotisé en quatre segments, de haut en bas, dans le sens transversal, savoir : l'un supérieur (zone sus-ombilicale), l'autre inférieur (zone sous-ombilicale), qui pourront, à la volonté de l'expérimentateur, être mis en état de contracture ou de catalepsie, puis un troisième segment, intermédiaire aux deux premiers (zone ombilicale), sur

lequel étant appliquées les plaques, on peut éveiller la malade ou empêcher tout phénomène hypnotique. Enfin il existe un quatrième segment (zone supérieure ou frontale), dont le rôle expérimental est le même que celui de la zone ombilicale.

La malade peut être aussi divisée en deux segments dans le sens vertical, l'un droit, l'autre gauche, qu'on peut mettre alternativement en catalepsie ou en contracture, suivant la disposition des plaques.

En dehors de toute application métallique sur les malades hystériques, il a été facile de constater maintes fois l'existence des actes croisés ci-dessus énoncés.

L'élévation du membre inférieur gauche, par exemple, déterminait souvent l'élévation du membre supérieur droit, en état de catalepsie. On observait le même acte croisé si, au lieu d'agir sur le membre inférieur, on avait agi sur le membre supérieur. D'autres fois, l'élévation du membre inférieur gauche déterminait simultanément l'élévation du membre inférieur droit, et réciproquement. D'autres fois, enfin, l'élévation alternative de l'un ou de l'autre des membres inférieurs déterminait un abaissement ou une élévation du membre opposé. Lorsque les mêmes expériences portaient sur les membres supérieurs, nous constations, en agissant sur un seul membre, les actes absolument similaires du côté opposé.

De ces faits l'auteur conclut à l'existence : 1° d'un entre-croisement des fibres sensitives et motrices dans la région dorso-lombaire de la moelle; 2° d'un entre-croisement analogue dans la région cérébro-cervicale; 3° d'un centre de synergie simultanée pour les mouvements des membres supérieurs, de même que pour ceux des membres inférieurs.

De ces faits il ressort aussi qu'une irritation périphérique minime (piqûre légère) de toutes les régions de la peau restées sensibles détermine rapidement des actes réflexes cutanó-musculaires, qui se traduisent par une contracture violente et plus ou moins durable des muscles correspondant à la zone cutanée sur laquelle a porté l'excitation.

Tous les phénomènes indiqués sont déterminés par des agents physiques, comme le vent d'un soufflet, la chaleur, le froid, les courants électriques faibles, l'aimant, la lumière solaire ou artificielle (lampe de Drummond), les raies du spectre, le son, l'application des métaux, les actions de simple contact, etc. La plus minime action de l'un de ces agents suffisait pour rendre manifeste l'excessive excitabilité de la surface cutanée de l'hystérique en hypnotisme, et consécutivement donner naissance à des contractures musculaires considérables. (Commissaires : MM. Milne Edwards, Faye, Edm. Becquerel, Bouley, Vulpian.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 17 JANVIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

L'Académie reçoit les pièces nécessaires pour entrer en possession d'un legs que vient de lui faire, après décès, Mme Renard, née Clément. Ce legs consiste en une somme de 20 000 francs, dont les intérêts doivent servir à décerner un prix quinquennal de 5000 francs, sous le nom de Prix Perron, en souvenir de M. le docteur Nicolas Perron, premier mari de Mme Renard; l'Académie l'accordera « à l'auteur du mémoire qui lui paraîtra le plus utile au progrès de la médecine »; il pourra être partagé entre plusieurs savants.

M. le docteur *Fournier* envoie son *Rapport sur les épidémies dans l'arrondissement de Soissons en* 1881. (*Commission des épidémies.*)

M. le docteur *E. Gaucher* adresse un mémoire intitulé : *Des troubles de la nutrition dans l'intoxication saturnine*, pour le concours du Prix Buignet de 1882. (Inscrit sous le n° 2.)

M. *Bouley* présente cinq brochures de M. le docteur *Willems* (de Hasselt) sur l'*inoculation préventive de la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes*, ainsi qu'une réponse manuscrite aux critiques élevées contre cette méthode par MM. Leblanc et Jules Guérin. Ces mémoires sont renvoyés, sur la demande de l'auteur, à la commission du concours du Prix Barbier de 1882.

M. *Larrey* offre, au nom de M. le docteur *Deslongchamps*, un ouvrage sur *le traitement des fractures des membres par de nouveaux appareils en zinc laminé;* cet ouvrage est renvoyé à la commission du Prix Godard en 1882.

M. *Lasègue* fait hommage, au nom de M. le docteur *Grancher* et au sien, d'une brochure intitulée : *La technique de la palpation et de la percussion médicales.*

M. *Chatin* dépose, de la part de M. Husson (de Toul), une étude sur *l'alimentation animale.*

Tumeur fibreuse du col utérin. — M. *Depaul* met sous les yeux de l'Académie une tumeur très volumineuse qu'il vient d'enlever sur une femme arrivée à peu près au terme de la grossesse, tumeur qui eût rendu l'accouchement absolument impossible et eût amené la mort de la mère et de l'enfant. Le sujet de cette observation est une femme de trente-deux ans, ayant eu déjà trois accouchements ordinaires dont le dernier remonte à 1878. Depuis cette époque sa santé générale et locale n'avait rien présenté de particulier. Entrée à la nouvelle Clinique d'accouchements, dans la soirée du mercredi 11 janvier dernier, elle raconte que sa grossesse actuelle date du mois d'avril et cependant la hauteur à laquelle est arrivé le fond de l'utérus indique une gestation à terme. Pendant les premiers mois de la grossesse elle a eu des vomissements qui se sont arrêtés après le troisième mois; elle a eu, en outre, l'écoulement blanc jaunâtre habituel aux femmes enceintes; il s'était teinté un peu en rouge depuis sept ou huit jours. Cette femme, dans les derniers jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, avait senti quelque chose qui lui sortait entre les lèvres de la vulve, et qu'une sage-femme et même un médecin avaient, d'après elle, attribué à la sortie d'une portion du placenta décollé.

M. Depaul, en examinant la malade, constata la présence, hors de la vulve, d'une tumeur rouge violacé, ayant le volume de l'extrémité de la main, de consistance assez ferme, quoique souple et élastique, exhalant une odeur très fétide due au contact de l'air et à la malpropreté, car il n'existait pas de gangrène. Au toucher, rendu difficile par la présence de la tumeur dans le vagin, M. Depaul trouva une masse considérable remplissant toute la cavité pelvienne et ne permettant pas au doigt d'arriver jusqu'à l'orifice du col utérin; il se borna à prescrire un grand bain et renvoya le reste de l'examen au jour suivant. Le soir même à huit heures et demie, M. Depaul trouva la malade en travail; la partie saillante de la tumeur avait considérablement augmenté de volume, et était devenue grosse comme les deux poings; elle était accolée à la vulve et ne permettait même pas l'introduction du doigt dans le vagin. Les eaux s'étaient écoulées, l'enfant souffrait, à en juger par le ralentissement des battements du cœur. Il fallait agir immédiatement; M. Depaul attira peu à peu la tumeur avec la main et vit sortir du vagin une masse énorme, dont un examen attentif lui fit reconnaître le point d'implantation sur la partie gauche de la lèvre antérieure du col; en l'attirant au dehors il avait entraîné avec elle une partie de cette lèvre antérieure et l'on voyait manifestement que là était l'origine de la masse fibreuse. Le pédicule de la tumeur, large de 5 à 6 centimètres, fut sectionné avec le bistouri; il n'y eut pas d'hémorrhagie, ce qui est l'ordinaire lorsqu'il s'agit de corps fibreux utérins. Après l'extraction, l'enfant qui se présentait par le siège, fut extrait à son tour à l'aide du crochet mousse appliqué sur le pli de l'aine; il était encore vivant; il se mit bientôt à respirer et à crier; il est aujourd'hui bien portant et est allaité par sa mère qui va également aussi bien que possible.

Cette tumeur est remarquable par son volume, car elle ne pèse pas moins de 1795 grammes; c'est la plus volumineuse qui ait été observée jusqu'à ce jour. D'après l'examen de M. Doléris, elle est constituée par les éléments du tissu conjonctif et du tissu musculaire lisse; il existe, par places, des cavités contenant des collections sanguines.

M. Depaul termine son intéressante communication par la relation des faits analogues dont l'un a été communiqué par Danyau, en 1851, à l'Académie, et dont l'autre est consigné dans le *Traité d'accouchements* de Cazeaux : Dans le cas de Danyau, la tumeur pesait 650 grammes; la femme survécut, mais l'enfant avait succombé avant l'extraction. Quant au fait de Cazeaux, il est remarquable par l'erreur de diagnostic auquel il entraîna des praticiens aussi habiles que Paul

Dubois, Danyau et Cazeaux qui, tous, prenant cette tumeur pour un kyste, à cause de la fausse sensation de fluctuation qu'elle donnait à la palpation, enfoncèrent jusqu'à six ou sept fois le trocart dans la tumeur sans résultat. L'enfant fut retiré vivant, mais la femme succomba peu de temps après l'extraction.

M. *Blot* rappelle à ce propos un cas analogue qu'il a eu l'occasion d'observer, il y a vingt-cinq ans, sur une femme auprès de laquelle il avait été appelé par le médecin, croyant à la présence d'une portion du placenta à la vulve. C'était une tumeur ayant le volume du poing, implantée également sur la lèvre antérieure du col, et qui avait été, comme dans le cas de M. Depaul, confondue avec le placenta. Il importe de prendre garde à la possibilité de confusion de ce genre. C'est aussi l'avis de M. *Depaul*, qui fait remarquer qu'il a eu seulement pour but de montrer dans quelles énormes proportions le col peut proliférer et qu'il n'a pas voulu parler de toutes les autres tumeurs pouvant se présenter dans ces circonstances : tel est un cas d'hypertrophie considérable des follicules muqueux de cette région qu'il a eu l'occasion d'observer autrefois.

CONJONCTIVE PURULENTE RHUMATISMALE. — M. *Maurice Perrin* fait remarquer qu'il arrive assez fréquemment que le rhumatisme se manifeste par des iritis à rechute, par des inflammations de la membrane scléro-cornéenne ; mais les inflammations purulentes de la conjonctive de nature rhumatismale sont beaucoup plus rares ou beaucoup moins connues, surtout si l'on en juge par les récents écrits. Il lui paraît utile d'appeler l'attention sur ce sujet, parce que, si la fréquence relative de la conjonctivite purulente rhumatismale était bien établie, elle serait de nature à provoquer la revision d'un point de doctrine au sujet de la pathogénie de la conjonctivite purulente dite blennorrhagique. Trois faits sont invoqués par lui à ce sujet.

En 1876, un jeune homme de bonne famille du Midi, engagé volontaire, contracta dans une prison militaire humide, une conjonctivite purulente suraiguë qui lui fit perdre l'œil en quelques jours, malgré le traitement le plus énergique. M. Perrin, qui soigna ce jeune homme, s'assura à plusieurs reprises qu'il n'y avait pas la moindre trace d'écoulement uréthral ; le malade affirmait d'ailleurs n'avoir jamais eu de blenorrhagie, et comme il était en prison, aucune contamination récente n'était supposable. Les parents de ce jeune homme étaient rhumatisants ; c'était là le seul antécédent de famille que l'on pût rapprocher de cette conjonctivite purulente. Peu de temps après, M. Perrin observa un second fait semblable ; un lieutenant de cuirassiers, très vigoureux, fut pris également d'une conjonctivite purulente qui devait aboutir à la fonte de la cornée, sans avoir jamais présenté la moindre trace de blenorrhagie ; cet officier avait été exposé au froid humide pendant une tournée d'inspection de chevaux, et dix-sept jours après le début de la conjonctivite et alors qu'elle était à peu près calmée, il fut pris d'un rhumatisme fébrile qui porta sur diverses articulations et se prolongea jusqu'à la fin du deuxième mois. Un troisième malade, également non blennorrhagique mais non rhumatisant, s'il ne perdit pas complètement l'œil affecté, eut du moins une perforation de la cornée à la suite d'une conjonctivite purulente attribuée de même au rhumatisme. Dans trois autres cas l'œil put être sauvé.

M. Perrin s'appuie sur ces faits et sur quelques autres semblables pour se demander si les conjonctivites purulentes, attribuées généralement à la blennorrhagie, ne seraient pas plutôt un effet du rhumatisme. Suivant lui, le rhumatisme seul pourrait déjà produire par lui-même des écoulements uréthraux semblables à la blennorrhagie et qui seraient un effet au lieu d'être une cause. Il serait donc disposé à admettre, comme point de départ de ces accidents uréthraux, oculaires ou autres, un état rhumatismal mis en activité par des circonstances diverses et dont les manifestations, simultanées ou successives, se localisent en raison des prédispositions personnelles, soit sur la conjonctive, soit sur l'urèthre, soit le plus souvent sur le système articulaire.

Cette manière de voir, je ne demande pas mieux que de la partager, fait remarquer M. *Gosselin*, bien que j'aie toujours considéré l'ophthalmie purulente comme produite par la contagion directe du pus d'une autre ophthalmie purulente ou par la contagion du pus d'une blenorrhagie. Ne serait-il pas utile, en pareil cas, de donner au malade un médicament antirhumatismal, tel que le salicylate de soude, qui servirait alors de pierre de touche permettant de juger la nature arthritique de la maladie? Et il ajoute qu'il ne saurait trop recommander dans le traitement de la conjonctivite les instillations fréquentes d'eau distillée, additionnée d'un quart ou d'un cinquième d'alcool.

M. *Maurice Perrin* répond que les faits qu'il a signalés sont trop récents et trop peu nombreux pour qu'il ait pu poser autre chose qu'une interrogation et tenter encore un traitement aussi particulier que l'emploi du salicylate de soude. Sans nier l'avantage des lotions alcoolisées, il dit obtenir d'excellents résultats avec des avages incessants au pulvérisateur.

A une remarque de M. *Bouley* sur l'insalubrité de la prison dans laquelle le premier malade a contracté l'affection reconnue par M. Perrin, celui-ci objecte que cette prison était aussi bien installée que d'autres, au point de vue de sa construction et de son aménagement, mais qu'un robinet d'eau y restait constamment ouvert. Il ne sait si des modifications ont été apportées depuis à cet état de choses.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 13 JANVIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Hémiplégie consécutive à l'intoxication par l'oxyde de carbone : M. Rendu. — Tympanisme sous-claviculaire : M. Grancher. — Discordance entre les signes stéthoscopiques cardiaques et l'examen nécroscopique : M. Blachez. — Rétrécissement de l'artère pulmonaire sans tuberculose consécutive : M. Duguet. — Rétrécissement cicatriciel du pylore : M. Dujardin-Beaumetz.

M. *Rendu* présente une femme de trente et un ans atteinte d'hémiplégie à forme anomale, consécutive à l'intoxication par l'oxyde de carbone. Cette femme, le 19 septembre 1881, était occupée à repasser du linge dans une chambre étroite, à côté d'un fourneau rempli de charbons incandescents ; elle fut prise d'un étourdissement et perdit connaissance. On la retrouva le soir étendue sur le sol dans un état comateux absolu, dont elle ne sortit que le lendemain matin. Elle s'aperçut alors que le côté droit de son corps était paralysé : l'intelligence était intacte ; il n'y avait pas d'aphasie. Elle entra un mois plus tard à l'hôpital. On constatait à ce moment une hémiplégie droite complète. La paralysie de la face s'étendait à l'orbiculaire des paupières, mais ne s'accompagnait d'aucun trouble des sens spéciaux : elle offrait les caractères d'une paralysie *périphérique*. Au membre supérieur, les désordres moteurs simulaient une paralysie radiale : inertie des extenseurs de l'avant-bras, diminution d'action des fléchisseurs, intégrité du long supinateur ; de même, à la jambe, les extenseurs du pied étaient seuls paralysés ; l'action des muscles de la cuisse était normale. La sensibilité, dans tous ses modes, était abolie dans les deux tiers inférieurs de l'avant-bras et de la jambe, ainsi qu'au niveau du petit doigt et de la face interne de l'annulaire de la main gauche. Les réflexes étaient conservés ; il y avait exagération du réflexe tendineux du genou et du coude. La contractilité électro-

musculaire était entièrement abolie; elle a un peu reparu depuis sous l'influence du traitement. On constatait encore quelques troubles trophiques : sueurs localisées aux régions anesthésiées, état lisse de la peau décrit par Weir-Michel; pas d'éruption d'herpès ou de pemphigus. Elle présenta également un œdème dur circonscrit à la région externe du bras droit et qui fit craindre un phlegmon. En rapprochant ce fait des cas de névrite dans l'intoxication par l'oxyde de carbone, décrits par Leudet, on ne peut s'empêcher de penser que cette hémiplégie dépend bien plutôt d'une altération des nerfs périphériques que d'une lésion cérébrale.

— M. *Grancher* complète sa communication sur le *tympanisme sous-claviculaire au point de vue du pronostic des épanchements pleurétiques* (voy. le numéro du 30 décembre 1881). On sait, dit-il, de quelle importance est, au point de vue de la marche de l'affection, la connaissance de l'état du poumon dans la pleurésie; Hirtz (de Strasbourg) et plus récemment le professeur Potain ont étudié cette intéressante question, mais il manque à leurs recherches le contrôle des preuves anatomiques. M. Grancher trouve dans les diverses modifications simultanées du son, de la respiration et des vibrations vocales sous la clavicule, les éléments d'un diagnostic confirmé dans plusieurs cas par l'examen nécroscopique.

Lorsque, dans la région sous-claviculaire, on constate chez un pleurétique une augmentation du son, de la respiration et des vibrations vocales, ce que l'on peut représenter par le schéma : *son* +, *respiration* +, *vibrations* +, on doit conclure à l'intégrité du parenchyme pulmonaire; il peut être comprimé, mais ne prend qu'une part indirecte et passive au processus morbide. D'où cette déduction, que la pleurésie est simple et offre les plus grandes chances de guérison complète. Cinq observations de ce genre ont été recueillies par M. Grancher; trois pleurétiques sont aujourd'hui entièrement guéris. Un autre malade qui a succombé à une pneumonie de la base présenta à l'autopsie l'intégrité absolue du lobe supérieur diagnostiquée pendant la vie; même vérification fut faite à l'autopsie chez un malade atteint d'hydrothorax d'origine cardiaque. C'est là ce que M. Grancher propose d'appeler le *tympanisme de suppléance*, qu'il considère, lors d'épanchement pleurétique, comme un cas particulier d'une loi plus générale qu'il formule ainsi : toute respiration supplémentaire s'accompagne d'une augmentation du son et des vibrations vocales.

Dans une seconde combinaison, on rencontre une diminution de la respiration avec du tympanisme et de l'augmentation des vibrations vocales. C'est le schéma : *son* +, *vibrations* +, *respiration* —. Dans ce cas, qui est le plus fréquent, on doit conclure à une lésion propre du lobe supérieur du poumon qui surnage à l'épanchement. C'est un état congestif simple ou de nature tuberculeuse, qui survit à l'épanchement pleural, plus ou moins longtemps, peut disparaître s'il n'existe pas de tuberculose locale, ou au contraire reste le témoin d'une lésion pulmonaire primordiale et évolue plus tard dans le sens d'une phthisie. M. Grancher possède de nombreuses observations de faits semblables; il a même pu suivre un malade depuis le début de la pleurésie jusqu'à la mort par tuberculose pulmonaire avec excavations, qui survint quinze mois plus tard. Cet homme était robuste, vigoureux, et ne présentait aucun signe de tuberculose, si léger qu'il fût, lorsqu'il se présenta à l'hôpital Tenon avec une pleurésie aiguë; cependant, la constatation des signes physiques sous-claviculaires permit à M. Grancher de porter le diagnostic de congestion pulmonaire tuberculeuse accompagnée d'épanchement pleurétique. En effet, après la disparition de l'épanchement, la faiblesse respiratoire persista au sommet, le tympanisme fut remplacé par de la submatité, puis les signes locaux et généraux s'accentuèrent et la tuberculose évolua vers une terminaison fatale. Il n'en est pas toujours ainsi, car la tuberculose peut s'arrêter dans sa marche et guérir; il se peut aussi, bien que rarement, que la congestion pulmonaire ne soit pas de nature tuberculeuse. On pourrait appeler cette variété de sonorité sous-claviculaire, *tympanisme de congestion*.

Une troisième combinaison peut se rencontrer, représentée par le schéma : *son* +, *vibrations* —, *respiration* —. Il existe alors une compression du hile pulmonaire ou des grosses bronches du lobe supérieur; parfois, on est en présence d'un cas d'œdème pulmonaire concomitant de l'hydrothorax. Cette variété pourrait se nommer *tympanisme de compression et d'œdème pulmonaire;* elle est d'ailleurs plus rare que les deux autres et surtout que la seconde. Cette association des signes physiques a permis à M. Grancher de diagnostiquer une pleurésie médiastine remontant au-dessus du hile et comprimant la racine des bronches; le fait fut confirmé à l'autopsie.

— M. *Blachez* montre les pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'un homme atteint de tuberculose pulmonaire à la deuxième période, et qui, pendant la vie, présenta des accidents de suffocation avec angoisse précordiale. On entendait à la région épigastrique un double bruit de souffle extrêmement intense, accompagné d'un ronflement et d'un frémissement cataire très marqués. La percussion révélait une hypertrophie du cœur droit. Bientôt le souffle diminua et fut remplacé par un dédoublement très net. La mort fut causée par les progrès de la suffocation devenue permanente. A l'autopsie, on constata les lésions tuberculeuses diagnostiquées dans les poumons qui étaient infiltrés de granulations, mais on ne rencontra aucune lésion cardiaque valvulaire de quelque importance, à peine un très léger épaississement des bords de la valvule tricuspide. Le myocarde lui-même n'offrait aucune trace de dégénérescence.

— M. *Duguet* présente un cœur atteint de rétrécissement de l'artère pulmonaire. Il s'agit dans ce cas d'une femme de trente-cinq ans, rhumatisante, et chez laquelle on constatait les symptômes d'une néphrite albumineuse et d'une paralysie faciale *a frigore*. Soignée d'abord par M. Fernet et mise au régime lacté, elle fut de nouveau examinée par M. Duguet lors de son arrivée à Lariboisière : il constata, ainsi qu'on l'avait fait lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, un souffle systolique à la base du cœur et accepta le diagnostic de rétrécissement aortique qui avait été établi. Deux jours après, la malade mourut. On trouva un rétrécissement léger de l'infundibulum pulmonaire et un rétrécissement considérable du calibre de l'artère presque oblitérée, au niveau des valvules sigmoïdes, par la soudure du bord libre de ces replis; il n'existait chez cette femme que deux valvules sigmoïdes à l'artère pulmonaire. Le passage du sang ne pouvait s'effectuer que par un petit orifice en forme de boutonnière. Le tronc de l'artère n'était pas rétréci; il n'y avait pas d'insuffisance. L'orifice tricuspidien rétréci admet à peine deux doigts. La valvule mitrale est épaissie, ses cordages tendineux sont rigides, son orifice est aussi rétréci légèrement. Rien à l'aorte. Les reins présentaient les lésions de la néphrite parenchymateuse. C'est là un cas de rétrécissement pulmonaire acquis, puisqu'il ne porte pas sur le tronc de l'artère et qu'il n'y avait ni malformation du cœur, ni cyanose pendant la vie; une particularité très intéressante, c'est qu'il n'y avait aucune lésion de tuberculose dans les poumons, fait rarement constaté jusqu'ici lors de rétrécissement de l'artère pulmonaire.

M. *Féréol* pense que l'absence de la troisième valvule sigmoïde constitue une malformation qui pourrait bien assigner une origine congénitale à la lésion.

M. *Cadet de Gassicourt* a plusieurs fois observé, lors de rétrécissement congénital, des lésions portant sur l'orifice et sur les valvules de l'artère.

M. *Duguet.* Le rétrécissement congénital porte sur le tronc même du vaisseau.

— M. *Dujardin-Beaumetz* présente un rétrécissement cicatriciel du pylore ayant entraîné la mort. Cette lésion est consécutive à l'ingestion d'acide sulfurique; or, dans ces circonstances, c'est bien plus ordinairement l'œsophage qui est le siège du rétrécissement. Ici, le pylore admet à peine un tuyau de plume; l'estomac est considérablement dilaté et épaissi. On avait pensé, pendant la vie, à suturer une anse intestinale, voisine du duodénum, à la convexité de l'estomac; cette opération, pratiquée en Allemagne, aurait eu quelque chance de succès puisqu'il ne s'agissait pas d'un néoplasme; l'état de débilitation profonde du malade ne permit pas de la tenter.

— A cinq heures et quart, la séance est levée.

André PETIT.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 4 JANVIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

Colotomie lombaire. — Election d'un membre titulaire.

M. *Verneuil.* A propos de la colotomie lombaire, M. Tillaux a dit que, chez son malade, il n'avait à choisir qu'entre deux opérations : celle de Littre et celle de Callisen. Il y a une troisième ressource que M. Trélat n'a pas oublié de signaler : c'est la rectotomie linéaire. Et c'est pour les cas analogues à celui de M. Tillaux que la rectotomie linéaire est supérieure aux autres procédés. Dans tous les cas, cette opération doit être mise en parallèle avec celle de Littre et celle de Callisen.

Si l'obstacle est trop haut placé, il faut pratiquer un anus artificiel si l'état du malade le permet; lorsque le malade est épuisé, l'opération de l'anus artificiel est souvent suivie de mort. Les chirurgiens anglais, qui opèrent plus tôt que nous, ont plus de succès que nous. Les Français décident l'opération quand déjà il est trop tard pour agir avec chances de succès.

Il y a lieu d'ouvrir une voie artificielle aux matières quand il y a des phénomènes de rétention. Des malades souffrent beaucoup sans avoir ces phénomènes de rétention; alors l'opération est inutile. De même, dans le cancer douloureux du rectum, si le malade va à la selle, pourquoi la rectotomie? On a dit que la douleur est produite par le passage des matières, par leur contact; cela n'est pas exact; même après l'opération de l'anus contre nature, il y aura encore contact des matières avec le rectum malade. L'opération ne remédie qu'à la rétention.

Chaque procédé n'est pas applicable à tous les cas. La méthode de Littre est plus facile; mais avec la méthode de Callisen on est certain de ne pas manquer l'intestin. Quand l'obstacle siège du côté de la fosse iliaque, il ne faut pas faire l'opération de Littre; il faut choisir la colotomie lombaire. M. Verneuil a pratiqué deux fois l'opération de Littre; un malade a succombé peu d'heures après. L'autre malade, qui avait un cancer colloïde du rectum, est mort un an après de son cancer. M. Verneuil n'a pas eu l'occasion de faire l'opération de Callisen sur le vivant; elle a moins d'indications que la précédente et que la rectotomie linéaire. A la suite de la colotomie lombaire, on voit parfois un prolapsus intestinal difficile à contenir.

En résumé, si la rectotomie linéaire est pratiquable, elle est supérieure aux anus artificiels. Si le mal remonte trop haut, faire l'opération de Littre ou celle de Callisen. Avant de se décider, on doit savoir qu'on ne remédiera qu'à la rétention des matières. Pour le choix entre les deux méthodes, si les indications étaient égales, M. Verneuil dit que l'opération de Littre vaut mieux, parce qu'on agit sur un point de l'intestin plus rapproché de l'ouverture naturelle.

M. *Pozzi* a pratiqué une fois l'opération d'Amussat pour un sarcome rectal qui avait oblitéré l'intestin chez un individu de vingt-sept ans. Deux fois on avait tenté la dilatation sans succès; le rétrécissement était dur, élastique, et le passage des bougies n'amenait pas un soulagement durable. Le malade souffrait beaucoup et s'affaiblissait.

M. Pozzi fit la colotomie avec M. Marchand. Lorsque l'anus fut établi, on remarqua qu'il y avait dans l'anse située entre les deux anus un boudin de matières dures. A l'aide de siphons d'eau de Seltz on parvint à désobstruer l'anse intestinale. Le malade, qui était mourant, vécut encore cinq mois. Dans ce cas, la dilatation ou la rectotomie linéaire étaient insuffisantes; il fallait faire un anus artificiel.

M. *Tillaux* a tenté, pendant cinq mois, tous les procédés de dilatation avant de proposer à son malade une opération chirurgicale.

M. *Trélat.* M. Tillaux a parlé du manuel opératoire; comme lui, M. Trélat a eu une petite mésaventure avec le muscle carré lombaire; mais on se rappellera que le muscle est rouge, que la graisse est jaune et que l'intestin est blanc; en outre, quand on suit les points de repère indiqués, on trouve le muscle en haut et en dedans.

M. Després n'a jamais eu l'occasion de faire l'opération de l'anus artificiel. Il y a trois ans, on consulta M. Trélat pour un enfant de quatorze ans qu'on disait porteur d'une tumeur du rectum. A l'examen, M. Trélat constata la présence d'une grande quantité de végétations épithéliales. M. Verneuil conseilla la rectotomie linéaire. Si aujourd'hui M. Trélat revoyait ce même malade, il déclarerait qu'il faut faire un anus artificiel. La pratique se transforme donc tous les jours. D'ailleurs un malade a des accidents de rétention; quand vous aurez passé une canule, et le lendemain, et les jours suivants de même, que ferez-vous si les accidents ne cessent point? Pour un soulagement d'un instant vous risquez de déchirer l'intestin ou le néoplasme. Des indications peuvent se présenter qui imposent à M. Després le devoir d'opérer.

Quand on a l'expérience de l'anus lombaire, on ne dit plus que l'issue des matières fécales a les mêmes inconvénients à l'aine ou aux lombes; mais on préfère une opération à l'autre parce que dans l'une l'anus est à la fin de l'intestin et dans l'autre en un point plus élevé; mais, dans l'opération de Littre, le siège est très variable.

Ceux qui ont vu des malades opérés de colotomie lombaire ou d'anus inguinal diront le bien-être, l'absence de souffrance qu'on observe chez ces opérés. Il s'accumule parfois des matières dans le bout inférieur, et il faut les évacuer. Rien ne prouve qu'on retarde la marche du néoplasme, mais l'opération supprime les manifestations symptomatiques. L'anus inguinal est quelquefois un anus iliaque; mais quelquefois il porte sur l'intestin grêle; c'est un inconvénient. Car, si l'anus est sur le petit intestin, le malade aura une diarrhée incessante et s'affaiblira rapidement; c'est la principale raison à invoquer en faveur de l'opération de Callisen.

L'un des véritables progrès de la chirurgie c'est la détermination de plus en plus exacte des indications opératoires. Quand l'ablation du cancer est possible, pratiquer cette ablation très largement. Si l'on ne peut plus faire cette ablation, s'en tenir à la chirurgie palliative. Alors on a le choix entre la rectotomie linéaire, l'anus lombaire et l'anus inguinal. M. Trélat a fait deux fois cette année la rectotomie linéaire. Appelé en province près d'un homme de soixante-six ans, il constata un ténesme très douloureux, très pénible, avec émission de matières fécales huit à dix fois par jour. Dans la profondeur du petit bassin existe une tumeur rectale infranchissable; le malade était très faible et n'aurait pu supporter l'opération de Callisen. Le jour suivant, M. Trélat put atteindre avec le doigt la limite extrême de la tumeur; il fit la recto-

tomie linéaire avec le thermocautère; il s'ensuivit un grand soulagement.

L'autre opérée était une femme de soixante-quatre ans, qui avait déjà subi deux opérations pour un cancer ano-rectal. Tumeurs cancéreuses dans les aines. La rectotomie pouvait dépasser le rétrécissement; M. Trélat fit cette opération.

Quand la santé du malade est assez bonne, qu'il existe une tumeur volumineuse dans le rectum, que l'ablation est impossible par raison de volume, de situation et de rapports, il reste une ressource, c'est l'établissement d'un anus artificiel. Quel sera cet anus? Si l'on constate une tumeur dans la fosse iliaque gauche après une purgation, s'il y a une tumeur persistante dans la fosse iliaque menaçant le côlon, se demander si l'on ne fera pas choix de la colotomie lombaire droite, ou même d'un anus inguinal à droite, pour trouver l'intestin grêle à sa terminaison. Ne jamais établir de comparaison entre ces divers procédés; chacun a ses indications spéciales: si l'on a bien reconnu les indications, le choix sera facile. Les avantages de la colotomie lombaire peuvent être ainsi résumés : régularisation des selles, contention facile des matières, possibilité d'une vie active; enfin, avec un manuel opératoire convenable, l'opération est facile.

M. *Després* soigne tous les ans cinq à six cancers du rectum; le plus souvent, aucune espèce d'opération n'est utile. La dilatation bien faite permet de soulager les malades et de prolonger leur existence. M. Després n'a jamais vu une occlusion complète du rectum atteint de cancer; il s'échappe toujours des gaz ou des matières liquides. Les matières s'échappent difficilement; est-il nécessaire pour cela de faire une opération grave? est-il nécessaire d'établir un anus artificiel, qui est une infirmité dégoûtante? Ce n'est pas la rétention des matières qui produit le ténesme, c'est la douleur du cancer.

M. *Pozzi* dit que son malade ne voulait plus de la dilatation, qui était très douloureuse et n'amenait guère de matières; l'opération amena un réel soulagement.

— M. *Chauvel* est élu membre titulaire de la Société de chirurgie.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 14 JANVIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. RANVIER.

Expériences sur les mouvements produits par l'insufflation à la surface du crâne : M. Dumontpallier. Remarques de M. Charcot. — Structure de la chaîne ganglionnaire des invertébrés : M. Vignal. — Contractures provoquées en dehors de l'état somnambulique : M. Ch. Richet. — Contractures post mortem, distinctes de la rigidité cadavérique : M. Brown-Séquard.

M. *Dumontpallier* montre à la Société quelques-unes des expériences dont il l'a entretenue dans les précédentes séances.

Il hypnotise une jeune fille hystérique, puis détermine chez elle des phénomènes de mouvement, annoncés d'avance, en dirigeant sur un point déterminé du crâne le courant d'air produit par la compression d'une ampoule en caoutchouc. Parmi les phénomènes ainsi déterminés il en est un qui présente un véritable intérêt: c'est le mouvement d'élévation d'un bras et de la jambe du côté opposé quand on dirige le courant d'air sur un point circonscrit du pariétal.

L'hystérique présentée à la Société n'offre pas les phénomènes d'hyperexcitabilité neuro-musculaire qu'on observe chez les malades qui font l'objet habituel des expériences de M. Charcot.

La simulation ne paraît pas ici devoir être invoquée; on a émis cependant le désir de voir répéter ces expériences sans que les mouvements qui doivent se produire fussent annoncés à haute voix en présence du sujet.

M. *Charcot* reprend, à propos de ces expériences, l'exposé des faits qu'il a communiqués à la Société dans la dernière séance, et qui sont relatifs aux effets moteurs produits par les excitations galvaniques de la surface du crâne. Il proteste absolument contre l'assimilation des phénomènes montrés par M. Dumontpallier et de ceux qu'il a étudiés; il dit qu'il ne s'occupe pas des effets extraordinaires qu'on peut produire en si grand nombre chez les hystériques hypnotisables et qu'il borne ses recherches aux phénomènes dont la physiologie peut fournir l'explication.

— M. *Vignal* expose les résultats de ses recherches histologiques sur la chaîne ganglionnaire des invertébrés.

Les connectifs réunissant entre eux les ganglions fournissent des nerfs qui ont une structure fibrillaire, cette même structure se retrouve dans la partie corticale des cellules ganglionnaires. Il n'existe pas, comme on l'avait dit, de cellules nerveuses en dehors des ganglions. A l'intérieur des ganglions, on ne trouve que des fibrilles s'entre-croisant dans tous les sens, on n'y trouve pas non plus les nombreuses cellules multipolaires que Waller a cru y rencontrer pour expliquer les actes réflexes qu'il y avait placés.

Le système gastro-intestinal a la même structure fondamentale; les cellules peuvent cependant avoir plusieurs prolongements, mais ce fait perd de son importance si on considère la structure fibrillaire de la partie corticale de toutes les cellules, ce qui les rend toutes multipolaires au plus haut degré.

— M. *Ch. Richet* communique les observations de contracture provoquée qu'il a faites sur une dame d'un certain âge, en dehors de tout état d'hypnotisme. Il s'agit des contractions persistantes qu'on produit par l'irritation mécanique toute locale de certains muscles. Il a vu aussi qu'une oscillation légère imprimée au membre supérieur persiste et va grandissant dans les instants suivants, sans que le sujet puisse la supprimer : ce phénomène est rapproché de la trépidation épileptoïde.

M. *Brown-Séquard*, à propos de ces faits, rappelle l'histoire d'une jeune fille qui présentait périodiquement un état cataleptique, avec délire extatique (voy. l'exposé détaillé aux travaux originaux).

— M. *Brown-Séquard* communique de nouvelles recherches sur la production de contractures au moment de la mort ou peu de temps après. (Voy. *Gazette hebdomadaire* du 25 novembre dernier et du 6 janvier 1882, p. 6.) « Il a jusqu'ici, dans tous les cas de lésion considérable d'une des masses latérales du cervelet, vu apparaître de la contracture soit avant la mort, soit peu de temps après. Ayant ainsi lieu de s'attendre à voir survenir de la contracture, il en a cependant constaté l'absence chez trois animaux qui avaient été soumis à cette lésion et chez lesquels, aussitôt après la mort, il a galvanisé les nerfs du plexus brachial, soit d'un côté, soit des deux côtés. Il suffit donc d'une irritation de quelques nerfs pour annihiler la cause quelle qu'elle soit, qui produit de la contracture après la mort. Il rapporte un autre fait qui montre que la contracture, même lorsqu'elle ne survient qu'après la mort (à la condition pourtant que ce soit bientôt après) peut produire des changements analogues à ceux que causent le tétanos, les convulsions (quelle qu'en soit la cause: altérations des centres nerveux, galvanisme ou poisons) ou la mise en jeu des muscles par la volonté (marche ou course prolongée), changements qui font que la rigidité dure peu et que la putréfaction apparaît promptement. Il en a eu un très grand nombre de preuves parmi lesquelles il signale les deux suivantes : 1° Chez un lapin tué par l'application de chloral sur la peau d'un des côtés (le droit) du thorax et de l'abdomen, et par l'injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes d'éther sulfurique sur le même côté de l'abdomen, il a vu survenir de la contracture au bras gauche, immédiatement après l'ouverture du thorax. Cette contracture, tout à

fait passagère, n'a duré que huit minutes, après lesquelles les nerfs et les muscles du membre étaient très excitables. Au contraire, dans les membres droits qui n'ont eu de contracture que quelques minutes après l'ouverture du thorax, cette contracture a duré et s'est transformée en rigidité cadavérique sans qu'il ait pu s'assurer à quel moment le passage de l'un des états à l'autre s'est produit. Dès le lendemain matin (seize heures après la mort) la rigidité avait presque complètement disparu de ces deux membres, alors que la rigidité, qui n'avait paru que très tardivement (quatre heures après la mort) dans les membres gauches, n'y était pas encore absolument complète. Dans ces deux derniers membres il y a encore un peu de raideur aujourd'hui (six jours après la mort, tandis que les deux membres droits offraient plus trace de rigidité après moins de trente-six heures; 2° chez un cobaye mort à l'état syncopal et sans trace de convulsions ni d'agitation, sous l'influence d'une application prolongée de la moitié d'une feuille de papier couverte de moutarde (sinapisme Rigollot) sur la peau rasée de l'abdomen et du thorax, il est survenu de la contracture partout très rapidement après la dernière respiration; il s'est produit de l'épisthotonos, et la raideur a été partout (au tronc, au cou, aux mâchoires et aux membres) beaucoup plus forte que celle de la rigidité cadavérique. Une heure après la mort, l'animal avait une raideur d'une intensité vraiment excessive. Deux heures plus tard il y avait au contraire, un relâchement considérable, et le lendemain le corps tout entier était en pleine putréfaction et sans trace, conséquemment, de rigidité cadavérique. Il est clair d'après ces deux expériences et beaucoup d'autres que la contracture, en proportion de son intensité, comme les convulsions, altère le tissu musculaire de telle façon que la rigidité cadavérique y dure peu et que (comme chez le cobaye dont il a été question) la putréfaction y apparaît très vite et y progresse rapidement.

M. Brown-Séquard considère comme impossible d'avoir le moindre doute à l'égard de l'apparition d'une véritable contracture dans les cas où il en a signalé l'existence, dans cette note et dans les communications qu'il a faites antérieurement à la Société et à l'Académie des sciences. En premier lieu, la contracture qu'il a étudiée après la mort est quelquefois la continuation, sans changement, d'une contracture qui s'est produite avant la mort. Il ne viendra à l'idée de personne que cette *raideur ante mortem* soit de la *rigidité cadavérique*, et si elle se continue sans changement au moment de la mort et après celle-ci, il est clair que, pendant un certain temps, cette *raideur post mortem* est encore de la contracture. En second lieu il a souvent vu de la contracture qui avait précédé la mort ou qui s'était produite quelques minutes après la dernière respiration durer un temps variable (de quinze à trente minutes ou même un peu plus), puis cesser complètement, sans qu'aucune traction, sans qu'aucune influence extérieure, mécanique ou autre, ait été mise en œuvre pour la faire cesser. Or, après cette cessation de la raideur, il a constaté que les muscles qui avaient été contractés étaient encore irritables, d'où il suit clairement que c'était bien de la contracture qui avait existé et non de la rigidité cadavérique. En troisième lieu, tenant compte des lois bien démontrées qui établissent les relations entre l'irritabilité musculaire au moment de la mort et la rigidité cadavérique, on est forcé de reconnaître qu'il serait impossible que cette rigidité survînt quelques minutes après la mort, dans des membres où l'irritabilité musculaire n'a pas été préalablement épuisée par un travail considérable des muscles. Et comme deux espèces seules de raideur peuvent alors exister : la contracture et la rigidité cadavérique, il est évident que c'est bien de la contracture qui se montre dans ces circonstances. »

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 1er JANVIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GUENEAU DE MUSSY.

Des contractures hystériques : M. Féréol. — Principes extraits de l'aulnée : M. Dujardin-Beaumetz. — Injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique : M. Vidal.

M. *Féréol*, à propos du procès-verbal de la dernière séance, adresse quelques objections de détail à M. Dally au sujet de sa communication sur les pseudo-contractures. Pourquoi manifester une sorte de répugnance à admettre la contracture hystérique et lui donner le nom de *rigidité musculaire* ou de *pseudo-contracture?* Pourquoi réserver la dénomination de contracture à la seule roideur, d'origine musculaire, qui se montre au niveau d'une articulation malade? Dans ce dernier cas, la question est au contraire plus complexe, puisque certains auteurs ont voulu y voir les effets d'une extension des lésions inflammatoires, et incriminer la myosite ou la névrite; si la contracture est l'exagération du tonus musculaire, c'est dans la contracture hystérique qu'on en trouvera le type le plus pur. M. Dally semble également vouloir faire la guerre à l'hystérie comme à une maladie peu ou mal définie; pour lui, le terme *hystérie* paraît être employé le plus souvent pour désigner des phénomènes incertains dont on ignore la nature et la cause. Sa malade, dit-il, n'était pas hystérique puisqu'elle n'avait jamais eu d'attaque convulsive; mais pourrait-il affirmer qu'elle n'en aura jamais? Ne voit-on pas les grandes diathèses s'annoncer parfois d'une façon insidieuse et anomale; le rhumatisme ne débute-t-il pas, dans certains cas, par des manifestations cardiaques, des éruptions cutanées? La goutte ne commence-t-elle pas par des migraines, de l'asthme, des éruptions diverses, de la calvitie? Ne peut-il en être de même pour l'hystérie? Pourquoi vouloir supprimer le mot, puisque la chose existe. Le mot lui-même, malgré l'extension qu'on lui a fait subir en l'appliquant au sexe masculin, présente l'avantage de rappeler l'origine génitale des troubles si divers qu'il caractérise. L'hystérie comprend toute une classe de phénomènes pathologiques dont la cause anatomique nous échappe, mais qui ont pour caractère commun de pouvoir disparaître sans laisser de trace, aussi brusquement, aussi spontanément qu'ils étaient apparus. M. Dally invoque, chez sa malade, deux ordres de causes qui en constituent un seul en réalité : un certain état cérébral, modifiant le tonus musculaire et le souvenir des manœuvres violentes, amenant l'appréhension. Mais peut-on expliquer aussi facilement l'apparition première des accidents et ne faut-il pas admettre une prédisposition individuelle qui n'attendait, pour se manifester par des signes évidents, qu'une cause occasionnelle, réalisée dans ce cas par des douleurs spontanées? Ce sont bien là, pense M. Féréol, les allures de la contracture hystérique. Sous ces réserves, l'interprétation donnée par M. Dally doit être acceptée comme exacte et ingénieuse. Cependant, si l'état *cérébral* des hystériques modifie incontestablement leur façon de réagir, il ne faut pas oublier que c'est surtout, chez elles, le centre médullaire qui possède une influence prépondérante. Dans les contractures consécutives aux lésions cérébrales en foyer, dont l'origine *cérébrale* semble pourtant évidente au premier abord, le rôle de la moelle a été également mis en évidence : Brissaud leur assigne pour cause l'irritation propagée aux cellules des cornes antérieures par la sclérose descendante du faisceau pyramidal; le cerveau est le point de départ, mais la moelle est le véritable agent producteur de la contracture. N'y a-t-il pas quelque chose d'analogue chez les hystériques? On ne peut, il est vrai, refuser au cerveau une certaine influence, puisque l'anesthésie est limitée chez elles au côté contracturé, tandis que Brown-Séquard a montré que l'anesthésie est croisée lors de contracture de cause purement médullaire. Les

hystériques ne sont pas des *malades imaginaires*, ainsi qu'on l'a souvent répété, mais elles possèdent un mode anomal de cérébration, un défaut de fonctionnement dynamique cérébral qui joue un grand rôle dans la production des troubles variés qu'elles présentent. M. Féréol rapporte à ce sujet l'observation d'une malade présentant des symptômes multiples d'hystérie et qui est atteinte d'impotence de la jambe gauche dans la station verticale, l'empêchant d'exécuter le mouvement de progression de la marche; dans le décubitus, la malade peut d'ailleurs mouvoir son membre dans tous les sens. Elle n'offre d'ailleurs aucune lésion du membre inférieur droit pouvant s'opposer à ce qu'elle prenne un point d'appui de ce côté pour détacher le pied gauche du sol. Sous l'influence des courants continus et d'une gymnastique douce, une certaine amélioration s'est montrée; la malade peut marcher quelques pas, en traînant encore le pied gauche, lorsqu'elle s'appuie sur le dossier d'une chaise, et même lorsqu'on vient à son aide en lui tendant les deux mains. Ne semble-t-il pas que la confiance que lui inspire ce faible soutien agit d'une façon puissante sur le fonctionnement cérébral? Quant aux dangers des manœuvres de force, même sous le chloroforme, M. Féréol est entièrement de l'avis de M. Dally; il a même observé, chez une de ses malades, que le sommeil chloroformique n'amenait pas à coup sûr une résolution totale des membres contracturés.

M. Féréol appelle ensuite l'attention de ses collègues sur la conduite que doit tenir le médecin au sujet de certaines superstitions et de certaines guérisons miraculeuses. — Le surnaturel n'existe pas; un fait est ou n'est pas : s'il est, il est naturel. La loi naturelle qui le régit peut nous échapper, mais elle existe. Or, on ne peut nier certains cas de guérisons prétendues miraculeuses, obtenues chez les sujets nerveux et surtout chez les hystériques, par suite d'une modification puissante de la cérébration sous l'influence d'une vive impression morale; elles se sont produites dans tous les temps et dans tous les lieux. Ne peut-on être autorisé à tenter ce moyen dans certains cas? Et comment sauvegarder en semblable occurrence la dignité médicale? M. Féréol soignait une jeune fille affectée de toux hystérique incessante, très pénible et rebelle à tous les moyens mis en œuvre; la malade présentait en outre, huit à dix fois par jour, une sorte de suspension brusque de l'influx nerveux et du tonus musculaire, amenant un affaissement complet avec chute, sans perte de connaissance ni convulsion. Ayant remarqué dans la chambre de sa malade *certaine bouteille d'eau claire annonçant un voyage probable aux Pyrénées*, il crut devoir prendre les devants, et, dans un entretien secret qu'il eut avec la mère de la jeune fille, il exposa que, malgré son incrédulité absolue à l'égard des miracles, il pensait que peut-être la guérison pourrait être obtenue; il expliqua d'ailleurs le mode d'action bien connu, naturel et tout médical du nouveau traitement qu'on allait tenter. Le voyage projeté eut lieu et la malade guérit. Ne valait-il pas mieux prendre l'initiative et diriger, autant que possible, dans une voie scientifique un essai qui eût certainement été fait, mais dans un tout autre ordre d'idées?

— M. *Martineau* fait hommage à la Société de son deuxième mémoire sur *les injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique* et d'une leçon sur *le vulvisme*.

— M. *Cadet de Gassicourt* offre à la Société le second volume de son *Traité de thérapeutique des maladies de l'enfance*.

— M. *Dujardin-Beaumetz* présente, au nom de M. de Koral, deux corps extraits de l'aulnée (*Inula helenium*), ce sont l'*hélénine* et l'huile essentielle d'aulnée, qui paraît être le principe actif dans le traitement des affections broncho-pulmonaires. On sait que l'aulnée renferme en outre une substance amylacée, l'*inuline*. — M. Dujardin-Beaumetz donne ensuite lecture d'une lettre du docteur Pize (de Montélimart) réclamant, au sujet d'une communication récente de M. Lereboullet, la priorité pour ses recherches sur l'action hémostatique du perchlorure de fer administré par la voie stomacale.

— M. *Vidal* a expérimenté les injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis. C'est, dit-il, un excellent moyen d'administrer le mercure, surtout chez les sujets qui présentent de l'intolérance des voies digestives. Il a soigné par ce procédé trente malades, qui tous ont vu disparaître leurs accidents après vingt-cinq à trente injections; chaque injection renfermait 1 gramme de la solution suivante, c'est-à-dire 5 milligrammes de sublimé : eau distillée, 25 grammes; glycérine, 5 grammes; peptone mercurique ammonique, 50 centigrammes. Il a pu guérir ainsi rapidement un cas grave de syphilôme lingual. Dans quelques cas, les injections, bien que pratiquées avec grand soin dans le tissu cellulaire sous-cutané, ont déterminé une douleur vive; le plus souvent, elles ne se sont accompagnées que d'une sensation de cuisson, vite dissipée. Il faut d'ailleurs avoir soin de filtrer la solution lorsqu'elle vient à se troubler; l'indolence est alors plus marquée. M. Vidal n'a, dans aucun cas, observé d'abcès, mais presque constamment des nodosités disparaissant plus ou moins rapidement. Chez quatre malades s'est produit une salivation assez intense pour obliger à suspendre le traitement; il est vrai que les individus atteints de gingivite antérieure n'avaient point été exclus de la série en expérience; les autres modes d'administration du mercure eussent d'ailleurs fourni au moins autant de stomatites. M. Vidal recommande, afin de prévenir la salivation, de faire frotter dix à douze fois par jour les gencives des malades en traitement avec la poudre suivante formulée par Panas : poudre de quinquina, 3 parties; poudre de ratanhia, 1 partie; chlorate de potasse finement pulvérisé, 1 partie.

M. *Dujardin-Beaumetz* a également retiré d'excellents effets de ces injections, mais il regrette qu'il n'y ait pas une formule simple, donnant un titrage connu de la solution mercurique et pouvant être employée sous forme d'ordonnance courante par tous les praticiens. On est obligé jusqu'ici de recourir à la solution mère de Delpech, qu'on dilue à raison de 5 grammes dans 25 grammes d'eau. C'est là une complication qui entrave l'usage d'un moyen thérapeutique excellent.

M. *Delpech*. La dilution de la solution mère permet, dans la pratique hospitalière, de préparer extemporanément la quantité de solution titrée nécessaire pour vingt-cinq injections environ. Dans la pratique de la ville, on peut formuler directement la solution à injecter puisqu'on sait que la peptone mercurique ammonique sèche est au quart de sublimé.

— A cinq heures trois quarts, la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Du Bromhydrate d'homatropine, par MM. Ladenburg, Vœlker et Frönmuller.

L'*homatropine* est une substance découverte par Ladenburg : combinée avec l'acide bromhydrique elle possède, d'après Vœlker, l'action midriatique de l'atropine, mais cette action qui se produit bien plus vite est aussi d'une durée plus courte et n'existe plus au bout de vingt-quatre heures; ajoutons que l'homatropine est très peu toxique. D'après Vœlker en employant une solution au 100e on obtient la dilatation pupillaire en sept ou dix minutes, mais M. Frönmuller quoique employant une solution à 2 pour 100, n'a vu

le phénomène se produire qu'au bout de dix à douze minutes, mais toujours plus vite qu'avec l'atropine. Pour ce qui est de la puissance toxique du bromhydrate d'homatropine, elle est faible ; ainsi M. Frönmuller a pu administrer en vingt-quatre heures 6 centigrammes de ce sel, et n'observer qu'un peu de sécheresse de la gorge. Il a cru remarquer que les sueurs des phthisiques étaient supprimées par lui, mais il ne l'affirme pas. A cette dose et absorbé par la voie gastrique, le bromhydrate d'homatropine ne produit pas de midriase. (*Revue des sciences médicales*, t. XVII, p. 478, et t. XVIII, p. 475. *Memorabilien*, 7, 1881, et *Med. chir. Rundschau*, n° 9, 1880.)

Alimentation forcée des phthisiques, par M. le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ.

Après M. Debove, M. Dujardin-Beaumetz a fait chez quelques phthisiques des essais d'alimentation forcée ; voici comment il procède. Après avoir introduit dans l'estomac un tube élastique de Faucher, et fait le lavage de la cavité gastrique avec l'eau de Vichy (ce que ne fait pas M. Debove), il administre le mélange suivant en une seule fois le matin à jeun : 150 grammes de viande crue parfaitement hachée, quatre œufs jaunes et blancs compris et un litre de lait. Suivant que le malade a ou n'a pas de diarrhée il ajoute de l'huile de foie de morue ou du sous-nitrate de bismuth. M. Debove donne des quantités moins considérables, mais il répète l'opération deux fois par jour. Du reste, quel que soit le mode opératoire, les résultats obtenus par les deux observateurs ont été tout à fait concordants. Chez trois malades qui vomissaient à chaque quinte de toux, maigrissaient et avaient perdu l'appétit, les vomissements ont cessé, l'appétit est revenu, le poids a augmenté en même temps que la fièvre et les sueurs disparaissaient. Pour les praticiens, il est évident que dans la grande majorité des cas la thérapeutique de la phthisie pulmonaire se résume en ceci, rétablir la nutrition ; le moyen proposé par MM. Debove et Dujardin-Beaumetz tendant à remplir cette indication primordiale rendrait donc de grands services. Mais comment l'estomac supporte-t-il, lui déjà altéré, cette quantité considérable d'aliments ? M. Beaumetz croyait d'abord pouvoir l'attribuer aux lavages, mais en présence de la pratique de M. Debove, il a dû renoncer à cette interprétation ; c'est plutôt à la qualité et à la nature des aliments qu'il faut faire honneur de ce résultat. C'est là un fait intéressant et qui montre que le rôle mécanique de la toux est secondaire, en même temps que l'estomac mis en présence d'aliments bien choisis retrouve vite ses fonctions. (*Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, t. CI, 15 novembre 1881, p. 381.)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de pathologie interne, par M. G. DIEULAFOY, t. II, 1re partie. — Paris, 1882. G. Masson.

Nous avons déjà dit, en annonçant le premier volume de ce *Manuel*, combien il différait des ouvrages qui ont été publiés sous un titre analogue, et quels services il était appelé à rendre aux médecins et aux étudiants. La première partie du deuxième volume a tardé quelque temps à paraître ; ne nous en plaignons pas. Le soin apporté par l'auteur à parfaire son travail nous est une garantie de sa valeur et de la durée de son succès. Aussi bien n'avons-nous aucune réserve à faire après avoir lu ces nouveaux chapitres, consacrés à l'étude des maladies de l'appareil digestif. M. Dieulafoy a passé successivement en revue les maladies de la bouche, du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du foie et du péritoine. La plus grande partie de ce fascicule est consacrée aux maladies du foie, et nous aurions plaisir à suivre l'auteur dans l'étude des cirrhoses hépatiques ou de l'ictère grave, si la *Gazette hebdomadaire* n'avait eu la primeur des chapitres qui traitent des différentes formes de cirrhose, et si nos lecteurs n'avaient pu se faire une idée de la méthode suivie par l'auteur, et de la clarté avec laquelle il sait exposer les sujets les plus ardus et les plus controversés. Ceux-là seuls qui ont essayé d'écrire, en quelques lignes, l'histoire des maladies les plus diverses sauront juger le mérite d'une œuvre aussi difficile à mener à bonne fin. Nous recommandons aux médecins la lecture des pages consacrées à la description des différentes formes d'angine, et en particulier de l'angine diphthéritique ; nous leur signalerons aussi le chapitre de la dyspepsie, celui de la dysentérie, qui est très complet et très intéressant, et ceux qui traitent du cancer de l'estomac, de la tuberculose intestinale et de l'ictère. Mais en soulignant ainsi les passages qui nous ont frappé à une première lecture, nous ne prétendons pas contester la valeur des chapitres que nous ne mentionnons pas d'une manière spéciale. Sans doute, les quelques lignes consacrées à l'ascite nous ont paru un peu courtes, et nous aurions peut-être, si nous avions eu à écrire un livre semblable, modifié quelques-unes des pages consacrées aux maladies de l'intestin, en particulier à la typhlite et à l'occlusion intestinale. Mais ce n'est point ici que nous pourrions développer nos idées à ce sujet, et nous ne serions pas bien certain d'ailleurs de les faire adopter par M. Dieulafoy. En attendant que la fin de l'ouvrage nous permette de l'apprécier dans son ensemble et d'en juger la portée, contentons-nous donc d'exprimer très sincèrement le plaisir que nous avons eu à lire ce très sérieux et très utile *Manuel de pathologie*. S'il faut louer les travaux des savants qui se consacrent tout entiers aux recherches d'histologie pathologique, et qui s'efforcent de décrire exactement les lésions nouvelles qu'ils ont observées, il importe de rendre justice aux professeurs qui ne dédaignent pas de mettre à la portée de tous les médecins les conquêtes de la clinique moderne, et qui, en vulgarisant des recherches que l'on n'arrive à s'assimiler que lorsqu'elles sont exposées clairement, rendent les plus grands services à tous ceux qui veulent se tenir au courant du mouvement scientifique contemporain.

L. LEREBOULLET.

Traité des maladies des voies urinaires, par L. VOILLEMIER et A. LE DENTU. Tome II : *Maladies de la prostate et de la vessie*, avec 120 figures dans le texte. — Paris, G. Masson.

A sa mort, M. Voillemier laissait inachevé son *Traité des maladies des voies urinaires*. Même, la moins grande part de la tâche était faite puisqu'il n'y avait de publié que les seules affections de l'urèthre. M. Le Dentu, son élève et son ami, s'est chargé de terminer cette œuvre et, grâce à cette collaboration, nous possédons maintenant sur la matière un Traité complet, d'origine française, le meilleur et le plus étendu qui soit à cette heure.

Notre confrère M. Hénocque a, lors de son apparition, rendu compte du premier volume ; il en a loué, comme il fallait, la richesse d'informations et le grand sens clinique ; nous n'y reviendrons pas ; d'ailleurs ce livre est déjà fort connu et la description des rétrécissements de l'urèthre, des poches urineuses et des infiltrations d'urine, l'étude soigneuse du traitement de ces affections diverses ont été trop lues et relues pour que nous ayons besoin d'y revenir. C'est du second volume seul que nous voulons parler.

Sauf quelques notes éparses, quelques recherches bibliographiques, quelques chapitres inachevés, ce second volume est, en entier, de M. Le Dentu. Or, n'avions-

nous pas à redouter un grand écueil : l'absence d'unité ? On sait ce que coûte la restauration ou l'achèvement de monuments anciens, et combien peu on y réussit : N'allions-nous pas avoir une œuvre, bonne dans ses parties, mais sans harmonie dans l'ensemble ? M. Le Dentu l'avait craint, car il nous parle dans sa préface « de la difficulté qu'éprouve toujours le continuateur d'une œuvre, à s'imprégner en quelque sorte de l'esprit de cette œuvre, à renouer des traditions interrompues, à fondre, autant que possible, sa personnalité dans celle de l'auteur, et cette difficulté est d'autant plus grande que le groupement des idées, que le style, que la manière, en un mot, de celui dont on prend en main la succession, révèle une originalité plus accusée dans le fond et dans la forme. »

M. Le Dentu peut être tranquille ; sa tentative a réussi, et l'ouvrage n'a point perdu son unité. Certainement on reconnaît très vite qu'une autre main a écrit ces pages et qu'un autre esprit les a pensées. Les sources d'information d'ailleurs sont maintenant plus abondantes, les méthodes sont devenues plus sûres, le dictionnaire même a un peu changé. On voit que l'auteur du second volume n'est pas de la même génération que l'auteur du premier ; mais nous trouvons dans cette comparaison un intérêt de plus. Nous n'avons rien à regretter, et, à une époque où les livres vieillissent vite, nous pouvons affirmer que la description des « maladies de la prostate et de la vessie » restera longtemps en pleine jeunesse.

Les « maladies de la prostate » comprennent neuf chapitres et un appendice où l'auteur traite des affections des vésicules séminales et des canaux éjaculateurs. Nous ne dirons rien de l'étude fort complète des lésions traumatiques, contusions et plaies; le deuxième chapitre, *abcès de la prostate*, avait été déjà en partie éclairé par la thèse de M. Paul Segond, dont nous avons rendu compte ici même. La prostatite chronique est beaucoup moins connue, et ce sont de véritables recherches originales que M. Le Dentu nous expose. « La confusion qui régnait jadis entre elle et l'engorgement sénile est à peine dissipée... Pour se convaincre du désaccord des auteurs, il suffit de parcourir successivement les descriptions relativement anciennes ou tout à fait modernes... Que de divergences dans les exposés cliniques ! C'est au point qu'à la suite de ces lectures variées on aurait la plus grande peine à se faire une idée précise de la maladie, si l'on n'avait pas eu soi-même l'occasion de l'étudier sous ses différents aspects. Aussi, sans faire fi des opinions exprimées par nos devanciers, nous laisserons-nous guider surtout par notre expérience personnelle et par les faits qui se sont présentés à notre observation. »

Le chapitre consacré aux kystes de la prostate nous paraît aussi très nouveau. M. Le Dentu laisse absolument de côté les loges qui renferment des concrétions et des calculs, les kystes hydatiques dont l'existence n'est pas démontrée, les poches à contenu purulent, et ne s'occupe que des kystes par rétention, dont la pathogénie est ici la même que partout ailleurs. « Un cul-de-sac de la glande se trouve séparé du reste de l'organe par l'oblitération du canal excréteur; la sécrétion normale continue à se faire; le liquide distend peu à peu la paroi, et cette distension conduit à la constitution d'une poche. C'est ordinairement chez des vieillards atteints de tuméfaction prostatique que l'on trouve les tumeurs de ce genre... En pareil cas, la dilatation kystique est généralement en connexion avec la dégénérescence sénile de la glande. » M. Le Dentu nous donne deux beaux exemples de kystes développés aux dépens du lobe moyen et faisant saillie du côté de la vessie ; quatre planches nous montrent leur siège précis, leur volume et leur aspect.

Nous avons lu avec le plus vif intérêt le chapitre relatif aux tubercules de la prostate, et nous nous associons sans réserve aux conclusions de M. Le Dentu. L'auteur nous reproche d'avoir, dans notre thèse de doctorat, affirmé « que toute prostate, dont on sent nettement le contour, est malade, puisque, selon M. Reclus, les prostates saines sont difficiles à délimiter. Nous ne pouvons partager cette opinion, car nous pensons qu'il est toujours aisé de reconnaître les limites de cet organe, même lorsqu'il est parfaitement sain. » Nous passons condamnation ; évidemment, nous avons mal rendu notre pensée et nous aurions dû nous borner à dire que les bords de la prostate sont alors plus saillants et mieux accusés. Nous ajouterons même que nous avons beaucoup exagéré, en 1876, la fréquence des lésions prostatiques dans la tuberculose génitale ; la dégénérescence de la prostate était, pour nous, presque de règle absolue. Or, depuis, il nous est arrivé quelquefois de trouver la prostate sans lésions *appréciables par le toucher rectal*, bien que l'infiltration tuberculeuse de la glande spermatique fût très avancée. Mais ces cas n'en restent pas moins assez rares.

Le cancer de la prostate, ses concrétions et ses calculs, ses ulcérations et ses cavernes, son atrophie, sont étudiés avec le plus grand soin dans autant de chapitres distincts. Nous trouvons, à chaque page, des observations probantes qui viennent étayer la description didactique. Cette manière concrète est plus attachante ; elle entraîne la conviction ; la mémoire se fatigue moins et retient mieux. Du reste, de nombreuses figures ajoutent encore à la netteté du texte qui est pourtant irréprochable.

Nous voici à peine au tiers du livre et l'espace nous manque pour parler des affections de la vessie plus importantes encore et qui ne comprennent pas moins de vingt-six chapitres. Chacun mériterait une analyse isolée, car chacun contient des faits nouveaux et des idées originales. Aussi, en pareil cas, notre rôle nous semble se borner à recommander au lecteur ce livre de tous points excellent. Son intérêt est tel, le profit qu'on en retire est si grand qu'on regrette, malgré ses 800 pages, de le voir finir si tôt et l'on aurait voulu que M. Le Dentu fît rentrer les affections du rein dans son *Traité des maladies des voies urinaires*.

Paul Reclus.

Index bibliographique.

De l'île d'Hydra (Grèce) au point de vue médical, et particulièrement du tzanaki, maladie spéciale de l'enfance, et de la maladie des plongeurs, par les docteurs Nicolaos P. Parissis et Jean A. Tetzis. Brochure gr. in-8°.—Paris, 1882. O. Berthier.

Tout ce qui concerne le *tzanaki* ou *ponos* a été exposé avec beaucoup de soin et largement apprécié par M. le docteur Stephanos, dans les derniers numéros de la *Gazette hebdomadaire* (voy. 1881, nos 4, 7 et suiv.). Nous nous bornons à constater que les auteurs regardent le ponos comme étant de nature tuberculeuse, tout en déclarant ne pouvoir expliquer, dans cette hypothèse, pourquoi la maladie ne se rencontre nulle part ailleurs qu'à Hydra et à Spetza.

Quant à la partie de la brochure qui traite de la *maladie des plongeurs*, les auteurs, après quelques détails sur le développement de la pêche des éponges à Hydra, et après avoir décrit les accidents qu'éprouvent les plongeurs au fond de la mer et ceux qui ne surviennent qu'après la montée, s'arrêtent, pour l'explication du *mal des plongeurs*, à la théorie suivante : « Le mal des plongeurs est une congestion et une hémorrhagie du cerveau et de la moelle épinière, qui, par la grande pression de la moitié inférieure du corps dans le fond de la mer (produite par l'eau pressant fortement la partie inférieure du costume immersif vers les lombes, où il n'y a pas d'air...) est plus forte et plus fréquente aux parties inférieures de la moelle épinière. Cette théorie peut rendre compte des accidents éprouvés au fond de la mer, et que personne ne conteste plus, mais non de la rapidité de ceux qui surviennent après la montée, et qui dépendent certainement de la décompression. Les auteurs, du reste, ne tiennent pas compte des expériences de M. Paul Bert, qui ont répandu un grand jour sur cette question.

LETTRES SUR L'HYGIÈNE, par le docteur M. MACARIO. 1 vol. in-12 de 260 pages. — Paris, 1881. Germer Baillière.

Ces *Lettres* ne sont pas des lettres, en ce sens qu'elles ne sont pas adressées à une *seconde personne*, mais une série de chapitres écrits dans la forme ordinaire de tous les manuels, et consacrés aux divers sujets dont l'ensemble constitue la science de l'hygiène : air, aliments, bains, vêtements, sevrage, etc. Seulement le style en est un peu plus léger et plus anecdotique que celui des traités classiques; on voit en le lisant qu'il est destiné au public plutôt qu'aux médecins. Rien de nouveau; mais des causeries utiles sous une forme agréable.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Faculté de médecine de Paris vient d'approuver la demande de permutation de M. le professeur G. Hayem, qui passera à la chaire d'anatomie pathologique, devenue vacante par suite de la nomination de M. Charcot à la chaire de clinique du système nerveux (création nouvelle).

VIANDES SALÉES DE PROVENANCE ÉTRANGÈRE. — Comme on devait s'y attendre après les indications que nous avons déjà données à nos lecteurs, M. le ministre du commerce vient de présenter à la Chambre des députés un projet de loi tendant à rapporter le décret du 18 février et à lui substituer d'autres dispositions, dont voici les principales :

ART. 1er. — Est rapporté le décret du 18 février 1881, qui interdit l'importation en France des viandes de porc salées de provenance américaine.

ART. 2. — Les viandes de porc salées de provenance étrangère, accompagnées d'un certificat attestant que la viande a subi une préparation complète, et qu'elle répond au type connu dans le commerce sous le nom de « Fully-Cured », pourront être importées en France.

Ces certificats seront établis, aux lieux d'origine, à la diligence et aux frais des intéressés, par des experts locaux dont la qualité sera justifiée et la signature dûment légalisée par les agents consulaires de la république.

ART. 3. — Au moment de l'acquit des droits de douane en France, les importateurs devront faire constater que les viandes qu'ils se proposent de livrer à la consommation sont saines, qu'elles sont dans un état parfait de conservation et que la salaison est complète...

ART. 4. — Les présentes dispositions ne sont pas applicables aux viandes hachées non cuites, telles que saucisses, saucissons, cervelas, etc., etc., non plus qu'aux boyaux destinés à ces préparations culinaires, dont l'importation en France est absolument interdite.

VAL-DE-GRACE. CONCOURS POUR UN EMPLOI DE PROFESSEUR AGRÉGÉ. — Un concours s'ouvrira, le 15 avril 1882, à l'école du Val-de-Grâce, pour un emploi de professeur agrégé. Cet emploi comporte l'enseignement de la chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Demange, aide-préparateur de chimie, est nommé préparateur du laboratoire des travaux pratiques de chimie à ladite Faculté, en remplacement de M. Dorez, démissionnaire.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. Segary (Jean-Antoine), né à Cette (Hérault), le 11 mars 1843, docteur en médecine, est institué, pour neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes. — M. Ducruzel (Louis-Eugène-Ernest), né à Saint-Martin (Charente-Inférieure), le 7 août 1852, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf années, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

MISSION SCIENTIFIQUE. — Par arrêté du 10 janvier, M. le docteur Gillebert d'Hercourt a été chargé d'une mission en Sardaigne, à l'effet d'y recueillir des documents anthropologiques et d'y étudier l'ethnologie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE. — La Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle vient de composer son bureau pour 1882 de la manière suivante : président d'honneur, M. Bouchardat; président, M. Brouardel; vice-présidents, MM. Durand-Claye, Henry Liouville, Vallin et Vidal; secrétaire général, M. Napias; secrétaire général adjoint, M. A.-J. Martin; trésorier, M. Thévenot; archiviste-bibliothécaire, M. Maréchal; secrétaires, MM. Keraval, Picqué, Gaston Trélat et Vibert. — La Société tient ses séances publiques le quatrième mercredi de chaque mois, 3, rue de l'Abbaye, à huit heures et demie du soir.

LEGS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Godard (Camille), frère du médecin mort en Palestine et qui a fondé un prix à l'Académie de médecine, vient de léguer à la ville de Bordeaux sa fortune évaluée à plusieurs millions. Par son testament, il est attribué à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux 100 000 francs pour le jardin botanique, et un capital d'une rente de 3000 francs destinée à être distribuée en prix annuels. Depuis deux ans, M. Godard avait annuellement fait don à la Faculté d'une somme de 1000 francs pour fonder deux prix de thèse, l'un de 600, l'autre de 400 francs. Ces prix ont été décernés en 1880 et 1881 comme prix *anonymes*. (*Union médicale*.)

NÉCROLOGIE. — Le docteur Duhamel, maire de Boulogne-sur-Mer, est mort lundi, à Douai, où il s'était rendu pour soigner son petit-fils.

— Achille Flaubert, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, est mort vendredi matin à Nice. Il était, croyons-nous, le frère de l'auteur de *Madame Bovary* et de *Salammbô*. Achille Flaubert avait succédé, comme médecin de l'Hôtel-Dieu de Rouen, à son père, mort en 1846.

MORTALITÉ A PARIS (2e semaine, du vendredi 6 au jeudi 12 janvier 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 225 970 habitants. — Nombre total des décès : 1182, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 28. — Variole, 10. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 1. — Diphthérie, croup, 72. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 44.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 195. — Autres tuberculoses, 15. — Autres affections générales, 55. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 66. — Bronchite aiguë, 57. — Pneumonie, 111. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 41; au sein et mixte, 29; inconnu, 3. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 123; de l'appareil circulatoire, 84; de l'appareil respiratoire, 91; de l'appareil digestif, 55; de l'appareil génito-urinaire, 17; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 10. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 3. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 11.

Conclusions de la 2e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1234 naissances et 1182 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1040, 1088, 1092, 1281. Le chiffre de 1182 décès relevé dans le bulletin de ce jour est donc supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison avec la 1re semaine des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques fait ressortir : une atténuation pour la variole (10 décès au lieu de 19 pendant la 1re semaine), la scarlatine (3 au lieu d 5), la coqueluche (1 au lieu de 3), l'érysipèle (5 au lieu de 9); une aggravation pour la fièvre typhoïde (28 décès au lieu de 25), la rougeole (12 au lieu de 11), la diphthérie (72 au lieu de 68), l'infection puerpérale (8 au lieu de 3).

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — N° 4 — 27 JANVIER 1882

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 26 janvier 1882.

LA VACCINATION ANIMALE. — DE L'OSTÉOMYÉLITE PROLONGÉE.

Académie de médecine : La vaccination animale.

Comme on le verra au compte rendu, M. le docteur Hervieux a entretenu l'Académie du résultat de ses vaccinations avec le cow-pox fourni par une génisse de race garonnaise, envoyée par M. le docteur Dubreuilh (de Bordeaux). C'était la cinquième génisse inoculée avec le cow-pox spontané découvert le 26 novembre au village de Laforêt. Les résultats de ces vaccinations ont été fort brillants. Tous les sujets ont été inoculés par huit piqûres et ont présenté une moyenne approximative de cinq boutons de la meilleure apparence. Un insuccès a été constaté chez un enfant nouveau-né ictérique et en état de cachexie; il est mort quelques jours après. Par contre, chez un enfant de cinq ans qui avait été vacciné trois fois sans succès, on obtint avec le vaccin animal six belles pustules sur huit piqûres.

M. Hervieux a profité de l'occasion qui lui était offerte pour inoculer, avec l'aide de M. Chambon, une génisse chez laquelle quatre-vingt-quatre piqûres ont fourni autant de pustules vaccinales. De son côté, M. Chambon a inoculé les animaux de son étable. Nous nous trouvons donc en présence d'une quantité considérable de vaccin, qui permettra aux médecins désireux d'éclairer certaines questions de faire leurs recherches sur une large échelle. Déjà M. Colin (d'Alfort) a demandé une dizaine de tubes pour inoculer des vaches charbonneuses. Ces expériences ne peuvent manquer de fournir des résultats intéressants au point de vue de l'influence réciproque des deux virus. Il sera curieux de voir si la marche du charbon est modifiée par de nombreuses inoculations vaccinales; si le vaccin se développe chez les animaux charbonneux comme chez des animaux sains. L'examen microscopique du liquide des pustules permettra de constater les caractères des microbes, et de les comparer à ceux que l'on rencontre dans le sang charbonneux. On pourra rechercher les résultats que donnera, chez d'autres animaux, l'inoculation du liquide vaccinal recueilli chez les vaches charbonneuses, et même l'inoculation de liquides mixtes qu'on pourra composer.

Tout cela nous promet des communications pleines d'intérêt pour les prochaines séances académiques.

On a déjà eu le temps de vacciner quelques enfants avec le vaccin fourni par les premiers enfants auxquels on avait inoculé du cow-pox. Ce vaccin a pris énergiquement et a

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Le prochain Congrès médical international. — La cécité en Espagne. — Greffes de fœtus dans l'abdomen. — Les contrefaçons américaines des livres anglais. — Les femmes pharmaciens. — L'invasion de l'Angleterre par les fromages étrangers. — Un jeûne de quatre-vingt-onze jours.

On se rappelle qu'à la dernière séance générale du Congrès médical international de Londres, on avait donné pleins pouvoirs au comité exécutif pour déterminer le siège du prochain Congrès. En conséquence, le comité a adressé aux professeurs Hannover et Panum une invitation de se charger d'organiser le Congrès à Copenhague en 1883. L'invitation a été promptement et cordialement acceptée, et en conséquence le prochain Congrès médical international aura lieu en 1883, à Copenhague.

A ce propos, nous ferons remarquer que la date choisie pour le Congrès de Londres avait été un peu trop précoce de quelques jours. En effet, le Congrès a été tenu du 2 au 10 août. A cette époque, les Facultés de médecine françaises n'étaient pas encore en vacances, et bon nombre de professeurs, retenus par leurs devoirs professionnels, n'ont pu assister au Congrès ou n'y ont fait qu'une courte apparition, ou bien ont dû se faire remplacer par leurs collègues dans les jurys d'examen. Ces inconvénients, qui ont dû frapper également plusieurs de nos confrères étrangers, eussent pu être évités si le Congrès s'était ouvert une semaine ou deux plus tard, et c'est pourquoi nous avons cru devoir les signaler.

Toutefois, il faut reconnaître qu'ils n'ont pas nui considérablement au succès du Congrès, si nous en jugeons par la liste des membres placée en tête du premier volume des comptes rendus. En effet, le Royaume-Uni était représenté par 2085 membres dont 1145 de Londres et des localités voisines; les colonies anglaises avaient envoyé 62 représentants,

fourni de belles pustules. L'occasion est favorable pour répéter et contrôler les expériences faites par M. Mégnin sur le horse-pox, le vaccin de génisse et le vaccin humain, et voir si, comme il le pense, l'énergie vitale est d'autant plus grande chez le microbe du vaccin que ce vaccin est plus près de son origine ; et si la culture successive, chez l'enfant, d'un vaccin provenant originairement du cow-pox spontané, affaiblit la vitalité des microbes, réduit leurs dimensions, tandis que le même vaccin cultivé chez la génisse y garde toute son énergie. Toutes ces questions sont importantes, et les circonstances permettent actuellement de les étudier avec le soin qu'elles méritent(1).

B.

De l'ostéomyélite prolongée.

Les travaux, accumulés depuis trente ans, sur la périostite phlegmoneuse, le récent mémoire de M. Lannelongue et les discussions sérieuses qu'il a soulevées à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie, ont fait la lumière sur cette maladie redoutable. On sait maintenant que l'élément le premier atteint, « c'est la cellule médullaire qui, sous l'influence de l'irritation, retrouve les propriétés ostéogéniques qu'elle possède pendant la vie embryonnaire ». Elle prolifère abondamment, produit de l'os nouveau et du pus, et l'on deut voir se dérouler cette série de désordres qui, de l'abcès sous-périostique le plus limité en apparence, nous conduit, par tous les degrés, jusqu'à ces accidents formidables d'ostéomyélite totale avec phlegmon diffus de tout un membre.

Mais ce que nous ne savions pas, ou ce que nous savions mal, ce sont les suites éloignées de l'ostéomyélite. On meurt, disait-on, ou on guérit après une suppuration plus ou moins prolongée et l'expulsion d'un séquestre. C'était tout; on n'avait pas suivi les malades et nul n'avait écrit l'histoire détaillée des affections nouvelles qui pouvaient assaillir cet os, prédisposé par une première aggression et dont la forme, le volume et le régime circulatoire surtout ont été si profondément modifiés par cette grave inflammation.

Et plus tard, quelques mois, quelques années après la *guérison* de l'ostéomyélite, lorsque survenait, dans le membre autrefois atteint, une affection de l'os, on prononçait le mot de nécrose et de carie syphilitique ou scrofuleuse. C'était une maladie nouvelle, indépendante qui évoluait, et l'on ne songeait pas à rattacher, par un lien étroit, les accidents que l'on avait à combattre aux troubles profonds, aux lésions anciennes, vestige de l'ostéomyélite oubliée.

Non pas que tous commissent cette erreur : nous avons vu M. Verneuil, alors que nous étions son interne, nous signaler cette filiation. M. Gosselin, dans l'article Ostéite du *Dictionnaire* de Jaccoud, nous dit que l'ostéite épiphysaire de l'adolescence est la cause la plus fréquente des nécroses d'origine spontanée. Dans la discussion récente de la Société de chirurgie, M. Trélat citait l'observation d'un homme qu'il avait, à cinquante-sept ans, désarticulé de la cuisse, pour une affection osseuse chronique en évolution depuis plus de quarante ans, et dont l'origine était une ostéomyélite suppurée. Enfin, çà et là, on trouve quelques observations où la périostite phlegmoneuse est signalée, peut-être avec intention, dans les antécédents de malades atteints de nécrose osseuse.

Mais avant M. Lannelongue et son élève M. Comby, ces idées étaient loin d'être vulgaires. Ils ont, les premiers, dans un remarquable travail, auquel nous allons beaucoup emprunter, établi les rapports de cause à effet qui unissent si fréquemment l'ostéomyélite à une série d'affections osseuses que l'on croyait à peu près indépendantes. Ils ont montré que certains états chroniques, certaines hyperostoses, certains abcés profonds des os, des fistules intarissables, des nécroses plus ou moins étendues, observées parfois de longues années aprés la guérison présumée, étaient le reliquat d'une ancienne ostéopériostite aiguë dont un sévère interrogatoire retrouvait la trace dans les antécédents du malade. De là le nom d'ostéomyélite *chronique* ou *prolongée* que ces auteurs donnent à ces accidents.

I

Les hyperostoses sont de régle dans l'ostéomyélite : sur les limites du foyer suppuré, l'irritation des cellules jeunes du périoste, des canaux de Havers et du canal médullaire détermine une prolifération plus ou moins abondante. Les éléments s'organisent bientôt en tissu osseux, et c'est ainsi qu'apparaissent des productions nouvelles de forme et de volume variable; des tubérosités, des aiguilles, des stalactites, des plaques, des gouttières, des viroles, de véritables

(1) Nous venons de lire dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales* de Bordeaux, une série de lettres relatives à une discussion un peu aigre qui s'est engagée au sujet de ce cow-pox de la Gironde, entre le service départemental de vaccine et le service municipal récemment organisé à Bordeaux à l'occasion de l'épidémie de variole qui y sévit encore. Nous n'avons pas à entrer dans ce débat ; nous ne voulons en retenir que les efforts tentés avec tant de succès par notre confrère, M. le professeur Layet, pour assurer à la ville de Bordeaux une abondante provision de vaccin et effectuer en si peu de temps plus de 8000 vaccinations.

---

le Canada et l'Australie chacun 20. Vient ensuite l'Allemagne avec 200 membres, suivie de près par la France qui en compte 201 ; puis, *longo sequuntur intervallo*, l'Italie avec 73 membres, la Hollande avec 61; la Belgique, 55; la Suisse, 36; l'Autriche et la Russie, 33 chacune. Le Pérou, l'Uruguay, la Finlande, la Bosnie et le Brésil se distinguent encore parmi les contrées qui se sont unies pour porter le nombre total des membres à 3182. Ce nombre, d'ailleurs, a surpassé de beaucoup les prévisions des organisateurs du Congrès ; aussi la quantité des matériaux fournis pour les Actes s'est-elle élevée bien au delà de ce qu'on attendait. Les frais d'impression se sont accrus en proportion, de sorte que les membres, tout en n'ayant versé qu'une guinée pour leur souscription, recevront la valeur en impression de 1 guinée et demie. La somme fournie par les souscriptions extraordinaires ne paraît pas devoir couvrir ce surcroît de dépense; aussi, espére-t-on que les membres, en recevant les quatre volumes des *Transactions*, enverront au secrétaire général du Congrès un supplément suffisant pour amortir la dette contractée envers l'éditeur ; faute de quoi, il y aurait nécessité de faire une brèche au capital social.

— Le docteur Carreras-Arago, à la séance d'inauguration de l'Académie et Laboratoire des sciences médicales de Catalogne, a lu, sur la cécité en Espagne, un mémoire d'où il appert que cette affection existe en ce pays dans la proportion de 10,78 sur 10 000 habitants. La proportion *minima* a été trouvée dans les provinces de Zamora et de Palencia, 2,49 sur 10000; la *maxima*, dans celle de Cordoue, 22,44 sur 10000. Aprés avoir donné ces chiffres, l'auteur classe les cas suivant l'âge, le sexe et la profession. Une étude consciencieuse de son sujet lui a permis de fournir des données intéressantes sur l'étiologie de la cécité. Il a observé des différences importantes suivant la conformation géographique des diverses parties du pays, les conditions du sol, les occupations des habitants, etc. La sécheresse du sol, l'intensité de

cylindres engainant tout ou partie de l'os ancien qui peut devenir massif; les canalicules de Havers, et le canal médullaire central sont oblitérés par des couches surajoutées de substance osseuse.

Lorsque ces hyperostoses sont contemporaines de phénomènes aigus, on ne saurait, même après quelque temps, se tromper sur leur origine; mais si elles n'apparaissent que tard, il n'en est plus ainsi. Or, en certains points de l'os, il peut rester quelque cause d'irritation, un foyer mal éteint; des poussées nouvelles peuvent survenir, pas assez intenses pour produire une véritable inflammation, mais suffisantes pour activer la prolifération cellulaire, et peu à peu l'os s'épaissit. On incrimine la syphilis, la scrofule, un traumatisme banal; un examen attentif cependant permettrait de remonter à la véritable cause, l'ancienne ostéomyélite.

MM. Lannelongue et Comby nous donnent, dans leur mémoire, treize observations personnelles ou recueillies dans les auteurs, et qui nous montrent des hyperostoses, aussi bien sur les os plats et les os courts que sur les os longs. Souvent la maladie primitive était vieille de dix à vingt ans; dans un cas même, c'est à huit ans que l'ostéomyélite aiguë avait éclaté, et c'est à quarante-neuf que survenait une poussée nouvelle; une suppuration étendue emporta le patient; on constata sur l'os des saillies et des mamelons; sa circonférence mesurait 15 centimètres; sa courbure était effacée; sa longueur dépassait de 4 centimètres et demi celle du fémur opposé.

Nous ne croyons pas, comme les auteurs du mémoire, que les pièces, déposées par Lherminier au musée Dupuytren, soient relatives à des ostéomyélites prolongées. Il s'agit de tibias et de péronés hyperostosés consécutifs à des ulcères de jambe. Ce sont ces ulcères qui ont nécessité l'amputation. Sur certains de ces os, les hyperostoses sont si légères, la déformation si peu accentuée, que l'ulcère devait être évidemment la lésion principale, celle qui commandait la section du membre. D'ailleurs nous avons montré, dans un mémoire sur cette question, que des ulcères peuvent être la cause première d'un épaississement considérable de certains os; le tibia et le péroné triplent de volume, les muscles s'atrophient, les vaisseaux et les nerfs s'engainent dans des gouttières osseuses, enfin les aponévroses du membre se hérissent d'aiguilles et de stalactites éburnées.

L'analyse minutieuse de ces cas prouve que la perte de substance des téguments était bien primitive; l'irritation périphérique s'était propagée jusqu'aux os et avait provoqué leur hyperostose. Il en a été de même dans les pièces de M. Lherminier; on pourrait dire tout au plus que ces productions osseuses exubérantes ont, une fois accumulées, distendu la peau et ajouté une nouvelle cause aux causes anciennes d'ulcération. Mais il n'en reste pas moins établi pour nous que, dans ces faits, l'ulcère était la lésion primitive.

Quoi qu'il en soit, les observations de M. Lannelongue demeurent, et lorsque, à un âge quelconque, longtemps après l'adolescence, on constate une hyperostose accompagnée parfois d'allongement du membre, d'ankylose, d'arthrite, d'hydartrose chronique ou de quelque atrophie musculaire, il faut rechercher s'il n'y a pas eu autrefois un syndrome aigu révélateur, et si, en somme, on ne se trouve pas en présence d'une ostéomyélite prolongée. Il ne sera pas rare alors de sentir un épaississement, une sorte d'œdème des parties molles, une hypertrophie des poils, des adhérences avec les tissus profonds; les téguments sont plus chauds que ceux du côté opposé; les veines sont dilatées; enfin les douleurs sont fréquentes. Des poussées aiguës surviennent, un abcès se forme, puis une fistule qui conduit sur un point osseux dénudé. Ces ostéites à répétition étaient bien connues, mais leur origine est restée longtemps ignorée.

II

Depuis la description classique de Benjamin Brodie, vulgarisée en France par les travaux de Broca, on connaît les abcès des os. M. Ed. Cruveilhier a publié une thèse intéressante sur ce sujet que M. Golay vient de reprendre récemment avec de nouveaux faits. On sait que ces abcès se développent non loin des cartilages de conjugaison, soit dans l'épiphyse, soit dans la diaphyse, et qu'ils se caractérisent par des accès douloureux qui se réveillent avec une grande violence, parfois à de longs intervalles. Souvent il existe, au niveau de la collection purulente, un épaississement du périoste ou même une véritable hyperostose. Un point douloureux permanent révèle aussi l'existence de la cavité profonde. Et c'est là quelquefois qu'une trépanation spontanée s'opère par où le pus s'écoule au dehors.

On sait aussi que la cavité ne contient pas toujours du pus. M. Cruveilhier a vu, dans un cas, un liquide citrin; les périostites albumineuses d'Ollier et d'Antonin Poncet pourraient n'être qu'un abcès transformé par une sorte de résorption particulière. Parfois même il n'y a pas de liquide du tout : la

---

la lumière du soleil, la culture du riz, du chanvre, du lin, du seigle, le manque de propreté, le défaut d'éducation, etc., sont les principaux facteurs dans la production de la cécité. Quant aux affections qui se terminent par cette infirmité, le docteur Carreras-Arago donne les chiffres suivants : sur 1000 cas, 61 étaient dus à des anomalies de structure, 56 à l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, 91 à l'ophthalmie granuleuse, 43 à la variole, et à divers autres exanthèmes; 96 au glaucome, 111 à diverses affections de la cornée et de l'iris, 210 à des affections de la choroïde et de la rétine, 241 à des affections du nerf optique ou des centres cérébro-spinaux; enfin, 91 à des traumatismes.

— Le professeur Léopold, de Leipzig, a fait des expériences intéressantes dans le but d'étudier la marche de la grossesse abdominale. On avait d'abord pensé à ouvrir l'utérus d'un animal en gestation, d'en retirer l'embryon, de mettre celui-ci dans la cavité abdominale, etc. Mais ce procédé aurait eu l'inconvénient que l'opération sur l'utérus se serait accompagnée d'un certain degré de *choc* et probablement d'accidents ultérieurs, qui auraient nui au succès de l'expérience. Léopold procéda donc de la manière suivante : il ouvrit l'abdomen et l'utérus d'une lapine en gestation, puis l'abdomen d'une autre non en gestation, et inséra dans celui-ci, parfois l'embryon seul, parfois l'embryon, ses enveloppes et le placenta. Puis, il ferma la plaie et attendit le résultat. Les embryons ainsi transplantés avaient 2 1/2, 5, 6 et 8 centimètres de long; ces derniers étant aussi près de leur maturité qu'on peut les obtenir.

Les résultats doivent être divisés en deux groupes, suivant que l'animal est mort de péritonite ou a survécu à la greffe. Dans le premier cas, le fœtus avait subi une désorganisation rapide. Les très petits embryons avaient totalement disparu, et on n'en trouva plus trace lorsque l'animal mourut au deuxième jour; des plus vieux, il ne restait plus que des noyaux d'os et de cartilage; quant aux parties molles, elles

membrane pyogénique et ses bourgeons charnus existent seuls. Je me rappelle avoir vu M. Duplay, à l'hôpital Saint-Louis, découvrir, avec la gouge et le marteau, deux galeries creusées dans la diaphyse d'un tibia, et tapissées par un tissu granuleux; il n'y avait pas une goutte de pus. Ces faits d'ailleurs sont bien connus. Enfin, depuis M. Gosselin, on décrit de faux abcès à forme névralgique, des ostéo-névralgies. Trompé par l'hyperostose et les accès douloureux, le chirurgien croit à une cavité purulente, et le trépan ne tombe que sur une condensation de trabécules osseuses.

Les observations de MM. Lannelongue et Comby prouvent que toutes ces variétés peuvent n'être que des formes de l'ostéomyélite prolongée. A la suite de cette maladie, en effet, « l'os n'est pas un os normal; il est irrégulier, creusé de cavités, hérissé de saillies; ses rapports sont changés; sa forme, sa consistance, sa structure le rendent plus ou moins impropre à remplir les fonctions de levier et de support ». Sa circulation est mal assurée, mal définie et l'irrégularité de l'apport du sang « nous rend compte des poussées congestives et des inflammations incessantes qui donnent à la maladie son interminable durée ».

Les faits, d'ailleurs, ne peuvent laisser aucun doute sur l'origine « ostéomyélitique » de quelques-uns de ces abcès. Le cas de M. Broca est des plus nets : son malade avait eu, à dix-huit ans, au niveau de l'extrémité inférieure de l'humérus, une ostéomyélite prise pour une fièvre typhoïde. Seize ans après, douleurs paroxystiques qui devinrent peu à peu intolérables; trépanation au niveau du point le plus douloureux; écoulement de pus; le foyer était long de 2 centimètres, large de 1/2 centimètre et tapissé par une membrane très sensible. L'observation de M. Perdrigeon est aussi précise : à douze ans, le malade avait eu une ostéomyélite; à cinquante-six ans, après de nombreuses poussées au niveau du fémur gauche, il meurt. On trouva dans l'os autrefois atteint un large foyer anfractueux de 10 centimètres de long et 3 de large et tapissé par une membrane fongueuse. On peut observer maintenant, à l'hôpital Necker, dans le service du professeur Trélat, un malade de quarante-trois ans, qui a eu dans son enfance, une ostéomyélite des deux membres inférieurs. Après de longues années, il entre, une première fois, pour de violentes douleurs de l'extrémité supérieure du tibia gauche; le trépan est appliqué et le chirurgien ouvre une large cavité rempli de pus. Cette année poussée nouvelle, mais au niveau de l'extrémité inférieure du fémur droit. M. Trélat trépane encore et trouve cette fois un amas de bourgeons charnus. Cette observation est remarquable, car elle montre, sur un même individu, les deux variétés principales des cavités que peut creuser dans un os l'ostéomyélite prolongée.

III

Bien que plus souvent reconnus maintenant, ces abcès sont rares en somme. Il n'en est pas ainsi d'une autre altération dont nous avons à parler, la nécrose. Elle atteint surtout les os longs, mais on la trouve encore dans les os plats et dans les os courts. Son histoire est toujours la même : le malade vous dit que depuis longtemps il souffre par intervalles; des douleurs existent au niveau des os; les tissus avoisinants s'enflamment parfois; un abcès s'ouvre, une fistule s'établit et le stylet introduit dans l'orifice révèle l'existence d'un os dénudé, mobile dans certains cas. C'est bien d'une nécrose qu'il s'agit.

Mais lorsqu'on veut remonter à son origine et reconnaître sa cause, que de fois ne s'est-on pas trompé ! Pour peu que le malade soit pâle et amaigri, qu'il ait quelque ganglion engorgé, ou qu'il accuse « des gourmes » dans sa jeunesse, la scrofule est incriminée. Si décidément on ne peut accepter cette étiologie, on se rejette sur la vérole, le traumatisme, et l'on ne songe pas à rechercher si, de dix à vingt ans, il n'y a pas eu quelque poussée aiguë et les signes de l'ostéomyélite. Ce n'est guère que lorsque la forme chronique a succédé immédiatement à la forme aiguë, lorsqu'il n'y a pas eu de guérison apparente, que le diagnostic étiologique est porté.

Nous avons vu des cas bien remarquables de nécroses consécutives à des ostéomyélites prolongées. Lorsque nous suppléions le professeur Verneuil à la clinique de la Pitié, nous vîmes un jeune garçon qui présentait une fistule au-dessus de deux malléoles de la jambe droite. Un stylet conduisait sur des points osseux dénudés; il n'y avait pas de séquestre mobile. On nous apprit que le malade avait eu une ostéomyélite; les accidents avaient été si graves qu'on avait proposé l'amputation. Cependant, les lésions paraissaient être limitées et on pensait qu'un évidement peu étendu suffirait. Le malade est endormi, la bande d'Esmarch est appliquée; une incision de 10 centimètres est faite sur le péroné; la malléole externe est évidée et l'articulation respectée; mais, vers le haut, les lésions sont plus graves que nous ne le soupçonnions; l'incision est agrandie de 10 centimètres et nous n'atteignons pas encore les limites du mal; l'ablation du

avaient été envahies pas les leucocytes et résorbées. Dans les cas où il n'y eut pas de péritonite, les animaux furent sacrifiés au bout de trois à soixante-dix jours après l'opération. D'une manière générale, les fœtus étaient enkystés; ceux qui étaient très petits s'étaient résorbés sans laisser de trace; les plus vieux étaient aussi résorbés en partie, mais le squelette était resté, et il y avait accroissement d'os et de cartilage. La principale conclusion que Léopold tire de ses expériences, c'est qu'elles rendent probable ce fait que des grossesses extra-utérines, terminées par rupture du sac et issue du fœtus dans la cavité abdominale, peuvent être beaucoup plus communes qu'on ne pense, les symptômes étant ceux d'une hématocèle pelvienne, et le cas se terminant par la mort du fœtus et la résorption par l'action des leucocytes. Ces cas peuvent être rapprochés de ceux que l'auteur a publiés dans les *Archives* de Virchow et dans lesquels il fit voir que des fragments de cartilage, provenant de jeunes animaux et transplantés dans la chambre antérieure de l'œil, se résorbent, tandis que des cartilages provenant de fœtus s'accroissent et forment des tumeurs.

— De temps en temps, les libraires des Etats-Unis reproduisent, sous la formule *édition américaine*, les ouvrages de médecine français, anglais, allemands, etc., qui passent pour les meilleurs. Quand il s'agit d'ouvrages écrits dans une autre langue que la langue anglaise, il n'y a rien à dire, parce qu'alors il s'agit de traductions; mais quand il s'agit d'ouvrages anglais, c'est une reproduction pure et simple, et comme elle se fait sans autorisation préalable de l'auteur ni de son éditeur, et sans qu'il leur soit payé aucune indemnité, on comprend que ceux-ci aient le droit de s'en plaindre. Jusqu'alors les éditeurs ainsi dépouillés avaient vainement fait appel à la loyauté de leurs confrères américains; il paraît qu'il y a aux Etats-Unis des lois qui protègent cette piraterie ou du moins qu'il n'y en a pas pour la condamner, ce qui revient au même, pratiquement parlant; et cependant il est bien évident

péroné doit être totale. Il ne nous restait que la gouttière intacte du périoste épaissi. Nous passons alors au tibia; les altérations, là aussi, étaient fort étendues; nous pratiquons l'évidement de la malléole et l'extirpation de 15 centimètres d'os. La jambe, ainsi privée de tout squelette dans plus de son tiers inférieur, est mise dans une solide gouttière plâtrée. Au bout de cinq mois, la guérison était obtenue avec un raccourcissement du membre de 7 centimètres seulement.

Observation analogue sur un malade de l'Hôtel-Dieu. Ostéomyélite ancienne; existence de deux fistules dans le tiers supérieur de l'humérus droit. Os dénudé; nous appliquons la bande d'Esmarch et nous faisons, au thermocautère, une incision qui, de l'acromion, descendait jusqu'à la partie moyenne de la diaphyse. Nous trouvons une lame épaisse d'os nouveau, puis çà et là des orifices à travers lesquels on aperçoit le séquestre. Avec la gouge et le marteau, nous faisons sauter les ponts intermédiaires à ces orifices; l'os nouveau représente alors les deux tiers d'un cylindre tapissé de bourgeons charnus sur lesquels repose toute l'extrémité supérieure de l'humérus érodé et vermoulu. Le morcellement nous permet de l'extraire; nous ruginons avec soin la gouttière osseuse; la tête humérale est bien évidée, puis nous appliquons un pansement à l'ouate iodoformée. Le résultat est excellent. Cette énorme brèche se comble et l'os nouveau respecté forme un squelette qui paraît très solide. L'articulation de l'épaule est saine et permet des mouvements étendus.

Nous pourrions multiplier les exemples : le mémoire, qui sert de base à cet article, en contient de remarquables. Mais nous avons préféré citer des observations inédites. En tous cas, ces faits, — et c'est ainsi que nous résumerions volontiers le travail de MM. Lannelongue et Comby, — ces faits nous prouvent qu'en présence d'une lésion osseuse, hyperostose, abcès central, fistule ou nécrose, nous devons toujours rechercher, — quel que soit l'âge, quelque spontanée que paraisse l'affection — s'il n'y a pas, dans les antécédents du malade, une ostéomyélite, cause réelle des accidents actuels.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie pathologique.

Recherches expérimentales et cliniques sur l'inhibition et la dynamogénie. — Application des connaissances fournies par ces recherches aux phénomènes principaux de l'hypnotisme, de l'extase et du transfert, par M. Brown-Séquard.

(Suite. — Voir le numéro 3.)

II

Pour pouvoir démontrer que les particularités les plus remarquables de l'hypnotisme, tels que Braid les a décrits, sont des phénomènes inhibitoires, il importe de faire connaître au moins un certain nombre de faits cliniques ou expérimentaux appartenant au groupe, si considérable dès aujourd'hui, des manifestations d'inhibition et de dynamogénie. Parmi les faits que je pourrais rapporter à ce sujet, je choisis ceux qui ont le plus d'intérêt à d'autres égards et qui peuvent montrer aussi combien est vaste et important le champ de ces deux puissantes influences dynamiques.

Un physiologiste éminent, Charles Rouget, étudiant l'inhibition du cœur et de l'intestin (voy. l'Introduction qu'il a ajoutée à la traduction de mon livre sur les paralysies des membres inférieurs, 2e édition, 1868) a émis comme une loi que, dans tous les cas où l'excitation d'un nerf produit un arrêt de mouvements, l'anatomie montre qu'il y a des cellules sur les fibres nerveuses qui transmettent l'excitation. Dans un mémoire que j'ai publié peu après (*Archives de physiologie*, 1868, vol. I, p. 157, 317), conduit par cette loi de Rouget, j'ai signalé l'existence des particularités suivantes dans nombre de cas d'inhibition :

1° Un état d'activité, normal ou morbide, de cellules nerveuses;

2° Une irritation partant d'un point périphérique ou central du système nerveux et atteignant les cellules dont l'activité va être inhibée;

3° Une influence spéciale exercée par cette irritation sur ces cellules et comme conséquence la cessation de l'action qui dépendait de l'activité alors inhibée.

J'ai fait beaucoup de chemin depuis lors et, après avoir constaté, comme d'autres physiologistes, que ce ne sont pas seulement des *activités* qui peuvent être inhibées, mais aussi des *propriétés* (des facultés, des puissances d'action), j'ai trouvé que l'inhibition peut frapper, non seulement des cellules, mais des fibres nerveuses et même les tissus contractiles. Le champ de l'inhibition maintenant embrasse :

1° L'activité des cellules nerveuses motrices du cœur;

---

qu'une édition américaine, publiée en anglais, d'un ouvrage anglais, constitue un vol des bénéfices que l'éditeur de l'ouvrage original aurait pu encaisser en vendant lui-même cette édition. La presse américaine avait laissé jusqu'ici dormir cette question, qui ne l'intéressait pas directement; mais une reproduction du *System of Surgery* de T. Holmes, c'est-à-dire de cinq gros volumes in-8°, a paru un morceau un peu trop difficile à digérer, et le *Philadelphia medical Times*, un des bons journaux américains, édité par le docteur Horatio T. Wood, a enfin pris la parole et blâmé vertement cette manière de procéder. Il signale la tendance qu'a ce genre d'indélicatesse à se propager dans son pays, s'étonne qu'on soit obligé de rappeler des hommes, honorables d'ailleurs, au sentiment de l'honnêteté, et fait ressortir la nécessité qu'il y aurait à éditer une loi qui protégeât les intérêts des éditeurs d'au delà de l'Atlantique, lésés par ces contrefaçons. Nous ne pouvons qu'approuver et partager complètement cette opinion de notre confrère de Philadelphie.

— On a déjà soulevé maintes fois la question de savoir si l'on ne pourrait pas donner aux femmes certains emplois plus rémunérateurs que ceux qu'elles remplissent d'habitude, et entre autres de leur confier la préparation des médicaments, à laquelle une dextérité manuelle incontestée semblerait les rendre propres. La *Lancet* anglaise publie à ce sujet une courte note qui n'est pas très aimable pour le sexe faible, mais que nous croyons néanmoins devoir reproduire, comme document à consulter, sans en prendre d'ailleurs la responsabilité :

« Avant que la proposition d'employer les femmes comme pharmaciennes soit adoptée, il est bon de peser certaines considérations autres que celles qui dépendent de leurs qualités intellectuelles et physiques. L'expérience du ministère des postes et des télégraphes, dans lequel on a confié aux femmes le soin de vendre des timbres, d'expédier les mandats postaux et de recevoir les dépêches, semblerait démontrer qu'il y a un penchant du sexe qui est par lui-même un obstacle

2° L'activité des cellules et des fibres nerveuses accélératrices de cet organe;
3° L'excitabilité des fibres nerveuses motrices et des fibres musculaires de cet organe;
4° L'activité des cellules et des fibres nerveuses servant aux mouvements respiratoires;
5° L'excitabilité des fibres nerveuses et des fibres musculaires servant à ces mouvements;
6° L'activité et l'excitabilité des centres vaso-moteurs;
7° Les diverses activités et facultés ou propriétés du cerveau, comme centre organique de l'intelligence, de la volonté, de la parole, de la sensibilité, des perceptions sensoriales, etc.;
8° L'activité qui maintient les muscles de la vie animale et les sphincters dans un certain état de tonicité;
9° L'activité des cellules et des fibres nerveuses qui servent à l'érection du pénis;
10° La faculté réflexe dans les divers centres nerveux;
11° L'activité et même l'excitabilité des éléments nerveux ou contractiles de l'intestin, de l'utérus et des vaisseaux sanguins;
12° Les activités morbides et l'excitabilité, nouvelle ou augmentée, des diverses parties du système nerveux, se manifestant par de la contracture, des convulsions et d'autres troubles moteurs actifs, par des douleurs ou par des pertes de fonction ou de faculté, etc.;
13° L'excitabilité des fibres nerveuses motrices ou sensitives et l'irritabilité musculaire.

Comme exemples de l'inhibition du cœur, je signalerai les deux faits maintenant bien connus et que j'ai découverts, à savoir : 1° l'arrêt de cet organe par association avec un effort inspiratoire, produisant ainsi de l'asystolie quand cet effort est très énergique; 2° la suspension d'activité de cet organe sous l'influence de l'excitation des ganglions sympathiques abdominaux.

Comme exemples d'inhibition de la respiration je signalerai : 1° le fait que j'ai trouvé (dans des expériences nombreuses faites au laboratoire de mon ami tant regretté H. Sainte-Claire Deville), que si, après avoir coupé la trachée-artère en travers, on y place deux tubes l'un dans le bout supérieur, l'autre dans l'inférieur, de manière à permettre à la respiration de se faire librement par le bout inférieur, et qu'alors on fasse passer un courant très fort d'acide carbonique par le bout supérieur, c'est-à-dire à travers le larynx, on constate que la respiration s'arrête, inhibée par l'irritation des nerfs laryngés; 2° le fait que j'ai trouvé que, si l'on abaisse violemment la tête d'un animal de façon à irriter le bulbe et la moelle cervicale, on constate, soit l'inhibition complète de la respiration, soit une diminution marquée de cette fonction, sans qu'il y ait d'asphyxie pendant quelque temps au moins, par la raison que la formation d'acide carbonique est diminuée, les échanges entre les tissus et le sang étant notablement amoindris. J'ai vu, chez l'homme, cet abaissement de la tête produire d'excellents effets dans l'asthme et dans nombre d'autres cas de dyspnée.

Comme exemple de perte de connaissance (inhibition de l'activité mentale), je signalerai le fait si remarquable de perte immédiate, quelquefois, de toute connaissance, que j'ai étudié dans les cas de mort sans agonie, après la simple piqûre ou une lésion plus considérable du bulbe au niveau du bec du calamus. Ce n'est certes pas une contraction vasculaire dans les circonvolutions ou d'autres parties du cerveau qui produit alors la perte de connaissance, car j'ai vu le même phénomène d'inhibition survenir, et tout aussi rapidement, dans quelques cas où j'avais coupé le nerf grand sympathique cervical des deux côtés. Dans ces cas, comme dans d'autres où ce nerf n'avait pas été coupé, j'ai vu se montrer la perte de connaissance, bien que le cœur continuât à battre et que la circulation se fît dans les vaisseaux du cerveau dont j'avais mis la surface à nu.

Comme exemples de perte de sensibilité par inhibition, je signalerai d'abord le fait que j'ai constaté et qui a aussi été trouvé par un physiologiste éminent et dont on connaît l'exactitude scrupuleuse, le professeur Vulpian. Il s'agit de l'apparition d'anesthésie dans le membre postérieur d'un animal, du côté opposé à celui d'une simple piqûre d'un cordon postérieur de la moelle épinière à la région dorso-lombaire. J'ajouterai à ce fait les résultats que j'ai obtenus en 1855 et depuis, après la section des racines des nerfs dorsaux d'un côté chez un mammifère. Il y a alors anesthésie du tronc et d'un membre postérieur du côté opposé à celui de l'opération. Nombre de faits cliniques montrent aussi la possibilité de l'anesthésie par inhibition. J'en dirai un mot à propos du transfert.

Comme exemples d'amaurose par inhibition, je me bornerai à mentionner les amauroses réflexes à la suite d'une lésion du trijumeau ou de l'irritation d'autres nerfs chez l'homme, et le fait curieux que j'ai trouvé, qu'une section partielle d'un des corps restiformes, même n'atteignant pas la racine descendante du trijumeau, chez les lapins surtout, est souvent suivie d'une amaurose de l'œil correspondant.

Comme exemples d'inhibition de convulsions, ou plutôt de l'état morbide qui les cause ou qui va les produire, je signalerai les faits suivants que j'ai trouvés :

1° L'inhibition de l'attaque épileptiforme que je produis à volonté chez des cobayes après certaines lésions. Cette attaque cesse immédiatement quand on remplit les conditions essentielles que voici : faire arriver avec une très grande force et subitement un courant d'acide carbonique au fond de la bouche sur le larynx; 2° l'inhibition de l'attaque d'épilepsie spinale par le tiraillement du gros orteil dans tous les

---

insurmontable à l'emploi des femmes dans les pharmacies. Elles *veulent* parler. C'est une faiblesse universelle et évidente de la part de celles qui occupent actuellement le pupitre dans les petits aussi bien que dans les grands offices. Ce mal est si répandu que nous ne risquons rien à prédire l'abandon, avant peu d'années, de tout essai d'employer les femmes dans les services publics. Si on confiait aux femmes le soin de préparer les médicaments, les cas d'empoisonnement par *imprudence* augmenteront certainement en nombre, tandis que des bévues moins dangereuses à la vérité, dans la composition des potions et pilules, deviendront la règle. Il y a dans l'esprit de la femme une inaptitude, inhérente à sa nature, à un travail quelconque qui exige une concentration d'idées et une attention soutenue. Ce n'est pas qu'elle ne *veuille* pas, elle ne *peut* pas s'adonner à une affaire aussi exclusivement qu'il est nécessaire aux pharmaciens pour qu'ils puissent sauvegarder à la fois et leur réputation et la sécurité de leurs clients. »

— *The Lancet* déjà citée, se plaint en ces termes de la faveur dont jouissent en Angleterre nos fromages, au détriment des fromages indigènes :

« Chacun doit avoir remarqué le grand accroissement qui s'est fait ces dernières années dans la consommation des fromages étrangers en Angleterre. Gruyère, Camembert, Roquefort et Gorgonzola, pour ne pas parler des Bondons, Brie et Parmesan (et le Maroles !), qui étaient à peine connus dans ce pays il y a quelques années, se trouvent maintenant dans des milliers de maisons et dans presque tous les hôtels. Nous sommes portés à croire que cette altération apparente du goût public est due en partie à une diminution dans la qualité du fromage anglais. Le fromage américain, de qualité bonne, mais ordinaire, nous est arrivé en quantité énorme, et peut être vendu à bas prix. Les fabricants anglais semblent avoir été découragés par cette concurrence, et au lieu de s'efforcer d'améliorer la qualité de leurs produits, ils ont reculé au contraire en ne s'assurant pas la quantité de lait nécessaire,

cas de paraplégie sans destruction du renflement dorso-lombaire de la moelle épinière; 3° l'inhibition rare, mais nette quelquefois et due aussi au tiraillement du gros orteil, de l'espèce d'épilepsie spinale existant, assez souvent ainsi que je l'ai trouvé, dans les cas d'altération secondaire de la moelle épinière chez les hémiplégiques par suite de lésion encéphalique; 4° l'inhibition des convulsions dues aux hémorrhagies considérables ou à certains empoisonnements par une irritation périphérique (au pied ou au larynx).

(*A suivre.*)

Pathologie interne.

Un cas de myxœdème et quelques réflexions sur la pathogénie de cette affection, par le docteur A. Fournier (de Brest), médecin principal de la marine en retraite.

Au mois de mai de l'année 1879, je fus consulté par Mme X..., ma cliente. Cette dame, âgée de cinquante-cinq ans, se plaignait d'une faiblesse générale, et surtout d'une gêne très grande provenant d'un gonflement de toute la région postérieure du cou qui l'empêchait de relever la tête. L'examen de cette région me fit constater l'existence d'une tuméfaction très considérable et très étendue, de nature évidemment œdémateuse; la pression même forte du doigt ne laissait aucune empreinte et ne provoquait aucune douleur; du reste, pas d'élancements, pas de changement de coloration de la peau, pas de chaleur anormale. En même temps j'étais frappé par l'aspect tout particulier que présentait le visage : il était profondément œdématié, les paupières boursouflées, les joues grossies et tremblotantes, les lèvres épaissies, le nez élargi et épaté. Poursuivant mes investigations, je vis qu'il existait également de l'œdème aux extrémités inférieures et aux mains. L'idée d'une anasarque albuminurique s'offrit aussitôt à mon esprit, et mettant sur le compte de cette maladie la faiblesse générale éprouvée par la malade, je lui conseillai de se mettre immédiatement au régime lacté; l'auscultation du cœur n'y révélait d'ailleurs aucune lésion. Tout en déclarant à Mme X... ce que je pensais de sa situation, je la priai de m'adresser le plus tôt possible de ses urines, ce qu'elle fit dès le lendemain.

Les urines étaient acides, claires, limpides, d'un jaune ambré, et ne donnèrent par l'acide azotique et la chaleur aucune trace d'albumine. Quelque peu désappointé, je me dis que peut-être je tombais dans un mauvais moment, et que, comme il arrive quelquefois dans le mal de Bright, l'albumine avait passagèrement disparu; je l'engageai à m'envoyer de temps à autre de ses urines, je les analysai à plusieurs reprises, et le résultat fut toujours nettement négatif.

Mon diagnostic, fait *a priori*, n'était plus tenable; je changeai d'opinion, et m'imaginai que j'étais en présence d'une chloro-anémie intense, pour le traitement de laquelle la médication tonique et ferrugineuse allait me donner tout le succès désirable. Je soumis donc ma cliente à l'usage du quinquina, du fer et des amers; l'échec fut complet; je variai les préparations, j'augmentai les doses, rien ne fit; et après avoir obstinément poursuivi cette médication pendant de longs mois, je finis par croire à l'incurabilité, et de guerre lasse tout traitement fut abandonné.

J'en arrivai à penser que je pouvais bien avoir affaire à une maladie rare, à un sclérème analogue à l'œdème dur des enfants nouveau-nés, à un cas de sclérodermie, d'autant mieux que Hardy, qui admet trois variétés de sclérodermie, distingue une forme œdémateuse caractérisée surtout par le gonflement et l'induration de la peau et du tissu cellulaire.

J'en étais là de mes réflexions, fort peu satisfait de moi-même, de mes diagnostics changeants et de mes médications disparates, quand tomba sous mes yeux le compte rendu publié par la *Gazette des hôpitaux* (25 janvier 1881) de la leçon faite à la Salpêtrière, par M. Charcot, sur le myxœdème ou cachexie parhydermique. Ce fut un trait de lumière; je vis de suite que j'avais devant moi un cas de ce genre, et examinant de plus près certains détails, certains symptômes qui m'avaient un peu échappé, préoccupé que j'étais par l'état œdémateux, je pus me convaincre que ma malade présentait un spécimen très complet de cette maladie nouvellement décrite, à l'étude de laquelle j'offre ma modeste contribution en livrant à la publicité l'observation que voici :

Obs. — Aujourd'hui (1er septembre 1881) Mme X... a cinquante-huit ans; sa mère, qui en a quatre-vingt-deux, vit encore, et jouit d'une bonne santé; son père est mort à cinquante-huit ans d'apoplexie. Réglée à treize ans et mariée à dix-sept, elle eut trois enfants; deux sont vivants : un fils, qui est employé dans l'administration coloniale, et une fille mariée, mère de famille, à laquelle j'ai souvent donné mes soins pour des accidents sérieux de scrofule.

Mme X... prétend qu'elle s'est toujours bien portée; toutefois elle était très sujette à des névralgies et à des migraines, qui cessèrent tout à fait quand elle fut atteinte de sa maladie actuelle. A quarante ans, la ménopause s'établit régulièrement et sans accident aucun; vers cette époque, elle perdit son mari en peu de jours d'une maladie aiguë. Ce malheur fut pour elle la source de très grands chagrins, et elle resta dans une position de fortune fort précaire.

L'aspect de la physionomie est remarquable; morne, sans expression, l'immobilité des traits la fait ressembler à un masque. Le front est bossué et sillonné de rides creuses; la paupière supérieure, boursouflée, translucide, retombe sur son bord libre et le cache presque complètement; les joues sont larges et placardées d'une légère couleur rosée qui s'accroît sous l'influence de l'émotion; le nez est épaissi, les lèvres grosses à muqueuse un peu violacée; la bouche, prenant la forme d'une fente transversale, s'ouvre moins de haut en bas. Tout cet œdème est dur; à la paupière supérieure il est plus fluide et se mobilise facilement avec les doigts.

---

et ont arrêté ou diminué la fabrication de fromage, et, ce qui est pire, ils sont devenus moins soigneux dans cette fabrication. Le fromage importé de l'étranger est presque invariablement bon, et présente une grande variété de saveurs. Les fabricants de certaines des meilleures espèces peuvent produire cette moisissure verte fort estimée, si fréquente autrefois, et si rare à présent dans les fromages anglais. Le *Stilton* lui-même nous semble plus dur et plus sec qu'il ne l'était d'habitude. Certainement une étude attentive permettrait aux fabricants anglais de se maintenir au niveau de leurs rivaux du continent et de conserver à l'Angleterre une industrie qui était autrefois si importante et si lucrative. Ils ne pourraient probablement pas lutter avec les Américains et les Hollandais pour les espèces communes, mais certainement avec les autres contrées dans la production des espèces délicates. »

— Le *Medical Press and Circular* nous apprend qu'un mendiant religieux d'une des sectes de l'Inde a subi un jeûne de quatre-vingt-onze jours, l'année dernière, et de quatre-vingt-six jours l'année précédente, par pénitence. Il ne prenait qu'un peu de petit-lait. Voilà donc le docteur Tanner bien en arrière; de plus, contrairement au même docteur, le mendiant religieux n'acceptait ni cadeaux ni rémunérations.

L. H. Petit.

Maladies mentales. — M. Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, commencera son cours public sur les maladies mentales, avec applications à la médecine légale et à la pratique professionnelle, le dimanche 29 janvier 1882, à neuf heures et demie du matin, au grand amphithéâtre de la Salpêtrière, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

En regardant ce masque facial, on ne peut se défendre d'un rapprochement entre ce front ridé, ces traits démesurément grossis et ceux de la face léontiasique des lépreux.

A la nuque, l'œdème est considérable et très résistant; il y forme un bourrelet volumineux qui, d'après la malade, est un obstacle insupportable au redressement de la tête; elle se plaint beaucoup de cette gêne; à vrai dire, cette chute du menton sur le sternum est certainement due à la parésie des muscles releveurs. Au tronc, l'infiltration œdémateuse est nulle, même à l'abdomen; la peau y présente sa souplesse et sa mobilité habituelles.

A l'avant-bras et aux mains, le gonflement est très marqué, mais nullement démesuré; la main n'affecte la forme ni d'une bêche ni d'un battoir; les mouvements des doigts sont gênés, mais cependant ils s'exécutent assez bien, et permettent de travailler, même à l'aiguille; on peut aussi écrire, quoique lentement, et en grossissant les lettres.

Les jambes sont notablement tuméfiées, mais elles ne donnent l'idée ni de poteaux ni d'extrémités de pachyderme; leurs formes sont dessinées et les reliefs bien accusés; à la partie antérieure de la jambe une pression un peu énergique du doigt laisse une empreinte, comme dans l'œdème vulgaire; le gonflement des pieds a nécessité l'usage de chaussures spéciales.

La peau est sèche, rugueuse, couverte de lamelles épidermiques furfuracées, jadis elle était douce et lisse; cette altération pathologique du tégument externe est très intéressante, elle se remarque surtout aux avant-bras et aux jambes, où elle offre presque l'aspect de l'ichthyose. Les sueurs ne se montrent plus, dans aucune circonstance. Autrefois il existait des poils très fournis sur le corps et les membres, ils ont totalement disparu, y compris ceux des aisselles; les sourcils sont moins épais, plus courts; les cheveux sont tombés, il n'en reste plus que quelques-uns épars çà et là; le cuir chevelu est recouvert d'écailles épidermiques épaisses, brunâtres, qui forment à sa surface un enduit tout à fait semblable à la calotte qu'on observe sur la tête des nouveau-nés quand elle est mal soignée. Les ongles sont sains et non déformés, rabougris et cassants, comme on l'a noté dans quelques observations.

D'après le témoignage de la malade et celui des personnes qui l'entourent, depuis le début de la maladie, l'intelligence n'a subi aucun amoindrissement; les idées sont vives et nettes, le raisonnement juste, la mémoire toujours fraîche; pas de vertiges, ni d'hallucinations. Le seul phénomène cérébral insolite qu'on puisse citer a lieu pendant le sommeil; le repos de la nuit est troublé par des rêves pénibles et des cauchemars effrayants; des hallucinations se produisent alors; elle entend des plaintes, des gémissements, il lui semble qu'on frappe à la porte, elle se réveille en sursaut effrayée, et il lui faut quelque temps pour reprendre ses esprits.

Les organes des sens ont conservé leur finesse de perception ordinaire; la vue est bonne, mais le bord des paupières est rouge et chassieux, les cils y sont rares, le larmoiement est incessant. Sous l'influence d'un air vif et surtout du froid, la sécrétion lacrymale prend une activité extrême; les larmes débordent sur le visage et s'engagent par le canal nasal, elles sortent avec abondance par les narines. Le toucher seul est altéré; à la pulpe des doigts les sensations sont émoussées, la malade déclare qu'elle ne peut plus distinguer la toile du coton; elle est maladroite de ses mains, et quand elle tient un objet elle le laisse souvent tomber. Dans sa première observation, M. Ord remarque également que la distinction des sensations tactiles était fort réduite. Y a-t-il dans ce phénomène altération réelle de la sensibilité ou simplement sensation obtuse, due au froid qui existe au bout des doigts, comme on l'éprouve dans l'onglée? Nous pencherions volontiers pour cette dernière explication.

La sensibilité générale est parfaitement intacte; pas d'anesthésie ni d'hyperesthésie en aucun point du corps, seulement des fourmillements aux extrémités des doigts, précisément là où la sensation est engourdie.

Un des signes pathognomoniques du myxœdème est le caractère tout particulier que présente la parole. Chez le sujet de notre observation ce caractère est très net; la parole est lente, traînante, monotone, avec rudesse et même raucité des sons. La langue a son volume ordinaire; elle paraît se mouvoir avec facilité, et pourtant l'exercice de la parole est fatigant, et ne peut se soutenir quelque temps sans un effort persévérant. Cette altération de la parole est attribuée, d'une part, à l'enchifrènement œdémateux des cordes vocales, et, de l'autre, à la parésie des muscles de la langue et du gosier. A cette lésion paralytique du système musculaire se rattache tout un groupe de symptômes importants.

Chez Mme X... la marche est lente, processionnelle, et par moments titubante; elle a quelque peine à maintenir son équilibre, les faux pas sont fréquents, et la chute aurait lieu si elle ne s'accrochait aux meubles, quand elle est dans sa chambre; ou si, quand elle sort, elle n'avait soin de s'aider d'une ombrelle ou d'un parapluie; malgré cette sage précaution, il lui est arrivé trois fois de tomber dans la rue. La marche ne se soutient qu'avec effort et un pénible sentiment de fatigue dans la région lombaire; l'essoufflement arrive immédiatement, et dès qu'il faut monter un tant soit peu, il devient excessif. Le soir, quand elle s'allonge dans son lit, le bien-être ressenti est inexprimable; il lui semble, dit-elle, qu'elle est rajeunie de vingt ans. La force musculaire des bras est aussi très affaiblie; elle ne peut soulever ni poids, ni fardeaux, ni vaquer aux occupations ordinaires du ménage.

Parmi les signes qui se rapportent à la parésie musculaire générale, signalons encore la chute de la tête sur la poitrine, le menton venant presque rencontrer le sternum. Ce symptôme, conséquence de la faiblesse des muscles releveurs, est fort gênant; pour opérer le redressement il faut une énergique contraction musculaire, et la lassitude suit de près; pour obvier à cet inconvénient, notre malade a pris l'habitude de placer sous le menton un tampon de linge, et pour manger elle relève la tête avec la main.

L'auscultation du cœur ne fait entendre aucun bruit anormal; les battements sont réguliers, mais sourds et profonds. Le palper de la radiale ne donne pas une sensation nette, l'artère s'efface sous la moindre pression du doigt, et les pulsations se comptent difficilement; elles sont d'ailleurs régulières et d'une fréquence ordinaire. Cette difficulté d'exploration, qu'on retrouve aux autres artères superficielles, provient-elle de la présence de l'œdème, qui est pourtant peu développé en ce point, ou n'est-elle pas due plutôt à la faiblesse de l'impulsion cardiaque et au défaut d'amplitude de l'expansion artérielle?

Le sang est d'une belle couleur rouge; l'examen microscopique ne révèle aucune altération dans la forme des globules; les globules blancs sont dans leur proportion habituelle par rapport aux globules rouges, dont, à notre grand regret, nous n'avons pu faire opérer la numération.

Dans le myxœdème, la puissance de calorification est diminuée, et par suite on constate, du moins à la périphérie du corps, un abaissement de la température physiologique. Dans notre cas, le thermomètre placé dans l'aisselle n'a atteint qu'une seule fois 37 degrés; plusieurs fois il s'est arrêté à 36°,4. Comme moyenne de nombreuses observations prises à diverses heures du jour et par une température ambiante de 15 à 20 degrés, nous avons obtenu 36°,6. Dans la main, qui est plus exposée à l'air et au refroidissement, l'écart thermique avec la normale est bien plus considérable; après une longue attente, jamais le thermomètre ne s'est élevé au-dessus de 27°,6; la plus basse température, observée par une fraîche matinée d'octobre, a été 25°,5; la moyenne de nos expériences donne pour la température du creux de la main fermée 26°,5. Au toucher la main paraît froide, surtout aux extrémités des doigts.

La sensation de frisson et de froid général est très accusée chez notre malade, aussi se couvre-t-elle de vêtements beaucoup plus qu'elle ne le faisait jadis. Pendant l'hiver, dans l'impossibilité où elle se trouve de réagir suffisamment contre l'abaissement de la température, elle souffre beaucoup plus du froid; elle se ramasse sur elle-même, et passe ses journées blottie au coin du feu, dans un état qu'on peut comparer à celui des animaux hibernants.

Du côté de l'appareil digestif, nous avons à noter diverses particularités intéressantes.

Plusieurs observateurs ont signalé la chute des dents et l'état scorbutique des gencives; ici les dents sont mauvaises, mais elles tiennent bien et ne tombent pas; les gencives sont tuméfiées et ulcérées à leur bord libre, mais cette lésion ne dépasse en rien ce qu'on observe journellement chez les personnes peu soigneuses de leur bouche.

Pendant le jour, la sécrétion salivaire ne paraît présenter aucune anomalie, peut-être parce que la salive est avalée à mesure qu'elle est produite; la nuit il n'en est pas de même. Si l'on a dormi la bouche fermée, en se réveillant la cavité buccale est pleine de liquide; si la bouche est restée ouverte, le produit de l'hypersécrétion salivaire, débordant la commissure labiale la plus déclive, est venue inonder l'oreiller. En examinant le fond de la gorge, on remarque que la luette et les piliers antérieurs du voile du palais sont œdématiés; l'ouverture de l'isthme du gosier est rétrécie, et la muqueuse qui tapisse ces parties d'une couleur rouge très foncée. Il existe un certain degré de dysphagie, et pour avaler la malade

donne un petit coup de gosier, comme les personnes atteintes d'angine légère.

Langue belle, appétit bon, soif très modérée; la malade boit et mange peu, digestions faciles; un peu de parésie intestinale, en ce sens que les garde-robes n'ont lieu que tous les deux ou trois jours et s'accompagnent d'une petite débâcle, c'est-à-dire qu'il y a coup sur coup plusieurs selles, mais sans diarrhée.

La sécrétion urinaire a très vivement sollicité notre attention; le produit de cette sécrétion est diminué dans des proportions notables; la quantité d'urine recueillie en vingt-quatre heures est de 750 centimètres cubes seulement, avec des variations insignifiantes en plus ou en moins. L'urine est claire, limpide, d'une couleur jaune ambré et nullement mousseuse; sa réaction est acide; comme au début de nos observations, elle ne contient pas d'albumine; sa densité est fort variable, depuis 1015, la plus basse, jusqu'à 1027, la plus élevée. Nous étions surtout désireux de vérifier les expériences de Hadden sur la quantité d'urée excrétée dans les vingt-quatre heures. On sait que, chez les malades atteints de myxœdème du Saint-Thomas's Hospital, ce médecin a, dans ses analyses, constaté une diminution remarquable dans la quantité d'urée; la plus forte proportion qu'il a trouvée a été de 12gr,70, la plus faible 4gr,28 seulement. Grâce à l'extrême obligeance de notre distingué confrère, le docteur Corre, médecin de première classe de la marine, très versé dans ce genre d'expériences, nous pouvons, à cet égard, fournir les chiffres suivants; il s'est servi pour opérer de l'appareil de Thierry.

27 septembre. — Première analyse, 19gr,560 par litre.
4 octobre. — Deuxième analyse, 13gr,184 par litre.
7 octobre. — Troisième analyse, 15gr,822 par litre.
10 octobre. — Quatrième analyse, 13gr,184 par litre.
24 octobre. — Cinquième analyse, 12gr,750 par litre.
Moyenne des cinq analyses = 14gr,900.

Le dosage est fait par litre; mais comme la malade ne rend dans les vingt-quatre heures que les trois quarts d'un litre, on doit nécessairement, pour avoir la quantité d'urée rendue dans ce laps de temps, retrancher un quart de la moyenne obtenue, il reste alors 11gr,175 pour la quantité moyenne d'une excrétion de vingt-quatre heures, chiffre très inférieur à la moyenne physiologique.

Une expérience de contrôle a été faite par M. Lapeyrère, pharmacien de la marine, à l'aide d'un procédé particulier qui lui appartient; ce procédé, imité d'Yvon, est très pratique et fort simple; il ne tardera pas à le faire connaître. L'urine du 18 octobre, essayée par lui, a donné 9gr,78 seulement d'urée par litre; soit, en réduisant d'un quart pour la même raison que ci-dessus, 7gr,32 d'urée émise dans les vingt-quatre heures. D'une analyse comparative il résulterait que les 9 grammes du procédé Lapeyrère correspondraient à 13 grammes de l'appareil Thierry; à cette occasion, M. Corre nous fait observer combien sont variables les dosages d'urée obtenus dans les analyses, suivant le procédé ou l'appareil employé, circonstance fâcheuse qui demande un prompt remède, si on veut avoir des observations comparables.

En résumé, diminution notable de la proportion d'urée rendue dans les vingt-quatre heures, confirmation des analyses de Hadden, et conclusion identique qui s'impose : les malades atteints de myxœdème usent peu leurs tissus.

Tel est l'ensemble remarquable de *symptômes* offerts à notre étude par notre intéressante malade; elle en fait remonter le *début* à deux années environ avant le jour où elle vint nous consulter pour la première fois (mai 1879). Les yeux devinrent chassieux et pleurards, ce fut là le premier phénomène qui força son attention; peu de temps après l'œdème parut et commença par les paupières; puis, au bout d'un an, se manifestèrent la faiblesse musculaire générale et la fatigue de la marche; quand elle vint réclamer les secours de la médecine, les symptômes étaient au complet. Depuis deux ans et demi que nous l'observons, son état ne s'est pas sensiblement modifié; on peut en conclure que la *marche* de la maladie est très lente, on peut même dire que le mal est tout à fait stationnaire, car il n'y a pas d'aggravation, et on ne peut regarder comme une amélioration la petite diminution de l'œdème que nous constatons actuellement.

Comme *étiologie*, nous trouvons à l'origine de la maladie le chagrin et la tristesse, cause banale, mais qui cependant a été signalée plusieurs fois et par divers observateurs. Doit-on accorder quelque influence étiologique à notre climat breton? Ce climat est essentiellement marin, c'est-à-dire tempéré et pluvieux; mais, pendant l'hiver, aux longues séries de temps doux succèdent fréquemment d'âpres brises froides, qui font, quand elles se prolongent, le désespoir des vrais Brestois, accoutumés aux tièdes et humides vapeurs du sud-ouest. Ces brusques variations affectent péniblement l'organisme. Peuvent-elles revendiquer une part dans le développement d'une maladie aussi particulière que le myxœdème? Avec l'idée que nous nous faisons de sa nature, nous sommes peu disposé à l'admettre. Et cependant les nombreuses observations recueillies dans notre région, par notre savant confrère de Lannilis, M. Morvan, donnent sérieusement à réfléchir; il est difficile de voir uniquement une coïncidence dans la réunion sur un espace relativement limité d'un aussi grand nombre de cas, et si surtout de nouvelles observations surgissaient, il faudrait de toute nécessité penser à une influence endémique et essayer de remonter à sa cause. M. Morvan admet que le froid joue le rôle de facteur principal dans l'étiologie du myxœdème; si cette opinion était écartée, c'est dans l'hygiène si défectueuse de nos populations bretonnes, et peut-être dans une influence de race, qu'il conviendrait de chercher la solution de ce problème étiologique.

Jusqu'à présent, dans le traitement du myxœdème, aucun moyen ne s'est montré véritablement efficace. Comme conséquence de nos premiers diagnostics, nous avions jadis soumis notre malade, d'abord au régime lacté, puis à la médication tonique; ces traitements si opposés n'ont amené aucune amélioration. Aujourd'hui, sous l'empire d'autres idées, nous administrons l'arsenic sous forme d'arséniate de soude en solution dans du vin de quinquina; depuis un mois que nous avons institué cette nouvelle médication, nous ne sommes pas encore arrivé à une dose bien élevée; quant au résultat, il n'est pas appréciable.

Réflexions. — En comparant le cas que nous venons de décrire à ceux, encore en petit nombre, qui ont pris rang dans la science, on reconnaîtra aisément que, par ses caractères cliniques, la nature, l'intensité et la marche des symptômes, il se rapproche des observations si remarquables publiées dans ce journal par M. Morvan; on peut dire qu'il vient ajouter une unité à ce qu'on a déjà appelé la série bretonne, différente à quelques égards des faits que nous devons à nos initiateurs dans la connaissance du myxœdème, les observateurs anglais et parisiens.

En effet, dans le tableau que nous avons tracé de la maladie, comme dans la plupart des observations de notre distingué confrère de Lannilis, nous pouvons faire ressortir les particularités suivantes :

L'œdème est très marqué; il est dur, résistant, mais nullement monstrueux, et dans aucune des parties qu'il atteint il ne justifie l'épithète de pachydermique qui lui a été donnée.

Il n'y a pas non plus de cachexie, pas d'anémie; les fonctions sont plus ou moins troublées, mais elles s'exécutent, et à tout prendre cette situation maladive est assez bien supportée, et pour le moment nullement menaçante.

Du côté des fonctions cérébrales, la différence est plus accusée; pas de délire, d'hallucinations, ni de vertiges, pas même cette torpeur intellectuelle qu'on a comparée à l'indifférence sénile. L'intelligence est indemne, et ce n'est pas ici qu'il pourrait être question d'état crétinoïde (*cretinoid state*), suivant la dénomination proposée par W. Gull, le premier observateur du myxœdème.

Ces différences sont notables, sans doute, et peuvent faire admettre des variétés dans la maladie; mais elles ne sauraient effacer les nombreux traits communs, l'identité presque absolue dans l'ensemble des phénomènes qui font du myxœdème un type nosologique bien déterminé et très facilement reconnaissable. Du reste, qui nous dit qu'avec le temps, et par une aggravation progressive, nous ne verrons pas l'œdème se développer de plus en plus et prendre la forme pachydermique? N'est-il pas probable que les fonctions finiront par s'enrayer et amener la cachexie? Et l'intelligence, pourra-t-elle surnager au milieu de ce naufrage organique, et n'aurons-nous pas à constater plus tard l'état crétinoïde parmi les phénomènes ultimes de cette longue évolution morbide? En résumé, la phase que nous observons n'est-elle qu'une période d'état destinée à donner naissance à de lointaines, mais inévitables complications? C'est là le secret de l'avenir, c'est ce qu'une observation ultérieure, à laquelle nous ne faillirons pas, nous fera sans doute connaître.

Dès maintenant, et malgré le petit nombre de faits connus, le myxœdème, grâce à ses symptômes si caractérisés, forme une maladie bien définie, une entité morbide nouvelle qui déjà réclame sa place dans le cadre nosologique classique. Ce résultat est désormais acquis et accepté par tout le monde. L'accord ne se maintient plus quand il s'agit de déterminer la nature de l'affection et le rang qu'elle doit occuper dans la nomenclature pathologique.

N'est-ce qu'un œdème d'une espèce particulière, à forme mucoïde, un mucus-œdème qui viendrait se placer à côté de l'anasarque essentielle ou *à frigore?* Cette manière de voir a été mise en avant et défendue par un médecin anglais, W. Ord; pour lui, l'état gélatineux du tissu conjonctif constitue le fait dominant, et au moyen de l'infiltration des organes par ce cément amorphe ou muqueux, qui les envahit, il essaye d'expliquer tous les symptômes observés, y compris l'état crétinoïde lui-même. Aussi a-t-il donné à la nouvelle affection le nom de myxœdème, sous lequel elle est le plus généralement connue, et qui tend même à prévaloir. Autant il est légitime de conserver, au moins provisoirement, cette appellation qui rappelle le signe le plus frappant de la maladie, autant nous paraissent erronées l'idée que cet auteur se fait de sa nature et les explications qu'il propose pour les phénomènes qu'elle présente. Nous n'avons pas à entreprendre une réfutation en règle de sa théorie, elle a été faite, et avec beaucoup d'autorité, par les observateurs qui ont suivi, et en particulier par M. Thaon, dans le travail qu'il a publié dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* (août 1880).

Dans cette étrange affection, nommée myxœdème, il nous semble qu'il y a lieu de reconnaître en première ligne, d'une part, une altération du tissu cellulaire provoquant l'apparition d'un œdème de nature spéciale, et, de l'autre, des lésions cutanées s'étendant aux parties essentielles de la peau comme à ses organes accessoires. Pour en faire la preuve, nous n'avons qu'à rappeler l'épaississement et la dureté du derme, l'exfoliation de l'épiderme, la chute des poils et des cheveux due à l'atrophie des bulbes pileux, l'absence de sueurs et la sécheresse de la peau provenant de la disparition des glandes sudoripares et sébacées, et enfin la déformation des ongles devenus cassants et rabougris. Ce processus pathologique doit évidemment être attribué à une altération intime de la nutrition de l'enveloppe cutanée et de son tissu cellulaire sous-jacent; et comme cette perversion histologique est générale, il convient d'en rechercher la cause dans les actions qui règlent le mouvement nutritif des parties atteintes, c'est-à-dire dans les nerfs trophiques qui viennent s'y rendre et dans les centres nerveux d'où ces nerfs émanent. Nous savons bien que l'existence de nerfs indépendants et appelés trophiques n'est pas admise par tous les physiologistes, et que pour quelques-uns d'entre eux la question est toujours pendante; mais l'action trophique des nerfs, leur influence sur la nutrition des tissus n'est mise en doute par personne. C'est cette action indiscutable, qu'elle exerce par des nerfs indépendants ou non, que nous croyons, dans le myxœdème, profondément atteinte.

Aux mêmes lésions trophiques nous pouvons rapporter l'œdème sous-muqueux de la gorge et du larynx, et aussi l'hypersécrétion salivaire et lacrymale qu'on trouve signalée dans presque toutes les observations. En effet, qu'est-ce au fond qu'une sécrétion, si ce n'est le mode particulier de nutrition d'un tissu spécial, le tissu glandulaire? Dans le cas particulier qui nous occupe, l'abondance exagérée des larmes et de la salive ne doit-elle pas être attribuée à une perturbation dans l'action sécrétoire, ou, ce qui est la même chose, dans la nutrition des glandes salivaires et lacrymales, perturbation qui a elle-même son origine dans les nerfs qui se distribuent à ces organes?

Notre interprétation pathogénique, basée sur l'examen clinique et les phénomènes objectifs de la maladie, mais dépourvue de toute sanction nécroscopique, pourra être regardée comme une simple hypothèse. Cette hypothèse acquiert, suivant nous, un grand degré de certitude par la facilité avec laquelle elle rend compte des faits observés; à son aide, nous avons déjà expliqué tout le groupe des symptômes cutanés, sous-cutanés et muqueux; il est une autre série de phénomènes dont l'explication est tout aussi satisfaisante, ce sont: la sensation de frisson et de froid éprouvée par la malade, l'abaissement de la température du corps, la diminution de l'urée. Tous ces signes, parfaitement concordants entre eux, sont la conséquence physiologique obligée du trouble nutritif, de la diminution des échanges organiques qui s'opèrent à la périphérie. De cet appauvrissement de la nutrition résulte nécessairement un abaissement de la température du corps constatée au thermomètre, pour la malade une sensation de frisson et de froid par suite de l'impossibilité où elle se trouve de lutter contre l'influence du milieu ambiant, et enfin, en dernier ressort, une perte notable dans les déchets organiques de l'urine.

Hadden avait déjà remarqué que, comme les vertébrés à sang froid, les malades atteints de myxœdème usent peu leurs tissus; il avait pensé qu'une lésion du sympathique expliquerait ce retard dans le mouvement nutritif. Quant à la diminution de la chaleur du corps, elle est due, d'après lui, à une affection du système vaso-moteur.

Nous avons maintenant à examiner les symptômes dits nerveux du myxœdème, qui sont les troubles de l'intelligence et ceux du système musculaire, les premiers d'origine cérébrale, les seconds provenant, prétend-on, des parties motrices de la moelle.

Au premier rang des phénomènes morbides, W. Gull place la lésion des facultés mentales, et nous savons déjà que, pour ce motif, il a assigné à la maladie le nom d'état crétinoïde. Les observations ultérieures n'ont pas confirmé cette conception; dans beaucoup de cas, et le nôtre est de ce nombre, les désordres intellectuels sont nuls ou à peu près nuls, ils ne constituent donc pas un fait fondamental, essentiel dans l'histoire du myxœdème. On ne pourrait en dire autant de la parésie musculaire; elle ne manque dans aucune observation, elle est constante, et son importance symptomatique est aussi grande que celle de l'œdème lui-même.

Cette paralysie incomplète envahit tous les muscles de la vie de relation, ainsi que ceux de la vie végétative; avec elle nous voyons apparaître la perte des forces, la fatigue de la marche, le défaut d'équilibre du corps, la difficulté et la lenteur de la parole, la dysphagie, la constipation, et sans doute aussi la faiblesse des battements du cœur et des pulsations artérielles. Quelle est la nature de cette parésie musculaire? D'où provient-elle? Les muscles possèdent leur volume normal, ils ne sont ni atrophiés ni hypertrophiés. Dans la seule autopsie qui ait été faite, et qui appartient à W. Ord, il est dit que, dans le cœur et les muscles, l'infiltration avait amené la disparition des fibres musculaires. En donnant cette cause à l'altération de ces fibres, cet auteur demeure fidèle à la théorie qu'il a adoptée; mais nous pensons qu'elle n'est pas plus vraie pour les muscles que pour la peau, et que la disparition des fibres musculaires n'est pas plus la conséquence de l'infiltration œdémateuse, que l'atrophie des glandes sudoripares n'est le résultat de l'étouffement produit par l'œdème circonvoisin.

Pour M. Morvan, les nerfs sont frappés de paralysie, et le myxœdème est une névrose du système nerveux, n'affectant de ce système que la partie afférente aux nerfs moteurs, tant de la vie animale que de la vie organique, et laissant indemne toute la portion afférente aux facultés mentales et aux nerfs sensitifs.

Pour nous, ce n'est pas dans le système nerveux moteur et dans l'altération de ses cordons médullaires ou périphériques que nous irons chercher l'origine des phénomènes de parésie qu'on observe dans le myxœdème; raisonnant par analogie, et invoquant aussi l'altération des fibres musculaires.

constatée dans l'autopsie de W. Ord, nous dirons qu'il y a fortement lieu de penser que les muscles sont le siège d'un trouble nutritif, et que la cause de cette dystrophie doit être recherchée dans les nerfs et les centres trophiques. D'après les données de la science contemporaine, les muscles ont pour centre trophique les grandes cellules motrices de la substance grise des cornes antérieures de la moelle; dans cette région se trouve aussi, sans doute, le point de départ de la parésie musculaire.

Nous ne contestons pas ce que cette opinion a d'hypothétique; dès aujourd'hui le myxœdème est parfaitement étudié dans ses manifestations cliniques; au point de vue de l'anatomie pathologique, tout est à entreprendre; nous n'avons qu'une autopsie, et elle a été faite sous l'empire de préoccupations théoriques erronées. Des recherches nécroscopiques sont nécessaires; nous les appelons de tous nos vœux; elles seules pourront juger en dernier ressort les diverses théories en présence.

En attendant, de la discussion qui précède nous croyons être en droit de conclure que le myxœdème a pour cause pathogénique une altération siégeant dans les nerfs, les centres ganglionnaires et médullaires, chargés de présider à la nutrition des parties affectées, peau, tissu cellulaire, glandes, muqueuses et muscles. En un mot, le myxœdème est une névrose trophique, une trophonévrose.

Nous n'essayerons pas de pénétrer le mécanisme, la nature intime de cette action morbide; dans l'état actuel de nos connaissances, sans le secours de l'anatomie pathologique, et privée de l'examen histologique des lésions, cette tentative prêterait à de trop légitimes contestations. Nous nous bornons à poser la donnée générale qui nous paraît ressortir avec évidence de l'étude attentive des faits.

Dans cette action morbide, les vaso-moteurs remplissent un rôle important; mais dans quel sens s'exerce leur influence? Sont-ils paralysés? Plusieurs observateurs l'ont pensé. Si nous avions à nous prononcer sur ce point délicat, nous serions plus disposé à admettre que leur action s'exerce dans le sens du resserrement et de l'ischémie; car après la célèbre expérience de Cl. Bernard de la section du grand sympathique au cou, le froid des tissus, l'appauvrissement de la nutrition, s'accommoderaient mal, à ce qu'il nous semble, d'une autre interprétation.

Avec les progrès de la science, les maladies du système nerveux trophique prennent de jour en jour une importance plus grande en médecine. Dans son *Traité de pathologie interne*, si justement classique, M. Jaccoud en forme un petit groupe dans lequel il place la sclérose et l'atrophie musculaires progressives. Ce groupe est susceptible d'une large extension, et, pour ne parler que des maladies dans lesquelles le système tégumentaire est lésé, on pourrait dès maintenant y placer la mélanodermie ou maladie d'Addison, peut-être la lèpre, la sclérodermie, et enfin le myxœdème. Au double point de vue de la pathogénie et de la symptomatologie, le myxœdème et la sclérodermie présentent les plus remarquables affinités; faire ressortir les ressemblances, montrer les différences qui rapprochent ou séparent ces deux dystrophies, serait un travail intéressant, mais qui nous entraînerait trop loin. M. Hallopeau a donné à la sclérodermie le nom de trophonévrose disséminée; dans la classification des trophonévroses, nous placerions volontiers le myxœdème sous le titre de *trophonévrose myxœdémateuse*, rappelant, par ces deux mots, et la nature de l'affection et son symptôme le plus marquant et le plus connu.

De notre interprétation pathogénique découle un résultat pratique, une direction nouvelle à imprimer au traitement du myxœdème. Il est, en effet, indiqué de s'adresser aux moyens thérapeutiques capables d'agir sur les troubles trophiques. Dans cet ordre d'idées, nous administrons à notre malade l'arsenic, dont le pouvoir névrosthénique et l'action sur la nutrition des tissus sont incontestables. Il y aurait lieu également d'expérimenter les courants continus, qui sont de puissants modificateurs de la nutrition, et dont l'usage est devenu général dans les maladies trophiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 16 JANVIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

SUR DEUX PETITES ÉPIDÉMIES DE PESTE DANS LE KHORASSAN. Note de M. *J. D. Tholozan*.—C'est un fait à peu près acquis à la science que la plupart des pandémies ont débuté par des manifestations d'abord isolées. A ce point de vue, les petites pestes qui se succèdent depuis quelque temps en Orient, à des intervalles de plus en plus rapprochés, doivent, pour le moins, être l'objet d'une observation attentive. En 1879, on a eu dans le gouvernement d'Astrakan la peste de Vétlianka, fléau dont on n'a pas pu démontrer l'origine exotique. En 1881, on a observé une épidémie de fièvre bubonique grave en Mésopotamie, la sixième depuis quatorze ans dans cette région connue de tout temps comme un foyer d'origine puissant des maladies loïmoïdes. Le nord-est de la Perse a été aussi attaqué, dans trois villages, par une de ces petites épidémies dont la contagion, telle qu'on la connaît jusqu'à présent, n'explique pas l'origine. Ce dernier fait mérite d'autant plus d'attirer l'attention que le Khorassan est cité, de nos jours, comme une des régions réfractaires à la peste. L'auteur entre, à cet égard, dans des détails très précis. La première de ces petites épidémies a éclaté en décembre 1877 dans le village de Djouloumbaran, situé dans les montagnes, et, après avoir causé 37 décès sur 300 habitants, disparut en deux semaines. Le médecin sanitaire de Sebzevar envoyé, d'après le conseil de M. Tholozan, en mission dans cette localité au mois de juin dernier, reconnut que cette épidémie de la fin de 1877 était bien la peste.

Le second fait s'est passé dans deux villages voisins l'un de l'autre, situés dans la plaine, à 24 kilomètres de Djouloumbaran et à 42 kilomètres au nord de Sebzevar. La première nouvelle en parvint à Téhéran le 17 mai dernier. Le premier village atteint, Boudagabad, avait perdu, à cette époque, plus de la moitié de ses habitants; le second village, Kélaté-Arab, avait perdu 112 habitants sur 1000, et on y comptait seulement sept cas de guérison. La maladie fut transportée de là à Kélaté-Arab le 25 avril, par le médecin qui avait été soigner les malades dont nous venons de parler; il était retourné chez lui déjà atteint par la contagion, et il mourut après quarante-huit heures d'une maladie qui présenta tous les symptômes de celle de Boudagabad. Trois jours après la mort du médecin, son neveu, son frère et sa sœur tombèrent malades, et moururent aussi après deux jours de maladie. Le 5 mai, l'épidémie régnait déjà avec intensité à Kélaté-Arab; le 10 seulement, les bubons axillaires et inguinaux parurent sur presque tous les malades; à la fin de l'épidémie, le 25 juin, on compta 240 décès sur 1000 habitants.

Dans les deux localités où se montra ainsi une épidémie à bubons, et qui sont habituellement très saines, la première surtout, jamais de mémoire d'homme rien de pareil n'avait été observé.

SUR LA DISCORDANCE ENTRE LES VARIATIONS RESPIRATOIRES DE LA PRESSION INTRACAROTIDIENNE ET INTRATHORACIQUE. Deuxième note de M. *L. Frédéricq*.

Chez le chien, la pression artérielle, loin de baisser pendant l'inspiration, subit au contraire constamment une augmentation des plus marquées, sinon au début, au moins à la fin de l'inspiration. La pression artérielle redescend pendant l'expiration. Il y a donc discordance entre les graphiques qui représentent les varia-

tions de pression artérielle et ceux qui correspondent aux variations du vide pleural (Einbrodt).

Les facteurs qui font varier la pression artérielle pendant la première phase d'un mouvement respiratoire, pendant l'inspiration, peuvent se classer de la façon suivante :

Facteurs qui font baisser la pression pendant l'inspiration, facteurs négatifs. — A, action mécanique de l'aspiration thoracique; B, période de Traube-Hering (portion descendante).

Facteur qui fait d'abord baisser, puis monter la pression quand l'inspiration est de longue durée, qui la fait baisser quand elle est brève. Facteur $\pm$. — C, changements dans la circulation thoracique, aspiration du sang veineux et perméabilité plus grande des vaisseaux pulmonaires (Héger, de Jager).

Facteurs qui font monter la pression pendant l'inspiration, positifs. — D, compression de l'aorte abdominale et des viscères abdominaux par l'abaissement du diaphragme; F, accélération des pulsations cardiaques pendant l'inspiration.

Chez le chien, la somme S de ces facteurs a une valeur positive, au moins à la fin de l'inspiration $-A-B\pm C+D+F=+S$. La pression monte. Si l'on supprime F (l'accélération du cœur) par l'atropine, la saignée ou la fièvre traumatique, la valeur de S' devient négative : $-A-B\pm C+D=-S'$. La pression baisse pendant l'inspiration, à moins que les mouvements respiratoires ne soient fort lents; alors $-A-B-C+D=0$.

SUR L'INTERPRÉTATION DU POIDS DE L'ENCÉPHALE ET SES APPLICATIONS. Note de M. *L. Manouvrier*.

On sait, dit l'auteur, que toutes les tentatives faites pour isoler les diverses influences physiologiques qui agissent sur le poids de l'encéphale sont restées infructueuses. Le rapport du poids cérébral, soit à la taille, soit au poids du corps, n'a pas donné de résultats satisfaisants. Par le poids relatif aussi bien que par le poids absolu de son encéphale, l'homme, par exemple, est inférieur à un certain nombre de mammifères et d'oiseaux. Mais on est arrivé à trouver une loi dans cette difficulté, qui constitue comme le nœud gordien de la question. On a reconnu d'abord que, en général, les grandes espèces l'emportent sur les petites par le poids absolu de l'encéphale, tandis que les petites l'emportent sur les grandes par le poids relatif. On a constaté aussi que le poids du cerveau diminue relativement à la taille depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte. Enfin, j'ai pu constater, en 1878, et Bischoff a également montré que, dans l'espèce humaine, le poids relatif de l'encéphale augmente en raison inverse, tandis que le poids absolu croît en raison directe de la masse du corps. On peut donc poser en fait général que *l'accroissement de la masse du corps est une cause d'accroissement du poids cérébral absolu et de diminution du poids cérébral relatif.* C'est cette cause qu'il s'agit d'expliquer. Or, il n'est pas besoin pour cela d'invoquer aucun fait qui ne soit déjà connu. Il suffit de s'appuyer sur ce fait incontestable, que le développement des facultés dites intellectuelles n'est pas proportionnel à celui du corps. En effet, désignons par M l'ensemble des parties du corps qui font varier le poids de l'encéphale, par *m* l'ensemble des parties *quelconques* de l'encéphale qui varient proportionnellement à M, et par *i* l'ensemble des parties *quelconques* de l'encéphale dont le développement est en rapport avec les facultés intellectuelles et indépendant de M. Soient, maintenant, deux individus ou groupes très inégaux quant à M, mais égaux ou simplement moins inégaux quant à *i*. Le rapport du poids de l'encéphale $m+i$ à M sera évidemment plus élevé chez l'individu ou le groupe dont *m* et M sont plus petits, car l'addition d'une même quantité *i* à deux poids inégaux augmente relativement davantage le plus petit de ces deux poids. Si, par exemple, aux numérateurs des rapports égaux 10/100 et 5/50, on ajoute la même quantité 20, ces rapports deviennent 30/100 et 25/50 = 3/10 et 5/10, et le second de ces rapports devient plus grand que le premier. La difficulté si ancienne qui entravait l'interprétation du poids cérébral se trouve donc résolue par une simple considération mathématique.

L'auteur, partant de ce principe, a fait de longues recherches dont voici les résultats bruts :

L'homme se trouve placé bien au-dessus de tous les animaux sans exception. Dans l'espèce humaine, les diverses races, les géants, les nains, etc., se trouvent remis à leur place véritable, et beaucoup de cas qui semblaient anormaux rentrent dans la règle. En ce qui concerne les sexes, la femme se trouve au même rang que l'homme, place qui lui était contestée, d'une façon d'ailleurs peu scientifique, en vertu de l'infériorité du poids cérébral absolu.

De plus, les recherches de l'auteur ont démontré : 1° que *l'évaluation de* m *et de* i *doit être faite pour chaque espèce* séparément, autant que possible, car, chez des animaux de types différents, une même masse de corps peut correspondre à des quantités d'encéphale différentes; 2° que *le rapport* $\frac{m}{M}$ *varie dans chaque type*. Ce rapport peut servir à exprimer le perfectionnement de la motilité et de la sensibilité, de même que la quantité *i* peut servir à apprécier le degré de perfectionnement des conditions anatomiques de l'intelligence. Par ce rapport, aussi bien que par *i*, l'homme est supérieur aux autres vertébrés : il possède pour chaque unité de M une plus grande quantité d'encéphale.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 24 JANVIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET

M. *Guillard* adresse à l'Académie une lettre imprimée sur les inconvénients de la poussière à Mont-Dore-les-Bains. (*Commission des eaux minérales.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° de la part de M. le docteur Rollin (de Buffalo, Etats-Unis), deux brochures intitulées : *Diphteria and bacteria* et *Professor Pasteur's experiments, bacteria in various diseases*; 2° au nom de M. le docteur *Julius Grosser* (de Berlin) un ouvrage portant le titre suivant : *Therapeutische Notizien der Deutschen medicinalen Zeitung*; 2° une lettre de M. le docteur *Pietro Martarello* (d'Alexandrie, Egypte) sur *le choléra*.

M. *Empis* présente, au nom de M. le docteur *Grollemund*, la relation d'une *épidémie de diphthérie observée à Saint-Dié*.

ABLATION D'UN VOLUMINEUX CHONDRÔME DE LA PAROI THORACIQUE. — Il s'agit d'une opération pratiquée par M. *Surmay* (de Ham), candidat au titre de correspondant national. La tumeur, dont l'origine remontait à quatorze ans, était un peu plus grosse que la tête d'un enfant nouveau-né; elle était appliquée sur le cinquième espace intercostal droit puis au bord correspondant du sternum. On pouvait imprimer quelques mouvements extrêmement limités à la partie de la tumeur saillante sur la base, mais cette base elle-même restait immobile. La forme en était globuleuse et mamelonnée, la base, plus large que le sommet, recouvrait la cinquième et la sixième côte. La consistance avait généralement la dureté du cartilage et même de l'os en certains endroits. La peau glissait librement sur toute l'étendue de la tumeur; elle avait sa couleur et son épaisseur normales excepté sur le sommet où elle était, par places, très amincie, rouge et même quelque peu excoriée. L'opération fut faite le 14 décembre 1868; incision cruciale et dissection des lambeaux cutanés. La plus grande partie de la base de la tumeur fut facilement détachée de la paroi thoracique; mais arrivé à l'espace intercostal, il fallut couper dans la substance même de la masse. On vit alors qu'elle pénétrait dans l'espace intercostal qu'elle remplissait entièrement dans une étendue de 7 à 8 centimètres à partir du sternum. Il fallut creuser l'espace intercostal et on s'arrêta à une profondeur qui dépassait de 3 centimètres la face profonde des côtes, laissant ainsi une excavation de 7 centimètres de longueur et d'une profondeur de 5 à 6 centimètres dont le fond était encore formé de tissu morbide. Réunion par suture entortillée des lambeaux cutanés, en laissant une ouverture suffisante vis-à-vis de l'excavation et qui fut remplie avec de la charpie. Pendant les trois semaines qui suivirent l'opération on retira chaque jour des débris de tissu morbide tantôt mortifiés, tantôt vivants et saignants. Au bout de ce temps l'excavation avait atteint 10 centimètres de profondeur à partir de la peau, et, un matin, on vit le pus qui la remplissait repoussé au dehors par des pulsations isochrones à celui du cœur. Le doigt introduit jusqu'au fond de la plaie touchait le cœur qui le frappait énergiquement à chaque systole. Le néoplasme avait donc entièrement envahi l'espace intercos-

tal, puis il avait repoussé la plèvre et pénétré dans le médiastin antérieur jusqu'au péricarde. L'excavation débarrassée du reste du tissu morbide se combla peu à peu. La guérison fut complète, et aujourd'hui, après plus de treize ans, il n'y a pas de récidive. — Le mémoire de M. Surmay est renvoyé à l'examen de MM. Gosselin et Alphonse Guérin.

Vaccination animale. — Nous avons dit, il y a trois semaines, que l'Académie avait reçu de M. le docteur Dubreuilh (de Bordeaux) la cinquième génisse inoculée à l'occasion d'un cas de « cowpox spontané » qui venait de se déclarer dans la Gironde. M. *Hervieux* vient rendre compte des opérations qu'il a été chargé d'entreprendre à ce sujet en sa qualité de sous-directeur du service de la vaccine; il fait d'abord savoir que cette génisse portait au voisinage des trayons une trentaine de pustules offrant au quatrième et au cinquième jour de leur développement les caractères de la vaccine légitime; la matière extraite de ces pustules, soit par piqûre avec une lancette, soit par expression avec des pinces, et inoculée soit à des génisses, soit à des enfants, a donné lieu à une pustulation complètement identique à celle de la vaccine normale. Sauf un très petit nombre d'exceptions, il a reconnu que les inoculations ont produit autant de résultats positifs qu'il y a eu d'enfants vaccinés, et à peu de chose près, que de piqûres; quant à la transplantation du vaccin de la génisse de Bordeaux sur les génisses achetées par l'Académie, elle a été suivie d'un succès si complet que sur chacune d'elles il y a eu autant de pustules réussies que d'incisions. M. Hervieux dit qu'il a pu ainsi substituer complètement le vaccin de la Gironde au vaccin officiel de l'Académie, pour les séries des deux jours de vaccination, et l'étable qui dessert tous les hôpitaux de Paris a pu également renouveler son vaccin animal; aussi ne craint-il pas d'affirmer que « le vaccin de la Gironde mérite d'être classé parmi les vaccins les plus renommés, le vaccin de 1836, dit de Passy, et le vaccin de 1866, de Beaugency ».

A la suite de ce rapport de M. *Hervieux*, on a pu croire un instant que la discussion, éternellement pendante devant l'Académie, sur la valeur comparative du vaccin animal et du vaccin jennérien, allait compter une nouvelle passe d'armes; les champions habituels, MM. *Depaul*, *Jules Guérin*, *Hervieux*, *Leblanc*, *Bouley* ont, en effet, successivement pris la parole et à plusieurs reprises. Mais ce n'a été qu'une escarmouche en attendant le combat pour lequel M. Jules Guérin, rappelé à ses engagements par M. Hervieux, a promis d'avoir bientôt terminé ses apprêts. Il est même arrivé que M. Jules Guérin possédait depuis quelques jours, sans le savoir, du vaccin de cette génisse de la Gironde: mais lorsqu'il en a appris la provenance, il s'est empressé d'en refuser l'emploi, malgré les regrets de M. Bouley qui, semblait-il, n'eût pas été fâché de voir M. Jules Guérin expérimentant lui-même et avec succès le vaccin qu'il réprouve. — Le cowpox qui vient de « régénérer » le vaccin de l'Académie, suivant l'expression de M. Hervieux, a-t-il été spontané? Certains renseignements le prétendent et, sur la foi de ces renseignements, MM. Hervieux, Depaul et Leblanc sont très disposés à le croire; M. Bouley, quant à lui, pense que « nous sommes arrivés à une époque où il n'est plus permis de croire à la spontanéité des affections contagieuses ». Il fait aussi remarquer que le horse-pox est des plus fréquents et qu'il serait facile d'obtenir ainsi très souvent du cowpox et des vaccinifères nouveaux; c'est ce qui a été déjà fait d'ailleurs l'an dernier par M. Hervieux pour le service de la vaccine.

— La séance est levée à quatre heures dix minutes.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 11 JANVIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

De l'énucléation des fibromes de l'utérus. — Elections.

M. *Dézanneau* (d'Angers), membre correspondant, lit un mémoire sur l'énucléation des fibromes de l'utérus. Parmi les fibromes intra-utérins, les uns, pédiculés, sont attaqués par le pédicule; les autres, sessiles, sont plus difficilement atteints; c'est de ceux-là que M. Dézanneau va s'occuper.

Une femme, profondément anémique, à la suite de pertes utérines, avait un fibrome volumineux dont une partie franchissait le col dilaté. Une pince de Museux amena la tumeur à la vulve, l'utérus suivant le mouvement. Le doigt détruisit quelques adhérences et une chaîne d'écraseur fut appliquée. La tumeur adhérait par la plus grande partie de son étendue à la paroi utérine. M. Dézanneau se décida à faire l'énucléation; avec l'ongle d'abord, puis avec des mouvements de traction et de torsion, il détacha la tumeur en totalité. Cette tumeur avait 16 centimètres de longueur et 30 centimètres de circonférence. L'utérus revint sur lui-même en se contractant énergiquement. La malade guérit.

Autre femme, âgée de quarante-quatre ans, pertes sanguines fréquentes. Tumeur fibreuse utérine énorme. M. Dézanneau la coupe par tranches avec de forts ciseaux; décollement des adhérences avec le doigt et les tractions. Guérison. Poids de la tumeur : 900 grammes.

Troisième malade, trente ans, tumeur du volume d'une tête de fœtus; pas de pédicule. Tractions; décollement; guérison.

Femme de trente-cinq ans; tumeur adhérente à la paroi postérieure de la matrice. Torsion; décollement; guérison. Longueur du fibrome : 12 centimètres.

Femme de quarante ans, très anémique. Corps fibreux intra-utérin; hémorrhagies. L'opération ne put être terminée. Abcès pelvien. Le reste du fibrome s'atrophia peu à peu et disparut.

Conclusions : 1° L'énucléation est le seul procédé applicable aux tumeurs fibreuses sessiles faisant saillie dans l'utérus ou le vagin.

2° Cette opération n'est commandée que si la malade est affaiblie par les hémorrhagies, si la vie est en danger. Car si l'on attend, l'énucléation tend à se faire spontanément.

3° Employer le doigt; si le doigt ne suffit pas, se servir d'une curette ou d'un autre instrument.

4° Le doigt agira toujours dans le sens de la tumeur, jamais dans la direction de la paroi utérine.

5° Si le doigt n'atteint plus les adhérences, pratiquer la torsion.

6° Pour avoir plus d'action, saisir la partie libre de la tumeur avec des pinces ou une chaîne d'écraseur.

M. *Trélat*. Les grandes difficultés au point de vue du choix des indications viennent des rapports spéciaux de la tumeur avec la cavité utérine. La règle la plus générale est que ces tumeurs se rapprochent de la cavité peu à peu. M. Trélat a aussi constaté le parti qu'on peut tirer de la chaîne d'écraseur pour maintenir et attirer le fibrome. La torsion a aussi ses indications.

M. *Desprès* dit qu'on peut toujours distinguer un polype d'un renversement utérin avec le toucher rectal et le palper abdominal.

M. *Guéniot*. Il est parfois très difficile de distinguer un polype d'un renversement utérin. Dans un cas, M. Boivin et M. Cloquet ne sont pas arrivés au diagnostic. Dans un autre cas, M. Richet dut aussi rester dans le doute; il avait enlevé un polype avec les pinces et le bistouri, quand un autre polype apparut. Etait-ce un polype ou un utérus renversé?

M. *M. Sée* a une grande aversion pour les tractions violentes exercées sur les tumeurs utérines ou sur la matrice. Il n'est point partisan non plus des torsions.

M. *Guyon*. Nos prédécesseurs ont déjà critiqué la torsion appliquée à l'extraction des corps fibreux de l'utérus; ce procédé est d'une application exceptionnelle, et il serait dangereux d'en faire une méthode générale. D'ailleurs, M. Dézanneau avait chez ses opérées coupé le tissu utérin, et n'a employé la torsion que pour rompre des adhérences celluleuses. La crainte de l'hémorrhagie est illusoire; M. Guyon enlève toujours les polypes avec des ciseaux conduits sur le doigt. Après avoir coupé la coque du tissu utérin, on peut énucléer avec le doigt ou tordre si cela est nécessaire.

M. *Trélat*. Il n'y a pas de méthode absolue pour l'énucléation des corps fibreux. La torsion est bonne dans certains cas, mais auparavant la tumeur doit être pédiculisée spontanément ou artificiellement dans le cours de l'opération.

M. *Dézanneau* ne fait pas de la torsion ni de l'énucléation, une méthode générale; mais certaines tumeurs ne peuvent être enlevées que par l'énucléation, détachant la plus grande partie des adhérences et finissant par la torsion. L'abaissement de l'utérus n'est pas exempt de danger si la malade a eu antérieurement une inflammation péri-utérine. Pour distinguer le tissu utérin d'un polype, on sait que le doigt ou l'instrument produit de la douleur quand il agit sur le tissu de la matrice.

M. *Trélat*. Il y a des cas embarrassants, mais le plus souvent avec l'hystéromètre, on peut s'assurer, s'il pénètre à 5 centimètres, qu'il ne s'agit pas d'une inversion utérine chronique. En cas d'embarras, il est toujours possible de chercher à introduire le doigt dans le rectum; si c'est une inversion utérine, le doigt passera au-dessus de l'utérus inversé. Si au contraire le doigt ne dépasse pas l'utérus, c'est que cet organe est en place. Enfin, une sonde dans la vessie peut aller à la recherche du doigt introduit dans le rectum.

M. *Dézanneau*. Si l'utérus a contenu un polype de 15 centimètres de longueur, après l'extraction, vous pouvez avoir une inversion quoique l'hystéromètre donne encore 5 centimètres pour la longueur de la cavité.

M. *Trélat*. Oui, mais vous venez d'enlever la tumeur, et vous savez que la cavité a cette longueur; vous êtes prévenu; appliquez alors le raisonnement à un utérus de 12 à 15 centimètres de longueur.

— *Élection de deux membres associés étrangers :* sont élus : MM. *Spencer Wells* et *Arlt*.

— *Élection de deux membres correspondants étrangers :* sont élus : MM. *Zancarol* et *Annandale*.

— *Élection de deux membres correspondants nationaux :* sont élus : MM. *Comballat* et *Larger*.

SÉANCE ANNUELLE DU 18 JANVIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DE SAINT-GERMAIN.

1° Allocution de M. *de Saint-Germain*, président sortant.

2° Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1881, par M. *Le Dentu*, secrétaire annuel.

3° Éloge de Chassaignac, par M. *Horteloup*, secrétaire général.

— *Proclamation des prix décernés par la Société.* — Prix Demarquay : M. Leclerc; prix Gerdy : M. Bousquet; prix Duval : M. Dubar.

Société de biologie.

SÉANCE DU 21 JANVIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. RANVIER.

Reproduction en deux mois du nerf sciatique réséqué sur une étendue de 12 centimètres : M. Brown-Séquard. — Etat parétique des membres du côté supposé sain chez les hémiplégiques : M. Brown-Séquard. — Identité d'action des courants galvaniques et des plaques métalliques : M. Dumontpallier. — Mouvement produit du même côté du corps par les excitations unilatérales du crâne; expériences sur la transmission en profondeur des courants appliqués extérieurement au crâne : M. Charcot. — Fibres musculaires striées du cœur des ascidies : M. Hermann.

M. *Brown-Séquard* montre le membre inférieur d'un singe chez lequel, deux mois et douze jours après la rupture du nerf sciatique par l'élongation sous un poids de 3650 grammes et la section faite à l'échancrure sciatique et au milieu de la jambe, il y a eu régénération de toute la portion enlevée. La sensibilité et les mouvements volontaires n'étaient pas revenus. Il n'y avait aucune altération de nutrition à la patte ou ailleurs. M. Brown-Séquard ne croit pas qu'il y ait dans la science un cas de reproduction d'une aussi longue portion de nerf.

M. *Ranvier* remarque qu'en effet une reproduction de ce genre est chose tout à fait insolite, et ajoute que, cependant, si on a constaté l'existence du bourgeon sur le segment central du nerf, il ne peut y avoir de doute sur la régénération.

— M. *Brown-Séquard* annonce que, depuis l'époque où il a eu la charge d'un hôpital de paralytiques à Londres, en 1860, il a trouvé que, dans tous les cas d'hémiplégie presque complète dépendant d'une lésion encéphalique unilatérale, il y a au moins un peu de paralysie dans le membre inférieur du côté considéré comme sain. Il s'en est assuré non seulement par la difficulté pour le malade de se tenir debout sur ce membre inférieur (difficulté qui peut tenir en partie à d'autres causes qu'il indique), mais aussi en mesurant la force des mouvements volontaires de la cuisse, de la jambe et du pied, à l'aide de l'admirable dynamomètre d'Axenfeld. En comparant cette force chez des malades atteints d'hémiplégie à un degré très notable, mais ayant toute leur intelligence et leur puissance de volonté, avec la force d'un membre inférieur chez des individus sains de même âge et de même sexe, il a toujours constaté une différence sensible et quelquefois très considérable montrant l'existence au moins d'une parésie dans le membre inférieur examiné chez les hémiplégiques. Le membre supérieur participe presque toujours à cet état de faiblesse paralytique, mais en général à un moindre degré. Il y a donc très souvent dans les cas d'hémiplégie grave due à une lésion encéphalique unilatérale, en outre de la paralysie typique *croisée*, une paralysie *directe* légère.

M. Brown-Séquard fait remarquer que deux séries de symptômes paralytiques trop peu étudiés peuvent exister dans les cas de lésion encéphalique même unilatérale. Il peut se faire que la lésion détermine une paralysie de trois membres : les deux inférieurs et le bras du côté opposé à la lésion. Il peut aussi se faire que la paralysie soit presque entièrement limitée aux membres inférieurs. Ainsi qu'il l'a dit depuis longtemps, il y a dans ces derniers cas, d'abord une simple influence inhibitoire exercée sur la moelle épinière par l'encéphale, mais il y a plus tard une altération de nutrition et de structure de ce centre nerveux, devant son origine à une influence semblable à celle qu'exercent les lésions encéphaliques sur la nutrition de la peau, du tissu cellulaire, des muscles, des nerfs, des os et des articulations.

M. *Charcot* insiste sur la justesse de l'observation clinique faite depuis longtemps déjà par M. Brown-Séquard et dont celui-ci lui avait fait part il y a une quinzaine d'années. La plupart des *hémiplégiques*, dit-il, sont en effet des *diplégiques*, surtout pour le membre inférieur. La constatation

d'une sclérose descendante *bilatérale* à la suite d'une lésion cérébrale unilatérale, observation faite avec grand soin par M. Pitres, peut rendre compte de l'apparition tardive des phénomènes d'impuissance motrice dans le côté du corps correspondant à la lésion cérébrale. Il est possible qu'on ait affaire à des myélites transverses par propagation, surtout si, comme cela s'observe assez fréquemment, ces hémiplégiques qui deviennent paraplégiques présentent une paralysie de la vessie.

— M. *Dumontpallier* a repris avec les courants électriques les expériences qu'il avait faites avec des plaques métalliques. Il a obtenu des résultats identiques, notamment au point de vue des phénomènes croisés de la sensibilité. Ces nouvelles expériences lui paraissent de nature à rendre facile à tout le monde la répétition de ses expériences antérieures.

— M. *Charcot*, en exposant des résultats nouveaux obtenus par lui dans ses recherches sur les phénomènes de mouvement produits par l'excitation galvanique crânienne, commence par insister sur la nécessité à laquelle il s'est toujours conformé pour sa part, de bien déterminer l'état pathologique des sujets sur lesquels on opère. Il fait remarquer combien d'états variables se présentent dans l'hypnotisme, et croit pouvoir affirmer que, si on répète sur une hystérique en état de léthargie des expériences analogues à celles de M. Dumontpallier, ces expériences ne réussiront pas. Elles pourront, au contraire, donner des résultats conformes pendant la période somnambulique simple.

Pour les expériences qu'il a déjà soumises à la Société, M. Charcot prend des hystériques hypnotisées présentant les caractères précis de l'hyperexcitabilité néoro-musculaire; il fait sur ces sujets les épreuves connues des réactions motrices multiples produites par l'excitation traumatique des nerfs facial, radial, médian, etc.; puis, s'étant ainsi assuré qu'il est en présence d'un sujet chez lequel la simulation ne peut être soupçonnée, il pratique ses expériences en toute sécurité.

C'est sur des sujets de ce genre qu'il a observé les réactions des membres et de la face, se produisant toujours dans le côté opposé au côté de la tête qu'on excitait. Il a répété ces observations sur quatre malades différentes et a vu en tout plus de 700 fois les phénomènes se reproduire avec une identité parfaite.

Il a été ainsi amené à supposer que les courants appliqués à la surface externe du crâne se transmettaient partiellement jusqu'au cerveau à travers les parties molles et les os. Pour se bien assurer de cette transmission, il a répété, sans savoir alors qu'elle eût été faite, une expérience toute physique de Erb, qu'il a du reste pratiquée avec des moyens plus précis. En appliquant à la surface externe du cuir chevelu d'un cadavre les rhéophores d'un courant galvanique, il a obtenu la preuve du passage du courant jusqu'au niveau de l'écorce cérébrale sous-jacente aux points d'application des électrodes. Cette démonstration lui a été fournie par les mouvements d'une patte de grenouille dont les nerfs lombaires avaient été mis en communication avec deux tiges métalliques enfoncées à travers la substance cérébrale par le côté opposé du crâne largement ouvert; à leur entrée dans le crâne, ces conducteurs étaient isolés par une masse de cire à modeler. Les réactions de la patte galvanoscopique ont été contrôlées par celles du téléphone. Il ne paraît donc pas douteux que les courants appliqués extérieurement ne passent en partie à travers la boîte crânienne pour arriver jusqu'au cerveau.

C'est à la suite de ces expériences de contrôle que M. Charcot a été amené à reprendre les excitations péricrâniennes sur d'autres sujets que ceux qui lui avaient servi dans ses premières recherches.

Dans cette nouvelle série exécutée sur quatre autres hystériques hypnotisées, il a vu, contrairement à ce qui avait été observé précédemment, les mouvements se produire *dans le côté du corps correspondant à l'excitation.* Il émet l'hypothèse, que rendent très vraisemblable les expériences nombreuses déjà faites sur ce point, que c'est aux excitations reçues par la dure-mère, surface éminemment sensible en certaines régions, que sont dus les mouvements observés dans cette dernière série : ces réactions seraient donc de nature réflexe.

M. Charcot annonce qu'il poursuit ces recherches, mais prend occasion de cette contradiction apparente des résultats obtenus dans des conditions qui semblaient identiques, pour dire à nouveau qu'avant de « décréter » quelque chose en matière d'hypnotisme, on ne saurait s'astreindre à observer trop longtemps.

M. *H. Bouley* déclare qu'il considère comme des plus intéressantes, au point de vue de la condamnation des théories surannées d'un fluide nerveux, magnétique, etc., toutes les expériences analogues à celles de M. Dumontpallier, dans lesquelles on montre que des agents physiques, chaleur, lumière, vibrations sonores, etc., sont capables de provoquer les phénomènes considérés par quelques-uns comme des actes de source mystérieuse.

M. *Brown-Séquard* rappelle les résultats négatifs des expériences analogues à celles de M. Charcot et qu'il a pratiquées autrefois à propos de la question de la transmission à la moelle, des excitations électriques appliquées à la peau de la région dorsale. Il mettait la moelle à nu dans une petite étendue et déposait à sa surface une patte de grenouille pourvue de son nerf : les courants extérieurs ne se transmettaient pas à travers la peau, les muscles et les os, car la patte demeurait immobile. Il est vrai qu'il s'agissait d'une région où une grande épaisseur de masses musculaires et osseuses séparait le point d'application du courant de la surface de la moelle.

Mais une autre série de recherches, qui montre bien l'importance de la diffusion des courants et qui pourrait par suite rendre compte des résultats obtenus par M. Charcot sur la tête du cadavre ouverte d'un côté, est la suivante : sur une grande table recouverte d'un drap mouillé, on place à l'un des angles une patte de grenouille; à l'angle opposé on fait passer un courant galvanique : la patte réagit à chaque clôture et à chaque ouverture du courant.

M. *Charcot* répond, que s'il s'agissait dans son expérience d'une diffusion du courant, on observerait encore les mêmes réactions galvanoscopiques ou téléphoniques quand on retire dans l'épaisseur de la substance cérébrale les conducteurs métalliques qui sont en rapport avec la face interne de la dure-mère.

— M. *Pouchet* communique une note de M. *Hermann* sur la structure musculaire du cœur chez les *ascidies*. Ces molluscoïdes (que M. Mathias-Duval croit devoir être rapprochés des vertébrés, parce qu'on aurait constaté chez eux une corde dorsale) ont une circulation alternante; or, M. Hermann a constaté l'existence de fibres musculaires striées dans ce cœur qui jouit de la propriété de se contracter alternativement d'avant en arrière et d'arrière en avant.

REVUE DES JOURNAUX

De la filaire du sang et de ses rapports avec l'éléphantiasis des Arabes et quelques autres maladies des pays chauds. Revue générale, par M. Henri Barth.

La *Gazette hebdomadaire* a rendu compte, dans un de ses précédents numéros (n° 36, 1881), de la première partie de cet important travail consacrée à l'historique de la question; nous devons aujourd'hui résumer les principaux points qui ont trait à l'histoire naturelle de la filaire du sang et à ses

relations pathologiques avec diverses maladies des pays chauds.

La filaire du sang se trouve chez l'homme sous deux formes, à l'état embryonnaire et à l'état adulte; mais le passage de l'une à l'autre phase de son existence se fait en dehors de l'organisme humain, dans le corps des moustiques femelles qui sont à la fois l'habitat nécessaire du parasite à cette période de son développement et les agents de sa propagation.

L'embryon de la filaire appartient à la même famille que l'ascaride, l'oxyure, le dragonneau, la trichine, et se rapproche beaucoup de ces deux derniers. De petites dimensions (125 μ de long sur 7 à 8 μ de diamètre), « il est lisse, transparent, paraît être enveloppé d'un mince étui sans ouverture, dans lequel il s'allonge et se raccourcit librement; on ne lui distingue nettement ni orifice buccal, ni tube digestif; très mobile pendant les premières heures après son extraction, il se roule et se déroule incessamment sous la lamelle du microscope, et fait voler les globules sanguins en tous sens ». Les embryons de la filaire existent en grand nombre dans l'urine des chyluriques et dans le liquide laiteux du lympho-scrotum; ils sont plus difficiles à découvrir dans le sang. Ces difficultés seraient dues, suivant Manson, aux mœurs singulières du parasite, qui ne se montre dans le torrent circulatoire que pendant la nuit, et, pendant le jour, repose fixé dans quelque organe, peut-être dans les capillaires pulmonaires. C'est pour cette même raison que la *Filaria sanguinis* serait la proie ordinaire du moustique, qui ne pique que la nuit.

La migration du parasite dans le corps de cet insecte est révélée dans tous ses détails par les travaux de Manson. Avalée avec les globules sanguins par les moustiques femelles, qui seuls se nourrissent du sang de l'homme, la filaire subit sa métamorphose qui comprend plusieurs phases. Dans une première période, qui dure trente-six heures environ, l'animal se débarrasse de son étui d'enveloppe dissous par le suc gastrique; son corps se couvre de stries transversales, qui bientôt pâlissent et font place à un aspect tacheté particulier. Pendant la seconde période, égale en durée à la première, l'embryon perd sa vivacité et se transforme en une sorte de chrysalide; son corps, raccourci, prend la forme d'un boudin cylindrique d'où émerge la queue toujours animée de mouvements énergiques; il se remplit de grosses cellules, se munit d'un orifice buccal, et l'on peut y voir par transparence une ligne sombre qui court de la bouche à l'orifice caudal. Enfin, dans une troisième et dernière phase très difficile à observer parce que le moustique meurt presque toujours avant qu'elle soit achevée, la filaire s'allonge, atteint 1 millimètre de long sur 50 μ de large; elle possède un tube intestinal et des organes sexuels. A ce moment elle sort de sa torpeur, devient mobile, s'allonge et s'amincit, devient transparente au point de ne plus laisser voir qu'une sorte de canal central aboutissant à une extrémité effilée et couronnée de trois ou quatre papilles.

Au bout de deux jours environ, la filaire, arrivée à ce degré, s'échappe dans l'eau, où le moustique est venu mourir, et y vit quelque temps indépendante. L'animal pénètre à ce moment dans le corps humain, soit en perforant la peau (hypothèse proposée par Manson pour expliquer la fréquence de l'éléphantiasis des jambes chez les indigènes qui marchent souvent dans l'eau), soit plutôt avalé avec l'eau des boissons, et se frayant une route à travers les parois du canal alimentaire jusqu'au point où il doit se fixer. L'habitat ultime de la filaire adulte paraît être le système lymphatique.

Les caractères anatomiques de la filaire adulte sont connus grâce aux travaux de Lewis et de Cobbold. La femelle, qui seule a été bien étudiée, est blanche, arrondie, lisse, à part la striation transversale, due à la contraction des faisceaux musculaires sous-jacents. Sa longueur est de 8 à 10 centimètres, son diamètre de $0^{mm},3$ au maximum; la tête est arrondie, munie d'une bouche plate sans division labiale appréciable. L'œsophage se continue sans ligne de démarcation bien nette avec l'intestin. L'orifice vaginal, situé à peu de distance de l'origine du cou, s'ouvre dans une poche vaginale bourrée d'embryons; les tubes utérins, se prolongeant en replis sinueux jusqu'à 1 millimètre de l'extrémité caudale, sont remplis d'œufs dont le contenu présente déjà des mouvements très apparents, et dont l'enveloppe servira plus tard de gaine à l'embryon en se moulant sur lui. Les embryons sortis du corps de l'animal adulte se rendent sans doute par les voies lymphatiques, dans le sang où ils circulent librement.

Tel est le cycle génésique de la filaire, autant que les travaux les plus récents permettent de le définir. Le lecteur désireux d'approfondir l'histoire naturelle du parasite trouvera dans le chapitre que M. Barth consacre à cette partie de la question un exposé clair et précis des faits, avec des détails curieux et intéressants que nous avons dû passer sous silence dans cette rapide analyse.

La question des relations pathologiques de la filaire est, dit M. Barth, moins avancée. Néanmoins, les recherches laborieuses de Lewis et de Manson, les hypothèses et les déductions logiques et ingénieuses qu'ils en ont tirées permettent dès à présent de dissiper les obscurités qui régnaient dans la science sur la pathogénie de certaines maladies des pays chauds, et le moment n'est sans doute pas éloigné où l'on pourra réunir sous le nom de *filariose* (*filarious diseases*), proposé par Manson et les observateurs brésiliens, « toute une série de maladies qui présentent comme terme commun un trouble de la circulation lymphatique dû à la présence de la filaire de Lewis ».

Wücherer, qui découvrit dans l'urine chyleuse les embryons de la filaire, s'était borné à signaler ce fait, et Salisbury le premier avait cru pouvoir édifier une théorie, du reste fausse, sur les relations du parasite avec la chylurie. Lewis, après sa découverte de la filaire embryonnaire dans le sang, entrevit dans toute son étendue son rôle pathologique, et chercha à établir : 1° que la chylurie et l'éléphantiasis sont associés à la présence d'un hématozoaire microscopique; 2° que ces affections sont le résultat d'une gêne mécanique apportée au cours des fluides nutritifs dans les capillaires sanguins et lymphatiques. Manson, adoptant ces idées, donna à sa théorie plus de précision en avançant que l'éléphantiasis simple ou nævoïde et la chylurie sont des affections de même ordre, déterminées l'une et l'autre par des stases lymphatiques, stases résultant de l'obstruction des troncs lymphatiques au voisinage des ganglions par la filaire adulte et l'inflammation qu'elle détermine.

Que le lympho-scrotum ou éléphantiasis nævoïde du scrotum, avec lymphorrhagie cutanée, soit le résultat d'une stase lymphatique due à la présence de la *Filaria sanguinis*, il est impossible d'en douter : « Dans tous les cas où on l'a recherché, on a trouvé le parasite embryonnaire dans le liquide, soit limpide, soit chyleux, exsudé par les varices lymphatiques; de plus, l'individu adulte a été trouvé dans les tissus malades par Lewis d'abord, par Silva Aranjo, par Felicio dos Santos, enfin par Manson lui-même. Dans un cas, ce dernier auteur a même pu prédire à l'avance le point exact où devait se trouver le parasite, et l'opération lui a donné raison. »

Manson n'hésite pas à admettre que les mêmes conclusions peuvent s'étendre à l'éléphantiasis vrai, considérant même le lympho-scrotum et l'éléphantiasis des Arabes comme une seule et même maladie : « Ces deux affections se produisent par le même mécanisme; seulement, dans la première, l'oblitération des lymphatiques est incomplète, et la circulation de la lymphe, quoique très entravée, est néanmoins possible. Au contraire, dans l'éléphantiasis vrai, l'oblitération est complète et permet la stagnation de la lymphe et son organisation en tissu conjonctif imparfait, d'où l'épaississement lardacé des téguments. »

La chylurie tropicale serait encore de même ordre, ainsi que semble le prouver l'alternance régulière de ce phénomène avec la lymphorrhagie cutanée, l'une succédant à l'arrêt brusque de l'autre. Il faudrait ranger dans la même catégorie, d'après Bancroft, certains abcès lymphatiques spontanés, des varices molles et des dilatations des ganglions de l'aine, certaines formes d'hydrocèle à contenu tantôt fibrineux, tantôt chyliforme. « A en croire Winckell, il faudrait encore faire rentrer dans ce même groupe une variété particulière d'ascite à épanchement laiteux, observée chez une femme qui avait vécu longtemps à Surinam, et dans laquelle on trouva des filaires embryonnaires en abondance.

Nous ne pouvons suivre M. Barth dans les développements qu'il donne à l'exposé de ces théories nouvelles et dans la discussion des objections qu'elles ont soulevées. Le résumé incomplet que nous avons fait de son travail suffira sans doute pour en faire apprécier toute l'importance, et nous terminons en faisant remarquer avec l'auteur que cette étiologie nouvelle de l'éléphantiasis et des autres affections filariennes explique parfaitement leur endémicité dans les localités marécageuses, le voisinage des eaux stagnantes qui servent de refuge habituel aux moustiques, et que les cas de guérison obtenus par Bentley au moyen des frictions mercurielles associées à la compression « ouvrent un horizon nouveau à la thérapeutique d'une série d'affections restées jusqu'ici au-dessus des ressources de l'art ». (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, n° 4, 1881.)

P. M.

Des traumatismes de la tête, suivis de lésions médullaires avec absence totale ou presque totale de symptômes cérébraux, par le docteur Putzel.

La rareté dans la littérature médicale de cas analogues à ceux dont le docteur Putzel a écrit l'histoire, donne un grand intérêt aux faits cliniques suivants.

L'un des malades avait reçu, six semaines avant son entrée à l'hôpital, un coup violent sur le sommet de la tête. Le lendemain de l'accident, quand il reprit connaissance, on constata l'existence d'une paralysie complète des membres, du côté gauche de la face et de la langue. De plus, il existait de l'anesthésie de toute la surface du corps à l'exception de la face. Après deux septenaires, la sensibilité était revenue ainsi que la motilité.

Mais actuellement, pendant la marche, le malade éprouve de la roideur musculaire dans les membres surtout du côté gauche; au dynamomètre, la puissance musculaire du bras droit est de 48 et celle du bras gauche de 30. De même, dans les jambes, la diminution de la puissance musculaire est plus grande à gauche qu'à droite. La contractilité électrique des muscles est conservée. La sensibilité, normale dans le bras droit, est diminuée dans la jambe droite et les deux membres du côté gauche. Le réflexe du tendon rotulien est augmenté des deux côtés, mais principalement à gauche.

Trois mois plus tard, la marche était encore plus embarrassée, et il existait de la contracture des fléchisseurs de l'avant-bras, surtout à gauche; des phénomènes de tendon réflexe dans les fléchisseurs et les extenseurs de l'avant-bras.

Le second cas est celui d'un homme qui a fait des excès alcooliques. Il y a deux ans, il a fait, du haut d'un mât, sur le pont d'un navire, une chute sur la région temporo-frontale droite, et comme le précédent, il avait éprouvé pendant quelques jours une paralysie et une anesthésie complète de tout le corps à l'exception de la face.

Quelque temps après l'accident, le blessé commençait à maigrir, à tousser et à avoir des hémoptysies. Il éprouvait de la gêne dans les mouvements des doigts, la flexion des jambes, et des spasmes dans les membres inférieurs. Plus tard on constata les signes de cavernes pulmonaires dans le poumon gauche.

Dans la marche, le tronc est courbé en avant, les jambes sont fléchies, et au moment où il pose à terre les orteils, on observe des contractions cloniques dans les mollets. La puissance musculaire des membres inférieurs est diminuée surtout à gauche. La sensibilité tactile est obtuse dans les membres inférieurs, les avant-bras et les mains, et surtout sur la face postérieure des avant-bras, la face dorsale des mains et la pulpe des doigts. Dans ces régions la sensibilité à la douleur est diminuée dans les membres supérieurs et augmentée dans les membr esinférieurs, surtout dans le gauche. La sensibilité thermique est aussi obtuse dans les régions sur lesquelles on a constaté la diminution de la sensibilité tactile. Les réflexes cutanés et le tendon réflexe sont augmentés dans les membres inférieurs, ainsi que pour tous les fléchisseurs de l'avant-bras. Quelque temps après on constata de l'hyperesthésie de la paume de la main et de la plante des pieds, ainsi que de l'augmentation dans la contracture des fléchisseurs et des extenseurs de l'avant-bras et du mollet.

En l'absence de symptômes cérébraux permanents, on doit chercher l'origine de ces phénomènes dans une dégénérescence descendante des faisceaux médullaires latéraux. D'ailleurs on sait que Westphall, et ensuite Duret ont observé des hémorrhagies médullaires consécutives à des violences sur le vertex.

Dans un cas semblable, observé par l'auteur, les symptômes cérébraux furent encore plus légers et moins durables. Le malade, à la suite d'un coup violent sur la tête, dans une chute sur un tronc d'arbre en plongeant sous l'eau, perdit connaissance pendant deux heures seulement. Quand il reprit conscience, il était paralysé de tous les membres. Deux jours après, la paralysie des extrémités inférieures disparut, mais celle des membres supérieurs persistait. Plus tard, Putzel constatait de la parésie et de l'atrophie des membres inférieurs, de la diminution de la contractilité musculaire de l'électricité et de l'engourdissement des mains. La guérison fut complète par l'emploi de l'iodure de potassium et de l'ergot de seigle. Dans ce dernier cas, il est vraisemblable que le traumatisme du crâne fut suivi d'une hémorrhagie dans la moelle cervicale et que le cerveau fut exempt de toute lésion. (*The medical Record*, New-York, 29 octobre 1881, p. 477.)

Des lésions rénales dans leur rapport avec l'hypertrophie cardiaque, par J. Straus.

Recherches expérimentales sur ce point si controversé. Pour étudier l'influence qu'exerce sur le volume du cœur la suppression de la fonction d'un des reins, M. Straus pratique la ligature de l'uretère. Immédiatement après cette opération, le rein s'anémie; dans une seconde phase, survient un processus de collapsus, une transformation nucléaire des épithéliums et infiltration nucléaire des interstices. En même temps le ventricule gauche s'hypertrophie, et devient plus épais, plus volumineux, plus ferme que le ventricule d'un animal normal, sans qu'on constate de lésions myocarditiques.

En somme, ces expériences, rapprochées de quelques faits cliniques rapportés par M. Straus, semblent prouver qu'une lésion primitivement et exclusivement rénale peut déterminer l'hypertrophie cardiaque. (*Arch. génér. de méd.*, janv. 1882.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'anatomie pathologique, par le docteur Lancereaux. T. II, 2e partie, 80 figures. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1881.

Les altérations dont le système sanguin est le siège sont étudiées dans cette deuxième partie du tome II. M. Lancereaux, suivant son plan habituel, expose d'abord la composi-

tion normale du sang et passe successivement en revue les altérations des globules et celles du plasma. Nous remarquons dans ce dernier chapitre une revue critique des principales théories de l'urémie. Rappelant les expériences de Bernard, les recherches de Chalvet, de Rommelaëre, l'auteur établit que les accidents rapportés à l'urémie ne doivent pas être attribués à la présence dans le sang de l'urée proprement dite, mais bien à celle des matières dites extractives dont la nature n'est pas encore bien nettement déterminée, et reconnaît que de nouvelles recherches à ce sujet sont nécessaires.

Ce n'est qu'avec beaucoup de réserves que M. Lancereaux aborde la question des parasites qu'il restreint à l'étude de la bactéridie charbonneuse. La théorie d'après laquelle chaque maladie infectieuse se caractériserait par un cryptogame ou un vibrion particulier ne lui paraît pas appuyée de preuves suffisantes. Les altérations chimiques du sang par l'oxyde de carbone, l'acide sulfhydrique, cyanhydrique, le gaz des fosses d'aisances sont rapidement étudiées.

L'auteur aborde ensuite l'étude des altérations pathologiques du cœur et des vaisseaux artériels et veineux.

Après avoir exposé les anomalies de formation et de développement du cœur, M. Lancereaux considère ces différentes malformations comme la suite naturelle de véritables maladies cardiaques développées chez le fœtus à diverses époques de la vie intra-utérine. Dans cette période, les désordres anatomiques seraient analogues à ceux que l'on observe chez l'adulte; mais en raison du développement incomplet de l'organe, leurs conséquences sont toutes différentes. Là où l'inflammation ne produisait chez l'adulte qu'un rétrécissement ou une insuffisance, on voit survenir chez le fœtus une oblitération cavitaire plus ou moins complète. Le sang, dévié de sa voie naturelle, cherche d'autres routes, s'oppose à la formation des cloisons intra-cardiaques, maintient la perméabilité du canal artériel. C'est principalement le cœur droit qui est atteint chez le fœtus, à l'opposé de ce qu'on observera plus tard. La doctrine suivant laquelle les lésions congéniales du cœur seraient une sorte de retour à un degré d'organisation inférieure ne paraît donc plus soutenable, et M. Lancereaux résume sa théorie dans cette proposition que « la tératologie du cœur est la pathologie de cet organe pendant le cours de la vie intra-utérine ».

Les anomalies de nutrition comprennent l'hypertrophie et l'atrophie du cœur. L'hypertrophie est primitive ou secondaire. La première est plus rare et atteint d'emblée le cœur tout entier. La seconde, bien autrement fréquente, est d'abord partielle et n'atteint que graduellement la totalité de l'organe.

L'atrophie vraie, qu'il ne faut pas confondre avec la stéatose du cœur, se rencontre particulièrement chez les sujets soumis à une déchéance nutritive considérable; par exemple, chez les malades atteints de cancers de l'œsophage ou de l'estomac. L'atrophie peut être partielle à la suite de certaines lésions d'orifice. C'est là un fait rare et transitoire. On a noté l'atrophie des muscles papillaires et des tendons.

Les phlegmasies du cœur comprennent les endocardites et les myocardites. M. Lancereaux a consacré à ce chapitre les développements nécessaires. Toutes les variétés de l'endocardite sont décrites successivement, les lésions représentées par des planches nombreuses et fidèles. L'auteur a traité avec un soin particulier l'endocardite végétante, ulcéreuse ou anévrysmatique. C'est principalement dans l'état puerpéral et dans l'impaludisme qu'on observe cette variété si remarquable par les accidents généraux, typhiques, auxquels elle donne lieu. On a voulu voir dans cette forme particulière de l'endocardite une maladie parasitaire. M. Lancereaux, dans son mémoire, avait signalé dans un foyer valvulaire la présence de granulations et de bâtonnets analogues aux bactéridies. Bien que plusieurs médecins allemands aient renouvelé ces recherches, dont les résultats les ont conduits à considérer la maladie comme essentiellement parasitaire, M. Lancereaux prend le parti d'une réserve prudente et n'admet pas que la démonstration soit rigoureuse.

Les maladies des artères sont largement traitées. Après avoir signalé les principales anomalies de développement et de nutrition, M. Lancereaux, rapportant à l'inflammation presque toutes les maladies artérielles, reconnaît trois genres principaux d'artérites : les exsudatives, les suppuratives et les prolifératives.

Le premier genre est assez difficile à caractériser; il comprendrait les artérites dont le produit tend vers la résolution, plutôt qu'à une organisation définitive; la lésion, souvent transitoire, pourrait, dans certains cas, déterminer la formation de caillots et l'oblitération définitive du vaisseau. Ce serait la cause habituelle de ces gangrènes sèches des extrémités, signalées dans quelques fièvres, de la gangrène des cancéreux et des diabétiques.

L'artérite suppurative est un genre plus solidement établi. Cependant, c'est une lésion rare. Elle peut être spontanée; Leudet (de Rouen) en a rassemblé une dizaine de cas. Elle est secondaire dans les cas de phlegmasies contiguës ou à la suite du traumatisme.

Le groupe le mieux défini est celui des artérites prolifératives. On trouvera d'intéressants détails sur l'artérite syphilitique qui affecte une préférence si singulière pour les vaisseaux cérébraux, tandis que l'artérite tuberculeuse atteint à la fois les vaisseaux du cerveau et ceux du poumon. L'artérite embolique est celle qui se développe autour d'un corps étranger migrateur. L'artérite en plaques, toujours partielle, résulte le plus habituellement de l'impaludisme; tandis que l'artérite généralisée, noueuse ou déformante, ou variqueuse, qui comprend ce qu'on a souvent décrit sous le nom de dégénérescence athéromateuse, a pour causes principales l'arthritisme et le saturnisme.

L'étude des anévrysmes, des néoplasies, des hypoplasies (stéatose, calciose, etc.), des plaies et des ruptures, complète cet important chapitre des lésions artérielles.

La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée aux maladies des veines traitées sur le même plan que les maladies des artères.

Nous n'avons voulu donner ici qu'un aperçu du livre de M. Lancereaux. On ne pouvait en faire une véritable analyse qu'en suivant l'auteur dans tous les détails des descriptions anatomiques. L'œuvre, déjà considérable, n'est pas encore terminée. Le prochain volume sera consacré à l'étude des lésions du système locomoteur.

B.

Index bibliographique.

Essai sur la broncho-pneumonie érysipélateuse, par le docteur H. Stackler, ancien interne des hôpitaux. Thèse de Paris, 1881. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

La distinction clinique et anatomo-pathologique entre la pneumonie franche et la broncho-pneumonie, surtout lorsqu'elle revêt la forme pseudo-lobaire, se montre souvent difficile, mais un point plus obscur encore, malgré les travaux récents de MM. Damaschino et Joffroy, c'est la relation qui existe vraisemblablement entre les diverses formes de la broncho-pneumonie et les causes si variées qui la produisent. M. H. Stackler, en réunissant les documents relatifs à la broncho-pneumonie érysipélateuse, a voulu poser un premier jalon dans cette voie à peine explorée jusqu'ici. Après une judicieuse discussion des cas antérieurement publiés par Gubler, Labbé, Strauss, il relate plusieurs observations nouvelles d'érysipèle cutané propagé aux organes respiratoires ou de broncho-pneumonie suivie d'érysipèle du pharynx et de la face. Il puise dans cet ensemble de faits et dans l'étude minutieuse de la marche clinique de l'affection broncho-pulmonaire des arguments probants en faveur de la thèse qu'il soutient : l'érysipèle peut du tégument se propager au poumon par la trachée et les bronches; il détermine alors une pneumonie lobulaire, le plus souvent à forme

pseudo-lobaire, parfois unilatérale, lorsqu'une seule bronche a été envahie. La marche de cette broncho-pneumonie est très rapide et rappelle les principaux caractères de l'évolution de l'érysipèle cutané. M. H. Stackler reconnaît d'ailleurs que cette affection est rare et que de nouvelles recherches sont nécessaires relativement à l'état des ganglions bronchiques et à l'étude histologique des lésions.

DE LA MORT RAPIDE PAR LE TRAUMATISME CHEZ LES SUJETS ATTEINTS DE NÉOPLASMES PROFONDS, par le docteur A. CERNÉ, ancien interne des hôpitaux. Thèse de Paris, 1881. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Cette intéressante étude vient apporter une confirmation nouvelle aux travaux de M. Verneuil sur l'influence du traumatisme dans les états constitutionnels. L'auteur passe successivement en revue les cas où le traumatisme a été accidentel et ceux où il s'est agi d'une opération chirurgicale; il démontre que, le plus souvent, la terminaison fatale a été trop prompte pour pouvoir être uniquement attribuée à une généralisation consécutive rapide du néoplasme dans les différents viscères ou à un véritable coup de fouet donné par le traumatisme aux tumeurs malignes profondes jusque-là silencieuses et méconnues. M. Cerné pense qu'il faut bien plutôt voir dans ces faits la preuve de l'éveil de la *diathèse* par le traumatisme et la production de graves altérations du sang déterminant des phénomènes de septicémie aiguë. Il reconnaît cependant que l'existence de la *manifestation* cancéreuse est nécessaire, et que l'importance de l'organe affecté et la multiplicité ou le volume des néoplasmes profonds ne sont pas sans influence sur le mécanisme des accidents ultimes. Il conclut, en terminant, à la gravité du pronostic d'un traumatisme de quelque nature qu'il soit, ainsi qu'à une extrême réserve et souvent à une prudente abstention au point de vue opératoire, lorsqu'on a quelque raison de soupçonner un néoplasme profond, le plus souvent impossible à diagnostiquer d'une façon certaine.

DU LAVAGE DE L'ESTOMAC, par le docteur H. FAUCHER, ancien interne des hôpitaux. — Paris, 1881. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Dans ce travail l'auteur décrit le manuel opératoire, si simple, du lavage de l'estomac au moyen de la sonde molle, jouant le rôle de siphon, procédé dont il est l'inventeur et dont il établit nettement la supériorité sur l'emploi de la sonde œsophagienne rigide et de la pompe aspiratrice. Il passe ensuite en revue les indications de ce mode de traitement, et appuie sur des observations intéressantes les conclusions qu'il formule en terminant : Le lavage est indiqué toutes les fois que la muqueuse gastrique est malade, que le catarrhe soit primitif ou secondaire, qu'il y ait ou non dilatation de l'estomac. Il fournit surtout de bons résultats dans les cas de catarrhe chronique, de catarrhe avec dilatation, d'ulcère simple, de gastrite alcoolique. Il est utile à titre de palliatif dans le cancer. Il peut être employé dans les cas d'empoisonnements et fournir des indications pour les recherches médico-légales.

DE LA CÉCITÉ ET DE LA SURDITÉ DES MOTS DANS L'APHASIE, par Mlle NADINE SKWORTZOFF. Thèse de Paris, 1881. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

La thèse de Mlle Skwortzoff renferme une intéressante et minutieuse étude clinique des diverses variétés de l'aphasie, basée sur un grand nombre d'observations dont la plupart sont inédites. Après un historique de la localisation du siège de la lésion dans l'aphasie, l'auteur s'attache à la description de deux modalités particulières de la non-perception des signes du langage, variétés étudiées tout d'abord par Kussmaul et compliquant d'ordinaire l'aphasie : la cécité et la surdité des mots. On désigne par là, dans le premier cas, le défaut de compréhension des signes de la pensée représentés par l'écriture, d'où l'impossibilité de la lecture, la vue étant conservée; dans le second cas, le défaut de compréhension des mots prononcés par une autre personne, sans qu'il y ait lésion de l'organe de l'ouïe. Il va sans dire que l'intelligence est supposée intacte. L'auteur semble, avec M. Magnan, admettre l'existence de fibres conductrices, reliant au centre du langage articulé (3e frontale gauche) les centres corticaux où les différentes sensations se transforment en images sensitives; d'après ce schéma, la cécité et la surdité des mots reconnaîtraient pour cause, soit la destruction de ces fibres unitives, nées des centres visuel et auditif, soit une lésion partielle de ces centres. C'est là une ingénieuse hypothèse qui s'appuie sur l'existence, peut-être contestable encore, de la localisation des différents centres sensitifs dans l'écorce cérébrale.

DES TUMEURS PERLÉES DE L'IRIS, par le docteur E. MASSE, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. — Bordeaux, 1881. — DE LA FORMATION PAR GREFFE DES KYSTES ET DES TUMEURS PERLÉES DE L'IRIS. Du même auteur. — Bordeaux, 1881.

M. Masse étudie dans ces deux brochures l'anatomie pathologique des tumeurs perlées et des kystes de l'iris, ainsi que leur mode de développement à la suite d'un traumatisme du globe oculaire avec plaie pénétrante de la cornée. Ce sont, non pas les cils, mais les bulbes ciliaires ou les minces lambeaux de peau ou de conjonctive entraînés dans la chambre antérieure par l'instrument vulnérant qui viennent se greffer sur l'iris et qui sont l'origine tantôt des kystes, tantôt des tumeurs perlées. M. Masse aé par de nombreuses expériences sur les animaux, vérifié la réalits de cette interprétation des faits cliniques. Il formule en outre le- indications opératoires auxquelles le chirurgien devra se confor, mer pour le traitement de cette lésion du globe oculaire.

TRAITÉ PRATIQUE DES AFFECTIONS CUTANÉES OU MALADIES DE LA PEAU BASÉ SUR UN NOUVEAU TRAITEMENT, par le docteur C. BRAME (de Tours). — Paris, F. Savy.

M. Brame insiste beaucoup et à plusieurs reprises pour bien faire comprendre qu'il guérit les maladies cutanées par un traitement *nouveau;* qu'il a eu le mérite, il y a un quart de siècle et depuis lors, de découvrir que la plupart des affections cutanées sont des affections locales ; qu'il n'existe pas de diathèse arthritique ou herpétique pouvant les entretenir; que, par conséquent, le traitement interne des maladies de la peau doit être rejeté. A ce traitement l'auteur substitue un traitement obturateur, substitutif et antiseptique, ou antibiique, ou bien obturateur-modificateur. Les médicaments locaux sont le coaltar ou les produits qu'on en retire par l'alcool à 96 degrés, auxquels on ajoute l'iodure argentique, ou le précipité d'eau blanche. Ajoutez à cela l'emploi des ventouses scarifiées, de la cautérisation, ou de la ponction. Proscrivez l'usage *intus* et *extra* des eaux minérales, voire même des bains. Niez surtout l'efficacité du traitement diathésique des maladies de peau, et vous aurez une idée des principes que cherche à vulgariser M. Brame. Nous ne nions ni ses succès, ni sa bonne foi. Mais nous demeurons convaincu, avec la plupart des médecins français, qu'il y a autre chose à faire quand on se trouve en face d'un psoriasis ou d'un eczéma rebelles. Aussi nous bornons-nous à signaler ce livre, qui ne nous paraît pas de nature à faire oublier la traduction revue et annotée par MM. E. Besnier et A. Doyon, du beau traité de Kaposi.

ANNUAIRE DE THÉRAPEUTIQUE, DE MATIÈRE MÉDICALE, DE PHARMACIE ET D'HYGIÈNE POUR 1881, par A. BOUCHARDAT, 41e année. — Paris, Germer Baillière, 1881.

Chacun connaît ces annuaires, résumés très utiles, très fidèles et très précis de ce qui a été publié en thérapeutique pendant l'année courante. On peut en discuter le plan; on ne saurait en méconnaître l'intérêt.

VARIÉTÉS

NOUVEAU CACHET D'OCULISTE ROMAIN. — Cette nouvelle pierre sigillaire, la troisième trouvée en Auvergne, a été découverte en 1878 dans la commune de Collanges, arrondissement d'Issoire. Elle a été présentée récemment à M. Cohendy, archiviste de l'académie de Clermont, qui y a reconnu un cachet d'oculiste, et l'a communiquée à M. Robert Mowat, membre de la Société des Antiquaires de France, et tout spécialement compétent en ce genre de monuments épigraphiques. Celui-ci a rédigé à ce sujet, pour les membres

de l'académie de Clermont, une note explicative qu'il a bien voulu nous adresser.

Ce nouveau cachet est un bâtonnet parallélipédique, dont chaque face porte une inscription. Malheureusement, une cassure a emporté trois ou quatre lettres au commencement de chaque ligne. Mais les lacunes ont été remplies par M. Mowat d'une manière qui ne laisse aucune incertitude, et les inscriptions reconstituées se présentent dans l'ordre suivant quand on fait tourner le cachet successivement autour de ses arêtes :

[corn]ELI TRYFONIS
[diamys]VS AD CICAT[ricem]
[corneli] TRYFONIS
[meli]NVM AD CLAR[itatem]
corne[L]i TRYFONIS
[tha]LASSER[os] AD CLAR[itatem]
[corne]LI TRYFON[is]
[dia]EPI[dos] ADASP[ritudinem] *ou* ritudines.

Le nom de *Tryfon* ou *Triphon* est encore porté en Auvergne par plusieurs familles, notamment dans les cantons de Saint-Gervais et de Manzat, canton de Riom.

A. D.

LABORATOIRE DE PHYSIOLOGIE ET DE ZOOLOGIE. — Le ministre de l'instruction publique et des cultes vient de prendre l'arrêté suivant :

ART. 1er. — Il est institué près le ministère de l'instruction publique une commission des laboratoires de physiologie et de zoologie maritimes.

ART. 2. — Cette commission préparera un règlement fixant les conditions dans lesquelles seront admis à travailler les savants et les élèves étrangers aux laboratoires, et déterminant les formalités à remplir pour obtenir l'envoi d'animaux destinés à servir de sujets d'expériences.

Elle donnera son avis sur toutes les questions qui lui seront soumises relativement aux laboratoires de physiologie et de zoologie maritimes.

ART. 3. — La commission est composée comme il suit : *Président :* M. le ministre. — *Vice-président :* M. le directeur de l'enseignement supérieur. — *Membres :* MM. Berthelot, Bureau, Duchartre, de Lacaze-Duthiers, Milne Edwards, Perrier, Pouchet, Prillieux, Regnard, Ch. Robin.

NÉCROLOGIE. — Il vient de s'éteindre un peu obscurément, à Paris, un confrère dont le nom est pourtant attaché à deux méthodes thérapeutiques importantes, et dont l'une est fort en honneur aujourd'hui. Ce confrère est VICTOR-THÉODORE JUNOD, le créateur de l'*hémospasie*, l'inventeur des *bottes*, autrefois célèbres, et d'autres récipients faisant fonction d'immenses ventouses, l'un des premiers qui aient entrevu les avantages de l'*aérothérapie*, du séjour dans des chambres à air comprimé. Il a publié en 1875, chez G. Masson, un grand ouvrage, le *Traité théorique et pratique de l'hémospasie*, où il a rassemblé toutes les vues et toutes les observations sur les applications de la révulsion par hémospase. Junod était lauréat de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, et membre correspondant de la Société royale de Londres.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret, l'article 20 du décret du 30 mai 1875 est ainsi modifié :

« Dorénavant les emplois du service de santé aux colonies seront attribués à ceux des médecins de la marine qui en feront la demande, ou donnés à la suite des concours ouverts dans les écoles et d'après les dispositions ordinaires établies pour l'avancement.

» Toutefois, lorsqu'il y aura lieu de remplir, entre deux concours, des emplois devenus vacants dans le service aux colonies, et que des demandes n'auront pas été produites, il sera procédé à ces remplacements dans l'ordre résultant de la liste d'embarquement et d'envoi aux colonies, tenue à Paris ».

SERVICE DE SANTÉ. — M. Beaussier (Hyacinthe-André-Gustave), médecin de 1re classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal (2e tour. — Choix).

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Concours spécial pour la nomination à quatre places d'accoucheur des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 27 mars 1882, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le samedi 22 février 1882, et sera clos définitivement le samedi 11 mars, à trois heures.

LES VICTIMES DE LA SCIENCE. — M. Dumas, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, vient de recevoir du ministre de l'intérieur des instructions pour faire établir la liste de tous les savants qui sont morts ou qui ont été blessés en exécutant des expériences ou en faisant des recherches dans l'intérêt de la science. Les intentions du gouvernement sont d'accorder une pension nationale aux veuves et aux enfants de ces savants, ou à ceux d'entre eux qui ont été blessés. (*Union médicale.*)

MORTALITÉ A PARIS (3e semaine, du vendredi 13 au jeudi 19 janvier 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2225910 habitants. — Nombre total des décès : 1179, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 30. — Variole, 21. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 50. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 45.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 194. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 72. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 84. — Bronchite aiguë, 61. — Pneumonie, 123. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 43; au sein et mixte, 29; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 111; de l'appareil circulatoire, 72; de l'appareil respiratoire, 101; de l'appareil digestif, 46; de l'appareil génito-urinaire, 19; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 2. — Morts violentes, 14. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 3e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1274 naissances et 1179 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1088, 1092, 1281, 1182. Le chiffre de 1179 décès relevé dans le bulletin de ce jour est donc supérieur au chiffre des décès survenus pendant les quatre dernières semaines.

La comparaison avec la 2e semaine des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques fait ressortir :

Une atténuation pour la diphthérie (50 décès au lieu de 72 pendant la 2e semaine), l'érysipèle (2 au lieu de 5), l'infection puerpérale (5 au lieu de 8).

Une aggravation pour la fièvre typhoïde (30 décès au lieu de 28), la variole (21 au lieu de 10), la rougeole (13 au lieu de 12), la scarlatine (5 au lieu de 3), la coqueluche (4 au lieu de 1).

Dr BERTILLON,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Nouveau formulaire de poche d'après les formules des médecins viennois, par M. le docteur Carl Czuborka, traduit par M. A. Oberlin. 1 vol. in-18. Paris, G. Masson. 5 fr.

Leçons sur les modifications du sang, sous l'influence des agents médicamenteux et des pratiques thérapeutiques, par le professeur G. Hayem, recueillies par M. L. Dreyfus-Brisac, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-8. Paris, G. Masson. 12 fr.

Étude comparée du médicament et de la série médicamenteuse, par M. le docteur Duboué (de Pau). 1 vol. in-8. Paris, G. Masson. 4 fr.

De la syphilis et du testicule, par M. le docteur Paul Reclus. 1 vol. grand in-8 avec 6 planches, dont 4 en couleur. Paris, G. Masson. 8 fr.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

De l'emploi de la Codéine en thérapeutique.

La Codéine possède des propriétés sédatives incontestables et rend de réels services chaque fois qu'il est possible d'administrer ce médicament pur sous une forme permettant un dosage rigoureusement exact.

Barbier, d'Amiens, est le premier qui ait soumis la Codéine à une étude clinique approfondie. Administrée par lui à des malades atteints de névralgie, elle a donné les résultats suivants : cessation de la douleur et des autres accidents, pas de modifications sensibles dans les fonctions de la circulation et de la respiration, non plus que dans les fonctions digestives : pas de constipation, pas de diarrhée. Les malades qui prennent de la *Codéine pure* ont un sommeil calme, paisible et réparateur ; au réveil, ils ont l'encéphale parfaitement libre, ils sont gais et ont une figure ouverte et rosée.

Les malades, au contraire, qui sont sous l'influence de la morphine, ont la tête lourde au réveil, les paupières pesantes, et se plaignent d'engourdissement et d'accablement, de vertiges et souvent de constipation opiniâtre.

Magendie, en administrant de la Codéine pure à un certain nombre de malades à l'Hôtel-Dieu, a pu se convaincre que ce médicament procure un sommeil calme et paisible, non suivi le lendemain des inconvénients que l'on reproche à la morphine.

Martin Solon, en employant du sirop de Codéine pure, a obtenu chez des phthisiques un sommeil facile avec diminution de la toux et de l'expectoration et jamais de congestion cérébrale.

Krebel, Dumont, Edm. Ropiquet, Berthé, Claude Bernard ont obtenu des effets analogues en administrant de la Codéine pure à des malades qui ne pouvaient pas suppporter la morphine.

Aran et Vigla ont présenté à l'Académie de médecine le résultat de leurs recherches. Douze malades atteints d'affections diverses, douleurs avec contracture, névralgies, gastralgies, insomnies persistantes, rhumatismes, ont été traités avec succès par le sirop de Codéine pure.

Deux observations sont particulièrement concluantes, car la Codéine a soulagé deux sujets qui étaient inutilement soumis à l'usage de l'extrait thébaïque, l'un depuis un mois, l'autre depuis dix jours.

« Pour résumer en quelques mots l'impression que m'a » faite ce médicament, je dirai que la Codéine me paraît » réunir en elle ce que l'opium offre de plus merveilleux et de » plus efficace. » (Aran, *Note sur l'emploi de la Codéine*, Académie de médecine, 1857.)

Trousseau et Pidoux ont obtenu les mêmes résultats que Claude Bernard. La Codéine endort surtout en faisant cesser les phénomènes qui s'opposent au sommeil, la toux par exemple. « En effet, il arrive à peu près constamment que les malades atteints de bronchite aiguë, arrivés à la période d'hyperesthésie et de spasmes des bronches, tourmentés par une toux continuelle, sont remarquablement soulagés avec une ou deux cuillerées de sirop de Codéine pris au commencement de la nuit, soit pur, soit dans une infusion chaude.

» Le malade éprouve un bien-être marqué à ne plus tousser et à pouvoir laisser entrer l'air librement dans sa poitrine. » (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, Paris, 1877.)

La Codéine, dit le professeur Gubler, plus maniable que la morphine, est prescrite aux personnes qui supportent mal l'opium et particulièrement aux très jeunes enfants, aux femmes, aux vieillards et aux sujets menacés de congestions cérébrales.

Le sirop de Berthé est cité avantageusement. (Gubler, *Commentaires thérapeutiques du* Codex medicamentarius, p. 587.)

Le professeur Fonssagrives se montre très partisan de la Codéine à la condition d'avoir un médicament pur ne contenant pas la moindre trace de morphine.

Le docteur F. Leblanc, dans le *Journal de Thérapeutique* du 25 avril 1881, s'exprime en ces termes :

« La cause à laquelle j'attribue certaines divergences d'opi» nions entre les auteurs également recommandables, doit » résider dans les fréquentes sophistications de la Codéine » que des industriels peu scrupuleux remplacent par des » doses plus ou moins variables de chlorhydrate de morphine. » Mon observation personnelle me permet d'attribuer à la » Codéine une action soporifique très réelle et fort précieuse » par sa douceur et la facilité avec laquelle elle se dissipe » sans laisser après elle aucun symptôme pénible. Cette action » est très remarquable dans les bronchites aiguës et sub» aiguës à tel point que, sans vouloir l'affirmer, je serais tenté » d'attribuer à cet alcaloïde une action calmante élective sur » la muqueuse des bronches et du larynx. Ce fait est que, » sous son influence, les sensations de picotement et de cha» touillement siégeant au larynx et provoquant la toux, se » calment promptement, et le sujet s'endort tranquillement » pour plusieurs heures d'un sommeil paisible et réparateur. » Un des grands avantages de la Codéine, c'est encore de » pouvoir être acceptée par des sujets qui sont incapables de » supporter la morphine, soit à cause de leur tempérament » trop nerveux, soit en raison d'idiosyncrasies ignorées. »

En résumé, les observations qui précèdent démontrent que la Codéine est un précieux calmant, efficace contre les insomnies, les rhumes, les bronchites, l'asthme et la coqueluche, etc., à la condition d'avoir un médicament pur et toujours identique dans sa composition.

A cet égard on aura toute garantie en prescrivant le *sirop, la pâte de Berthé.* Chaque cuillerée de sirop contient 15 milligrammes de Codéine pure et chaque morceau de pâte 1 milligramme.

La médication chlorhydro-pepsique,

par le docteur G. DUBOIS.

M. Damaschino définit la dyspepsie : « Un état morbide caractérisé par la lenteur et la difficulté de la digestion. » Cette définition, qui est uniquement symptomatique, est très exacte, car la dyspepsie n'est véritablement qu'un symptôme survenant à titre de trouble fonctionnel, soit pendant l'évolution d'une maladie de l'estomac, soit dans le cours ou la suite d'une maladie générale.

L'étiologie de la dyspepsie est des plus variées, car l'âge, le sexe, le tempérament, les habitudes, certaines diathèses, sont autant de causes pouvant influer d'une manière notable sur le développement et la marche des troubles digestifs. C'est ce qui explique les formes symptomatiques si variées sous lesquelles se présente cet état pathologique, et la résistance qu'il oppose si souvent aux traitements les plus rationnels.

Parmi les nombreuses médications préconisées contre les dyspepsies, en première ligne se placent les ferments digestifs, et, en particulier, la pepsine. Mais, pour que ces agents digestifs possèdent une action efficace, ils doivent se rapprocher le plus possible de leur état naturel. C'est le but qu'a poursuivi M. Grez, qui, s'inspirant des travaux de MM. Ch. Richet et Berthelot, sur le suc gastrique, est parvenu à combiner la pepsine à l'acide chlorhydrique, reproduisant ainsi une combinaison physiologique (*chlorhydro-pepsine*) qui rappelle le suc gastrique par ses éléments actifs.

Ce nouveau ferment possède une action digestive beaucoup plus énergique que la pepsine ordinairement employée; associé à la pancréatine, à la coca et aux amers, qui complètent son action eupeptique, il constitue la base de l'élixir chlorhydro-pepsique Grez.

Cette préparation agit non seulement par son action digestive, mais aussi en activant la sécrétion du suc gastrique.

De nombreuses expériences faites dans les hôpitaux et en ville, grâce au concours de MM. Archambault, Bouchut, Dujardin-Beaumetz, Ch. Frémy, de l'Hôtel-Dieu, Gubler, Huchard, Lucas-Championnière, médecins et chirurgiens des hôpitaux, de M. Chéron, médecin en chef de Saint-Lazare, ont démontré l'efficacité remarquable de cette nouvelle médication dans le traitement des dyspepsies.

Son emploi, dans de nombreux cas de dyspepsies rebelles, a produit une amélioration rapide, une rémission complète des symptômes douleur, météorisme stomacal, éructations, pyrosis, vomissements, diarrhée.

Les troubles digestifs, si fréquents chez les adolescents (surtout à l'époque de la puberté), chez les chloro-anémiques, ont toujours cédé sous l'influence de ce traitement.

La phthisie se complique presque toujours de dyspepsie, de vomissements opiniâtres qui aggravent rapidement l'état des malades; l'élixir chlorhydro-pepsique a donné, dans ces cas, d'excellents résultats en faisant cesser les vomissements et en modifiant l'état des voies digestives.

Des rhumatisants, des goutteux qui, depuis longtemps, ne digéraient qu'avec une extrême difficulté, ont vu leurs fonctions digestives se rétablir après quelques jours de ce traitement.

Enfin, un dernier point fort important sur lequel nous voulons insister : tous les praticiens savent combien les troubles gastro-intestinaux sont graves et fréquents chez l'enfant, et combien les ressources de la thérapeutique pour les combattre sont limitées.

MM. Archambault et Bouchut ont expérimenté l'élixir Grez à l'hôpital des Enfants dans de nombreux cas de diarrhées chroniques, de vomissements; sous l'influence de cette médication, diarrhées et vomissements ont cessé rapidement, les fonctions digestives ont repris leur cours régulier, et cela même dans l'affection si grave et si rapidement mortelle, le choléra infantile.

Cette préparation se donne à la dose de une à deux cuillerées à bouche, aux repas, pour les adultes, et pour les enfants, une à deux cuillerées à café, pur ou mélangé avec un peu d'eau.

Dans ce rapide exposé, nous avons voulu appeler l'attention sur ce nouveau traitement des dyspepsies, en consignant les résultats de son emploi. Les nombreuses guérisons obtenues permettent d'affirmer que cette préparation est indiquée toutes les fois qu'il y a inaptitude à digérer.

(*Union médicale.*)

De la médication martiale, d'après les travaux scientifiques les plus récents.

Jusque dans ces dernières années on ne pouvait constater les effets de la médication martiale que par l'amélioration observée dans l'état général des malades; maintenant, grâce aux récents travaux de M. G. Hayem (1), professeur à la Faculté de médecine de Paris, on peut, pour ainsi dire, suivre pas à pas l'évolution de la réparation hématique sous l'influence des ferrugineux, lorsqu'on fait usage d'une bonne préparation.

Il est un fait, aujourd'hui incontesté, c'est que l'acide chlorhydrique est l'acide du suc gastrique (2). Il était dès lors rationnel de chercher une préparation présentant le fer sous la forme qu'il doit revêtir, en dernière analyse, pour pénétrer dans l'économie et y être assimilé, et qui puisse traverser l'estomac sans rien distraire des qualités essentielles du suc gastrique.

On comprend l'importance de cette donnée physiologique. Le docteur Rabuteau (3), dont les travaux ont été couronnés pas l'Institut de France, s'est appuyé sur cette donnée fondamentale lorsqu'il s'est livré à une étude des divers ferrugineux. Ses recherches et des observations nombreuses l'ont amené à déterminer la préparation qui remplissait les conditions voulues.

Afin d'en faciliter l'administration dans la pratique médicale, le Fer Rabuteau est présenté sous trois formes: dragées, élixir et sirop.

Dragées de Fer Rabuteau. — Ce sont des pilules recouvertes de sucre, elles doivent être prises au repas. A moins d'avis contraire de la part du médecin, on prendra 4 dragées par jour : 2 au déjeuner, 2 au dîner; on pourra élever progressivement la dose, d'abord jusqu'à 6 chaque jour, et 8 ensuite s'il est nécessaire.

Les Dragées de Rabuteau ne noircissent pas les dents et sont supportées par les estomacs les plus faibles sans produire de constipation.

Élixir de Fer Rabuteau. — Cet élixir, très agréable au goût, aussi limpide qu'une eau minérale, est recommandé lorsqu'on éprouve de la difficulté à avaler les dragées.

Dose : un verre à liqueur à chaque repas, on peut le prendre pur dans un peu d'eau.

Grâce aux principes toniques et aromatiques de l'écorce d'orange entrant dans sa composition, l'Elixir Rabuteau est très utile aux personnes délicates dont les fonctions digestives ont besoin d'être rétablies ou stimulées.

Sirop de Fer Rabuteau. — Ce sirop s'emploie comme l'élixir, il est destiné aux enfants, qui le prennent avec plaisir, à cause de son goût agréable, aromatique et légèrement sucré.

Dose pour les enfants : une cuillerée à dessert à chaque repas.

Pour obtenir de bons résultats, il est indispensable de prendre chaque jour le Fer Rabuteau avec une très grande régularité. Il faut bien se garder d'en cesser l'usage dès que l'on éprouvera du mieux, car dans ce cas la maladie s'accentuerait de nouveau.

Les ingénieux appareils imaginés par MM. Potain, Hayem et Malassez pour l'examen microscopique du sang (1) ont permis aux médecins d'étudier comparativement la valeur des divers ferrugineux.

Il résulte de ces études comparatives que le Fer Rabuteau augmente le nombre, le volume et le pouvoir colorant des globules rouges du sang avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Les effets thérapeutiques ont été rapides et énergiques : chez des femmes dont les règles avaient cessé depuis un grand nombre de mois, l'aménorrhée disparut; chez d'autres atteintes d'un état chloro-anémique persistant depuis longtemps et d'autant plus grave que les ferrugineux ordinaires n'étaient pas supportés, le Fer Rabuteau ramena en peu de temps les fonctions digestives à leur état normal. Il devait en être ainsi, puisque ce ferrugineux, ainsi qu'on l'a vu précédemment, n'a pas besoin de l'intervention du suc gastrique pour être rendu assimilable.

Par de nombreuses observations cliniques, il a été constaté que le Fer Rabuteau était parfaitement toléré, et que non seulement il ne produisait pas de constipation, mais que souvent il la faisait disparaître, non pas en exerçant une action purgative, mais en guérissant l'état pathologique qui l'avait déterminée.

Sous les climats les plus différents, le Fer Rabuteau a produit de bons effets.

En Algérie, où les cas d'anémie, de cachexie ou de chlorose sont fréquents et tenaces, les médecins de colonisation sont habitués à administrer le fer sous toutes ses formes; ils ont constaté que le Fer Rabuteau rétablissait plus rapidement que toute autre préparation les sujets profondément anémiés.

« Les Dragées de Rabuteau, dit le docteur Louis Gavandan (de l'Oued-Zenati), agissent vite et ne produisent pas de constipation. »

Le Conseil médical de santé de Saint-Pétersbourg, après les études les plus minutieuses, a ordonné l'importation en Russie des Dragées de Rabuteau *comme médicament d'utilité publique.*

En présence d'expériences si précises et d'observations cliniques si concluantes on peut affirmer que

La médication martiale par le Fer Rabuteau est la plus rationnelle de la thérapeutique.

(1) *Recherches sur l'anatomie normale et pathologique du sang.* Paris, 1878. — *Leçons de thérapeutique.* Paris, 1880.

(2) *Recherches sur le suc gastrique, Comptes rendus de l'Institut de France*, séances de l'Académie des sciences, 11 décembre 1871; 5 janvier et 3 mai 1875. — *Union médicale*, années 1871, 1872 et 1875. — Ch. Richet, *Du suc gastrique chez l'homme et les animaux.* Paris, 1878.

(3) Le docteur Rabuteau est l'auteur des ouvrages suivants : *Traité de thérapeutique et pharmacologie*, 1 vol., 1200 pages. Paris, 3e édition. — *Traité de toxicologie.* 1 vol. 600 pages avec figures. Paris. — *Traité de chimie médicale*, 1 vol avec 108 figures. Paris.

(1) Robert Moriez, *La Chlorose*, thèse d'agrégation. Paris, 1880.

Les peptones.

Tous les médecins savent qu'il existe des peptones dont les formules sont très diverses. L'embarras est de savoir auxquelles il faut s'adresser de préférence. Il n'y a pas de doute que celles qui se rapprochent le plus des produits des fonctions naturelles de l'estomac sont les plus rationnelles. Or, parmi celles-ci, il faut ranger les peptones pepsiques de Chapoteaut. Elles sont préparées avec une pepsine capable de digérer 700 à 800 fois son poids de fibrine, et représentent 35 à 40 pour 100 de peptone; c'est-à-dire qu'un kilogramme de viande donne 350 à 400 grammes de peptone ou viande assimilable, dont le titre est toujours régulier et conforme à la formule publiée dans le *Bulletin de thérapeutique*, par M. Chapoteaut. Le pouvoir nutritif des peptones n'est plus contesté. Plocz et Maly, par leurs expériences sur les animaux, ont prouvé que ceux-ci, nourris avec les peptones, ont augmenté de poids d'une manière sensible en peu de temps. Chez l'homme, de nombreux essais thérapeutiques ont donné des résultats tout à fait satisfaisants, puisque l'on a lu dans tous les journaux de médecine, des observations de malades qui ont été alimentés avec des peptones et qui ont récupéré, en peu de temps, leurs forces et leur embonpoint. Dans les cas les plus divers de maladies de l'estomac, même dans les ulcères et cancers; dans la convalescence des maladies aiguës, les maladies chroniques, les diathèses scrofuleuse et tuberculeuse, l'anémie, la chlorose, etc., les peptones ont presque toujours été parfaitement supportées, ont ramené l'appétit, la régularité des digestions et permis de reprendre l'alimentation ordinaire, en même temps que s'accentuaient le retour des forces et l'augmentation du poids des malades.

Parmi divers faits récemment publiés nous en signalons deux que nous empruntons à la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*. Une dame de vingt ans, avec de bons antécédents, accouchée prématurément à sept mois, après une altercation violente avec son mari, fut prise de délire aigu pour lequel on dut l'interner à l'asile des aliénés de Bordeaux, où elle séjourna environ quatre mois. Le traitement qu'avait nécessité cette longue maladie, ainsi que les phénomènes intercurrents, avaient amené une dépression des forces et une émaciation telles que la malade ne pesait plus que 30 kilogrammes. Ayant fait un usage persévérant de peptones pepsiques que M. Chapoteaut avait obligeamment mis à la disposition de la clinique, ses forces s'étaient insensiblement améliorées, ses hallucinations avaient diminué et fait place à une simple manie qui disparut bientôt. Mme L... quittait l'asile quatre mois après, complètement guérie. Elle avait pris un peu d'embonpoint; sa face était colorée, elle pesait 42 kilogrammes.

Le second cas est plus intéressant.

M. L..., cinquante-sept ans, entrait à la clinique médicale de la Faculté, le 3 janvier 1880. C'était un homme profondément amaigri, ne pouvant se soutenir, et si faible qu'il ne pouvait rester un instant assis dans son lit. Il était véritablement d'une pâleur cadavérique. Il se plaignait d'une maladie d'estomac qui durait depuis dix-huit mois et caractérisée par des vomissements incessants, environ trois quarts d'heure après l'ingestion; jamais, toutefois, le malade n'avait vomi de sang ni de matière colorée en noir. Il n'accusait pas la douleur xyphoïdienne. A l'examen, dilatation de l'estomac, sans tumeur gastrique. Le malade n'avait pas la teinte jaune paille des cancéreux. A plusieurs reprises, il avait été soumis au régime lacté qui lui avait procuré huit à quinze jours de répit, mais la maladie avait toujours pris le dessus. Enfin, il accusait une constipation des plus opiniâtres et l'intestin était rempli jusqu'au côlon tranverse par des matières fécales durcies.

Le diagnostic fut le suivant : gastrite chronique avec paralysie intestinale; malgré l'absence de tumeur abdominale et d'hématémèse antérieure ou de mélæna, malgré l'absence de la douleur xyphoïdienne, les plus grandes réserves furent faites sur la possibilité d'un ulcère ou d'un cancer de l'estomac.

Le lait n'étant pas toléré, on prescrivit les préparations de peptones pepsiques (vin de peptone pepsique) de M. Chapoteaut, tout en ayant soin de faire vider l'intestin au moyen de lavements à l'eau de Seltz. Pendant cinq jours, le malade fut exclusivement alimenté par ces préparations. Il ne vomit pas une seule fois. Il dit se trouver beaucoup soulagé et reprendre un peu de ses forces. En réalité, il répondait mieux aux questions qu'on lui adressait et pouvait plus facilement rester assis sur son lit pendant trois à quatre minutes environ.

Au bout de ces cinq jours, on voulut essayer de donner un peu de lait. Une première tasse à café, prise en plusieurs fois, passa bien. Mais à la seconde, administrée deux heures après, il eut des vomissements. En même temps, le malade accusait des renvois acides.

On fut donc forcé de cesser le lait et de revenir à l'alimentation par les peptones seules. Pendant dix nouveaux jours, le sujet fut nourri exclusivement par ces préparations sans qu'il y eût le moindre vomissement ni même le moindre renvoi acide. L'état général allait s'améliorant; le malade dormait, il s'asseyait seul sur son lit et restait dans cette position plus d'une demi-heure sans se fatiguer. On dut recourir de nouveau à l'administration d'un lavement à l'eau de Seltz.

Après ces dix jours, on fit une nouvelle tentative au moyen du lait additionné d'eau de chaux, qui fut bien supporté et que l'on continua dès lors conjointement avec les préparations de peptones. Cependant, vers le cinquième jour, le malade se plaignait de quelques renvois acides, qui disparurent facilement à l'aide de la glycérine et de la teinture de noix vomique.

Huit jours après, de grands progrès avaient été réalisés. Le malade lisait assis sur son lit; il se sentait bien; il était allé à la selle sans lavement, et il était possible de lui permettre du bouillon gras et du tapioca dans son lait. On continuait toujours les peptones.

A partir de ce moment, le mieux s'accusa de jour en jour; mais ce ne fut que deux mois après son entrée à la clinique que M. L... put descendre de son lit et faire quelques pas dans la salle.

M. L... resta quatre mois à la clinique; mais quand il en sortit, il était rétabli, mangeait le régime de la salle, buvait un peu de vin et avait recouvré en grande partie ses forces et son embonpoint.

(*Gaz. hebd. des sciences médicales de Bordeaux.*)

G. MASSON. *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE EMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 2 févier 1882.

TORTICOLIS FONCTIONNEL. — VACANCE DE LA CHAIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — DU RÔLE DES MUSCLES UTÉRO-PELVIENS PENDANT LA GROSSESSE ET PENDANT LE TRAVAIL.

Académie de médecine : Torticolis fonctionnel.

La communication faite à l'Académie de médecine mardi dernier par M. Tillaux présentait un très vif intérêt, excité encore par la forme animée et la clarté de l'exposition. Il s'agissait d'une résection de la branche externe du nerf spinal pour un cas de torticolis qui n'était dû, ni à une rétraction musculaire, ni à une contracture permanente, ni même, suivant M. Tillaux, à des contractures passagères, mais plutôt à une sorte de contraction physiologique involontaire. Quand la tête était abandonnée à elle-même, elle s'inclinait légèrement en avant et se penchait vers l'épaule droite; en même temps la face regardait un peu à gauche. M. Tillaux distingue cette espèce de torticolis du torticolis appelé spasmodique, et lui donne le nom de torticolis *fonctionnel*. La distinction semblera peut-être un peu subtile, le caractère involontaire de la contraction suffisant, ce nous semble, pour la rattacher au spasme, et nous croyons que les auteurs qui auront à classer le cas observé par M. Tillaux le rangeront toujours parmi les torticolis spasmodiques. Il est d'ailleurs à remarquer que M. Desnos, qui a entretenu de ce fait, en 1880, la *Société médicale des hôpitaux*, parle formellement de *contractions spasmodiques* se produisant « dès que la malade était restée debout un certain temps, dès qu'elle faisait un effort ou ressentait quelque fatigue ».

L'opération pratiquée par M. Tillaux dit assez quel est le muscle à l'action duquel il attribue la déviation de la tête. C'est le sterno-cléido-mastoïdien, qui, on le sait, est en partie innervé, ainsi que le trapèze, par le nerf spinal. Et pourtant, le dirons-nous, il nous reste, à cet égard, quelque doute; au moins nous paraît-il possible que ce muscle n'ait pas été l'unique agent de la déviation, et M. Tillaux lui-même en a eu le soupçon. Ainsi, la contraction pathologique du splénius du côté droit aurait également incliné la tête du même côté. On a observé, M. J. Guérin notamment, des torticolis de ce genre. La tête, il est vrai, eût été entraînée en arrière et non en avant; mais il eût suffi, pour déterminer ce dernier mouvement, d'une action synergique des muscles prévertébraux; il eût suffi même de la contraction d'un seul de ces muscles pour entraîner la tête en avant et de côté. On peut faire bien des suppositions en l'absence de la rétraction ou de la contracture palpable d'un muscle quelconque. Toutes ces remarques, nous les hasardons, d'abord

FEUILLETON

La profession médicale il y a un siècle.

(Suite. — Voy. n° 51, année 1881, et n° 3).

V. — LA CENSURE, LES CHARLATANS, LES REMÈDES.

La censure, sous l'ancien régime, remontait à l'époque de la publication du livre de Calvin, *De l'Institution chrétienne*, et avait été à ce moment instituée par arrêt du parlement. Les livres de médecine n'avaient été, pendant longtemps, examinés que quand le parlement ou le prévôt de Paris le jugeaient nécessaire, dans des cas particuliers. Pour remédier à ce que cette façon d'agir avait d'arbitraire, Louis XV confia l'examen de ces écrits à des censeurs choisis par le chancelier. Si la liberté ne trouvait pas son compte dans l'organisation régulière de la censure, l'égalité devait se trouver satisfaite. Les censeurs avaient, avant la Révolution, une mission dont Beaumarchais a défini les termes par la bouche de Figaro. Ceux qui étaient spécialement chargés de l'examen des livres de médecine avaient pour devoir d'examiner les doctrines ou les principes de nature à porter préjudice à la santé publique. La censure donnait trois sortes de permissions d'imprimer : 1° la permission tacite, qui était gratuite, mais avec laquelle on ne pouvait imprimer l'approbation du censeur, ni désigner sur le titre Paris comme lieu d'origine du livre, non plus que faire des prospectus, des affiches ou poursuivre les contrefacteurs; 2° la permission du sceau, qui coûtait 7 livres, était valable pour trois années, et autorisait ce qui était interdit dans la permission tacite; 3° le privilège, qui coûtait 32 livres et était valable six ans.

Au nombre des 19 censeurs pour la médecine figuraient Malouin, Lassonne, Poissonnier, Venel, Macquer, Barthez, Descemet, Raulin, Adanson le naturaliste et V. de Bomare. Les 4 censeurs pour la chirurgie étaient Louis, Sue, Le Bas,

parce que l'opération n'a amené que du soulagement (ce sont les termes de la patiente) et non la guérison; ensuite, parce que l'observation moderne tend de plus en plus à établir la complexité étiologique des attitudes vicieuses et à réduire (nous ne disons pas à annihiler) le rôle primitif des actions musculaires. Beaucoup de torticolis aigus, par exemple, qu'on a coutume d'attribuer exclusivement à la contracture rhumatismale primitive du sterno-mastoïdien, ne sont autre chose que des arthralgies cervicales, dans lesquelles les muscles du cou ou s'adaptent simplement à l'attitude déterminée par l'arthralgie, ou deviennent le siège d'une contraction spasmodique. N'oublions pas que la malade de M. Tillaux éprouvait une vive douleur à la région cervicale quand la tête entrait en déviation. Enfin, il viendra à l'esprit de plus d'un médecin que les phénomènes observés pouvaient être sous la dépendance d'une lésion de l'oreille interne.

Supposé qu'il se soit agi uniquement, — et nous ne le contestons pas précisément, — d'un spasme du sterno-mastoïdien, nous nous demandons si la section du muscle dans sa partie charnue ne serait pas aussi efficace que l'ablation d'un segment du nerf spinal. M. J. Guérin, qui a pratiqué avec un succès immédiat cette section dans des cas de contracture, ayant dit à l'Académie que lui aussi, en sectionnant le muscle, coupait également, et coupait intentionnellement, les filets nerveux, M. Tillaux lui a répondu que c'était double besogne, dont la moitié suffisait. Il y a pourtant une différence entre l'ablation partielle d'un nerf qui se distribue à plusieurs muscles et ne passe pas pour être indifférent aux mouvements de la tête et du cou, et la section de filets nerveux intra-musculaires. On ne peut encore s'empêcher de remarquer que les chirurgiens, pour arrêter des contractions vicieuses du sterno-mastoïdien, sacrifient un nerf qui préside également au mouvement du trapèze, par la raison que ce muscle reçoit d'autres filets du plexus cervical et du plexus brachial. Or le premier de ces plexus innerve également le muscle malade. En sorte que, si l'on ne porte pas un grand trouble aux fonctions du trapèze, on ne comprend pas bien comment, par la même opération, on peut être assuré de faire cesser un spasme du sterno-mastoïdien, qui peut dépendre aussi bien des filets du plexus cervical que de ceux du nerf spinal. Au contraire, il y a tout lieu de penser qu'un muscle coupé en travers dans la partie charnue et débarrassé pour le moment de son spasme, ne le reprendra pas après la réunion de ses deux segments.

A. D.

Vacance de la chaire d'anatomie pathologique.

L'arrêté ministériel du 26 janvier dernier qui, contrairement au vœu exprimé par la Faculté de médecine de Paris, déclare vacante la chaire d'anatomie pathologique a vivement ému tous ceux qui s'intéressent à l'avenir de notre enseignement supérieur. Nous n'en dirons que quelques mots. On sait que nous avons protesté à diverses reprises contre les tendances fâcheuses qui prévalent depuis quelques années lorsqu'il s'agit de désigner au choix du ministre un nouveau professeur. En appelant à occuper une chaire déclarée vacante, non point le savant que des travaux spéciaux ont tout particulièrement préparé à l'enseignement de telle ou telle branche des sciences médicales, mais celui des agrégés qui s'est concilié toutes les sympathies et qu'ils jugent, à un point de vue général, le plus digne de devenir leur collègue, les professeurs de l'Ecole de Paris ont favorisé et quelquefois rendu nécessaires ces permutations qui nuisent tant à l'autorité de l'enseignement public et contre lesquelles nous nous sommes toujours, en principe, résolûment déclaré. Mais, d'un autre côté, quand une Faculté a été consultée sur une question, quand elle a émis un avis, quand cet avis est conforme au droit — et la permutation est permise par le règlement (1), — il faudrait de puissantes raisons pour légitimer un *veto* ministériel. Nous avons toujours été et nous restons partisan convaincu de l'autonomie des Facultés à Paris aussi bien qu'en province; nous demeurons ennemi déclaré de l'autocratie administrative. Nous regrettons donc qu'un ministre se soit cru le droit de ne tenir aucun compte des votes émis par une assemblée de professeurs; et nous espérons que le conflit qui s'est élevé entre la Faculté de Paris et le ministère sera prochainement réglé conformément aux intérêts de l'enseignement et de manière à sauvegarder les droits et la dignité de la Faculté de médecine.

L. L.

Du rôle des muscles utéro-pelviens pendant la grossesse et pendant le travail.

I

Dans la présentation du sommet, c'est le plus souvent pendant la dernière période de la grossesse, que le sommet coiffé du segment inférieur de l'utérus descend dans l'excavation. Cet engagement se fait à une époque va-

(1) Réglement du 14 messidor an IV, art. 10 à 14 du ch. IV.

Sabatier. Ce n'était point aux premiers venus, on le voit, que la monarchie confiait cette délicate mission.

Tandis que la censure exerçait son action sur les livres, la Commission royale de médecine s'occupait des charlatans dangereux, leur interdisait l'affichage, etc., et elle avait, sans doute fort à faire, car la littérature vénérienne notamment s'épanouissait dans toutes ses variétés, et chaque spécialiste vantait sa méthode et ses drogues dans des écrits plus ou moins sérieux, comme cela se voit aujourd'hui. La commission royale *approuvait* certains remèdes secrets qui se vendaient dans des dépôts tenus chez toute espèce de gens étrangers à la médecine et à la pharmacie : parfumeurs, sergents des gardes de la ville, congrégations religieuses, etc.

Le lieutenant de police *permettait*, de son côté, avec l'approbation du vice-président de la Commission, des remèdes externes dont l'usage ne pouvait être dangereux; épiciers, cordonniers, pâtissiers, horlogers, liquoristes, religieux en étaient dépositaires. C'est pitoyable de voir à quels ineptes et ridicules médicastres s'étendait le patronage de l'autorité ou du moins l'honneur de son approbation.

La Faculté avait, à son tour, le droit d'*approuver* des remèdes; mais, pour les vendre publiquement, leurs inventeurs devaient se pourvoir d'un brevet du roi, que la Commission de médecine pouvait seule faire accorder. L'Académie des sciences était la quatrième porte à laquelle pouvaient frapper les vendeurs de spécifiques pour obtenir une approbation, fructueux appât pour la vente. Enfin, certains remèdes étaient directement autorisés par lettres patentes et privilèges du roi; tel était, par exemple, l'*orviétan*, bien que la Faculté ait un jour chassé de ses rangs douze docteurs qui avaient donné leur approbation publique à la fameuse drogue. Le secret de sa composition avait été acheté par Dionis, des petites-filles de l'inventeur, pour la somme de 1000 livres de pension viagère. A côté du fameux électuaire aux 52 éléments, figurent sur la liste des remèdes honorés du privilège royal, quelques drogues qui ont eu leur heure de célébrité : la poudre

riable, en général assez éloignée de l'accouchement chez les primipares, assez rapprochée du début du travail chez les multipares. Mais, tandis que ce mouvement de translation peut et doit être habituellement attribué à des causes multiples, il est des cas où la force alors unique qui met l'utérus en mouvement ne peut laisser place à aucun doute : c'est lorsque, au début du travail, la présentation étant encore très élevée, l'engagement se fait, dans des circonstances voulues, sous les yeux ou plutôt sous la main de l'observateur. La cause du phénomène apparaît alors clairement, débarrassée de toutes les circonstances qui peuvent l'obscurcir. Lorsqu'appelé au début du travail, les membranes venant de se rompre, l'accoucheur trouvera la présentation encore très élevée, s'il fait maintenir la patiente dans le décubitus dorsal, toutes les circonstances favorables se trouveront réunies pour qu'il se rende compte de la force qui pousse dans le petit bassin la pointe de l'ovoïde utérin. Ces faits peuvent ainsi servir de base à l'étude de cette question.

Dans un de ces faits, la grossesse chez une secondipare était arrivée à la fin du huitième mois. Les membranes se rompirent dans une chute sans gravité. Le volume de l'utérus déjà petit fut fort diminué encore par l'écoulement du liquide amniotique. Il y avait quelques contractions, mais faibles et très espacées. On arrivait difficilement sur le segment inférieur et sur le col d'une longueur de 2 centimètres environ. Le troisième jour qui suivit l'accident, trois jours pendant lesquels la patiente avait été maintenue rigoureusement dans le décubitus dorsal, les contractions s'accentuèrent, la tête coiffée du segment inférieur se rapprocha du détroit, puis, sous l'influence de quelques contractions plus fortes, en moins de dix minutes la pointe de l'ovoïde descendit profondément dans l'excavation.

Dans un autre fait, il s'agissait d'une dame à terme de son quatrième enfant. La poche des eaux se rompit pendant le sommeil à cinq heures du matin. A huit heures, on trouvait par le palper la tête dans la fosse iliaque gauche, on n'arrivait que difficilement par le toucher sur le segment inférieur et sur le col en partie effacé. Les contractions étaient faibles, indolores. La tête fut repoussée vers le détroit supérieur, et la patiente maintenue dans le décubitus dorsal. A neuf heures, les contractions s'accentuèrent et se rapprochèrent sans devenir douloureuses et, en moins de vingt minutes, le col, ayant encore une partie de sa longueur, la tête descendait dans l'excavation et s'arrêtait à une distance qui, du point le plus déclive du sommet au ligament triangulaire, était de 3 centimètres. Là, le mouvement de descente se suspendit et ne continua que lorsque la dilatation fut complète. Ainsi, dans ces faits, les femmes étant maintenues dans le décubitus dorsal, la respiration se faisant régulièrement et sans effort, l'œuf étant notablement diminué de volume par l'écoulement du liquide amniotique, le temps de descente s'accomplit en quelques instants sous la main de l'observateur. Quelle peut être la cause de ce mouvement? Ce n'est pas la pesanteur. La pesanteur, dans le décubitus dorsal, ne peut que maintenir l'utérus appliqué contre la colonne vertébrale. Ce n'est pas la pression intra-abdominale. La pointe de l'ovoïde s'engage, alors qu'il y a une notable diminution du volume de l'œuf par l'écoulement du liquide amniotique. Ce ne sont pas les contractions des muscles de la paroi et du diaphragme, puisque la respiration n'a cessé d'être régulière et qu'il n'y a eu aucun effort. Ce ne sont pas les contractions du muscle utérin. Une poche musculeuse sphéroïdale changera de forme sous l'influence de contractions, mais, quelle que soit leur intensité, ces changements de forme auront lieu sur place. En un mot, les contractions de l'utérus ne peuvent jamais imprimer à l'utérus un mouvement de translation. Cependant ce mouvement a coïncidé avec des contractions plus fortes, plus répétées. Si l'on tient compte et de cette circonstance et de la rapidité avec laquelle la translation s'est effectuée, il faudra bien admettre qu'une force musculaire a seule pu la produire. On arrive ainsi à cette conclusion que les agents de ce mouvement sont des muscles qui prennent insertion, par une de leurs extrémités, sur l'utérus même, par l'autre sur des parties osseuses ou aponévrotiques du bassin ; que ces muscles se contractent en même temps que le muscle utérin; que leurs contractions s'accentuent en même temps que les contractions de l'utérus, qu'en un mot ces faisceaux musculaires sont des émanations, des expansions du muscle utérin.

II

Deux systèmes de fibres entrent dans la formation de ces faisceaux musculaires qu'on peut appeler muscles utéro-pelviens.

Le premier système a été décrit par Boivin, Deville, Hélie (de Nantes), Luschka. En continuité avec les fibres longitudinales du corps et du col, il n'est qu'un prolongement, qu'une expansion de ces fibres. Il donne naissance à six faisceaux principaux.

Deux faisceaux partent de la face antérieure du corps : ce

---

d'Ailhaud, l'Irroé, les dragées de la veuve Keyser, l'élixir du général de Lamotte (teinture éthérée de chlorure d'or), etc.

Aux médicastres approuvés, permis ou patentés, il faut ajouter ceux qui se livraient à leur trafic sans l'être. L'un se donne comme *médecin du pouls*, et réside à l'abbaye de Saint-Germain-des-Prés; un autre guérit les descentes par l'incision; un troisième traite la vérole par des lavements de sa composition; un de ces charlatans vend, sous un nom déguisé, la *panacée mercurielle* incorporée à de la mie de pain, etc. En parcourant la série de cette méprisable engeance, on reconnaît qu'il y a un siècle, autant, mais pas plus qu'aujourd'hui, le charlatanisme trouvait ses adeptes et ses dupes. C'est une pensée éternellement vraie que celle que formulait Horace il y a deux mille ans :

Vulgus vult decipi, decipiatur..

VI. — Procès et polémiques.

On n'a vu à aucune époque naître, se multiplier et s'éterniser les procès entre médecins, chirurgiens et pharmaciens comme à celle dont nous nous occupons. Le dix-huitième siècle assistait aux tentatives d'émancipation des individus contre les corporations, aux luttes des corporations d'ordre inférieur contre celles à qui, jusque-là, appartenait la primauté. On remplirait une bibliothèque avec les factums, mémoires, requêtes, jugements publiés ou rendus à propos des querelles qui divisaient les chirurgiens et les médecins, les médecins et les apothicaires, les corporations et les individus, les médecins entre eux. Jetons rapidement un regard sur quelques-uns de ces épisodes, et félicitons notre temps d'avoir vu disparaître ces pitoyables conflits où les détracteurs de la médecine trouvaient contre elle un inépuisable fonds d'attaques et de railleries. A tout seigneur tout honneur, commençons par la Faculté de médecine de Paris. L'auguste

sont les muscles des ligaments ronds. Leur épaisseur, le nombre de leurs fibres, leurs contractions énergiques pendant la délivranee, leurs points d'insertion et leur direction ont depuis longtemps attiré l'attention des accoucheurs. Ils sont essentiellement constitués par un plan de fibres qui après avoir enveloppé le fond de l'utérus à la manière d'une fronde, se réunissent en deux faisceaux qui, à la fin de la grossesse, abandonnent la face antérieure de l'utérus, au niveau d'une ligne qui passerait un peu au-dessous de l'ombilic. De là ces faisceaux museulaires qui atteignent souvent le volume du petit doigt, se dirigent en bas, cheminent dans le trajet inguinal où ils reçoivent des fibres striées du musele transverse et vont s'insérer sur une large surface dans le sac dartoïque. La masse de leurs fibres, leur direction, la coiffe qu'ils fournissent au fond de l'utérus, donnent à ces muscles une aetion prépondérante dans le phénomène que nous étudions.

Les quatre autres faisceaux émanent des fibres longitudinales de l'isthme et du col. On peut les appeler eervico-pelviens. Les deux postérieurs cheminent dans les replis de Douglas et vont, après une eourbe étendue, s'insérer à la seconde vertèbre sacrée et remontent parfois jusqu'à la einquième et même la quatrième vertèbre lombaire.

Les deux faisceaux antérieurs, bien dessinés dans la planche de Luschka, partent du corps même de l'utérus, au-dessous de l'insertion des ligaments ronds, descendent de ehaque eôté de la vessie, à laquelle ils abandonnent des fibres et se rendent à la face postérieure du pubis, dans les replis vésico-pubieus.

Le second système décrit par Rouget est à peu près indépendant des fibres utérines. Très développé à la fin de la grossesse, il est essentiellement constitué par un plan de fibres transversales sous-péritonéales qui recouvrent les faces antérieure et postérieure de l'utérus, cheminent de là entre les ligaments larges et se dirigent vers les parois pelviennes. Une partie des fibres du plan transversal antérieur se jette sur le musele du ligament rond, dont il forme la eouche la plus superfieielle. Du plan transversal postérieur se détaehe de ehaque côté un faisceau qui se dirige en dehors et en bas et va s'insérer à la symphyse sacro-iliaque correspondante et aux surfaees aponévrotiques voisines. A la fin de la grossesse, lorsque ces plans museulaires ont acquis tout leur développement et que le fond de l'utérus est près de l'épigastre, ils forment une sorte de sangle qui, partant du fond et des deux faees, est dirigée en bas et en dehors, et fort bien disposée pour abaisser le fond de l'utérus. Il est d'ailleurs évident que ce système est secondaire et que les forces qui agissent avec énergie dans le mouvement de translation sont les six faisceaux du corps et du col et en particulier le muscle du ligament rond.

Pendant les premiers mois de la grossesse, le rôle de ces muscles est très effacé. Ne peuvent-ils pas exceptionnellement s'opposer au mouvement ascensionnel régulier de l'utérus? Deux fois j'ai noté, chez des primipares; qu'à deux mois et demi de grossesse, l'utérus était encore presque tout entier dans la cavité du petit bassin, l'utérus paraissait fixé là en antéversion, le fond dépassant à peine le rebord du pubis. Trois semaines plus tard, l'utérus redevenu mobile avait repris sa direction physiologique et sa place dans le grand bassin, le fond dépassant le pubis de plusieurs travers de doigt. Peut-on attribuer eet arrêt momentané à une autre eause qu'à une résistance temporaire des ligaments ronds?

La fibre utérine est contractile même à l'état de vacuité, et ces contractions s'étendent aux muscles péri-utérins, comme le démontre l'expérience de Spiegelberg (*Nerfs et mouvements de l'utérus* dans *Monatsschrift für Geburtskunde*, XXIV, 1864, p. 23) : En janvier 1859, dit Spiegelberg, j'eus occasion de faire des expérienees sur les organes génitaux externes d'une déeapitée de vingt-six ans, quinze minutes après la mort. En faisant passer directement par l'utérus un courant induit, cet organe dont le fond reposait sur le saerum s'écarta de ee plan osseux, se redressa et prit dans le bassin une direction se rapprochant davantage de la perpendieulaire, *tandis que les ligaments ronds se contractaient, se tendaient et tiraient l'utérus en avant*. En même temps, l'utérus prenait une forme plus arrondie et devenait plus pâle; *les ligaments larges, les trompes et les ovaires se rapprochaient latéralement de l'utérus*.

La fibre utérine devient le siège de contractions spontanées probablement dès les premiers mois de la grossesse, mais ces contractions ne deviennent manifestes que dans le quatrième mois. Ces contraetions vont en augmentant de nombre et d'intensité jusqu'à la fin de la grossesse. Elles sont péristaltiques, se dirigent du fond vers le col et s'étendent aux faisceaux museulaires utéro-pelviens, qui sont en grande partie des expansions du muscle utérin.

Chez les primipares, ces faisceaux agissant peut-être plus par leur élasticité que par leur eontraetilité et de coneert avec l'élastieité de la paroi abdominale, le mouvement de descente s'opère dès le septième mois, quelquefois à six mois et demi.

---

dame n'avait point l'humeur endurante, si l'on en juge par le nombre de ses procès. Il n'y a point à revenir ici sur le plus fameux d'entre eux, celui des médeeins et des chirurgiens, plaidé au dix-septième siècle; depuis lors elle en avait soutenu beaueoup d'autres. Quand Dodart eut déterminé Louis XV, dont il était le premier médecin, à ordonner la eréation de la *Commission royale de médecine* pour l'examen des remèdes, secrets et brevets, la Faeulté, jalouse de ce qu'elle regardait comme un empiètement sur ses droits, avait adressé au roi, sous forme de requête rédigée par un anonyme (lequel était, dit-on, Antoine Petit), des réclamations qui avaient eu pour résultat une organisation nouvelle de la Commission, dans laquelle, comme compensation, son doyen avait été appelé à la vice-présidenee. Louis, eommissaire lui-même, le plus lettré des chirurgiens du temps, à ce dernier titre peu sympathique à la Faculté, avait pris parti eontre elle et publié des observations sur ladite requête. Ce ne fut point la seule fois où il rompit des lances contre l'esprit dominateur et plein de morgue des docteurs-régents, et on trouve dans le catalogue de ses œuvres plusieurs brochures et mémoires écrits dans ce but.

Aux attaques contre la Commission de médecine suceédèrent celles que, quelques années après, la Faculté entama contre la *Société et correspondance royales de médecine*, au moment où l'arrêt du conseil du 29 avril 1776 lui donna l'existence.

Cette Société eut un rôle trop important dans le mouvement médical du siècle dernier pour qu'il n'en soit pas dit un mot. Etablie par l'arrêt susdit, elle fut organisée par le ministre le 29 juillet 1776. Lieutaud et Lassone en furent les premiers présidents, Vicq-d'Azyr le seerétaire. A la fin de l'année, elle comptait dix-sept membres associés ordinaires, parmi lesquels Thouret, Paulet, A. de Jussieu, Macquer, Lorry; plusieurs associés libres régnicoles ou étrangers, Barthez, Navier, à Châlons; Gaubius, à Leyde; Lind et Heberden, en Angleterre, etc.

L'engagement se fait en ce cas progressivement et à l'insu de la femme.

Chez les multipares, les conditions étant défavorables, le mouvement de descente ne s'opère que sous l'influence des contractions énergiques de la fin de la grossesse ou du début du travail, et il s'opère alors brusquement ou en quelques instants. La contractilité de la fibre utérine variant à l'infini, non seulement d'un sujet à l'autre, mais d'une grossesse à l'autre, on pourra observer l'engagement du segment inférieur, même chez des multipares, à une époque très éloignée du début du travail. Le fait suivant, que j'ai eu l'occasion d'observer avec le docteur Napias, en est un remarquable exemple :

Mme X... est enceinte pour la troisième fois. Il y a trois ans, une première grossesse s'est terminée par la naissance d'une fille à terme. En 1880, seconde grossesse qui s'est terminée par une fausse couche à trois mois. La grossesse actuelle paraît remonter à la seconde quinzaine de juillet 1881. Depuis le premier mois jusqu'à l'époque actuelle, Mme X... n'a cessé de perdre soit du sang, soit un liquide jaunâtre d'une odeur infecte pendant le troisième mois. La quantité de sang augmente et devient inquiétante dès que cette dame se lève, si bien que, sur les six mois et demi de grossesse, la malade en a passé cinq au lit ou sur une chaise longue. A un premier examen qui eut lieu à la fin de décembre et qui nous permit de constater nettement les mouvements actifs de l'enfant, la fréquence des contractions attira notre attention. Ces contractions qui, sans être douloureuses, gênent la malade, se répètent et ne cessent plus dès qu'on pratique le palper. A un second examen qui eut lieu en janvier, la grossesse étant arrivée à six mois et demi, au plus sept mois, nous trouvons la tête engagée dans le petit bassin. Cet engagement si précoce chez une multipare ne peut être attribué ni à l'élasticité ni à la contractilité de la paroi, puisque, sous l'influence de la position couchée, ces forces étaient réduites à leur minimum et leur action presque supprimée. Mais l'imminence constante d'un avortement ou d'un accouchement prématuré surexcitait l'action des muscles utérins et péri-utérins, la répétition et l'énergie de leurs contractions avaient fait, bien avant le temps, descendre la tête dans l'excavation.

Quelle que soit l'époque de l'engagement, qu'il soit lent ou rapide, le plus souvent le point le plus déclive du sommet s'arrête à 2 ou 3 centimètres du ligament triangulaire pris comme point de repère et le temps de descente ne continuera qu'après la dilatation complète. On sait que les exceptions sont fréquentes et qu'il n'est pas rare de trouver sur le périnée la tête recouverte du segment inférieur. Ces faits démontrent d'une façon plus évidente encore l'action des muscles utéro-pelviens, puisque avant la dilatation les contractions de l'utérus sont impuissantes à le faire progresser. Le rôle des muscles utéro-pelviens n'est pas fini à ce temps d'arrêt de la descente, nous allons le voir se continuer après la dilatation.

Si, en effet, l'utérus était une poche musculeuse complètement isolée, ses contractions, l'orifice dilaté, rapprocheraient du fond les bords de la dilatation, mais seraient impuissantes à expulser le fœtus; en un mot, le temps de descente ne se ferait pas. Pour que les contractions de la fibre utérine aient cette action, il leur faut un point d'appui. Ce point d'appui ou plutôt ces points d'appui sont : en bas, les attaches vaginales, le tissu cellulaire qui unit l'utérus à la vessie et au rectum et, par conséquent, au petit bassin et les quatre faisceaux musculaires cervicaux pelviens, c'est là ce qui limite le mouvement ascensionnel de l'orifice dilaté ; en haut, ce sont les ligaments ronds et les faisceaux transverses antérieur et postérieur. Tandis que le col dilaté est maintenu par ces attaches et par ces muscles, le fond est non seulement soutenu, mais puissamment attiré en bas par les quatre faisceaux utéro-pelviens et par le plan musculaire décrit par Rouget.

Le temps d'expulsion peut se diviser en trois stades. Le premier ou stade d'engagement s'accomplit presque toujours, la présentation encore coiffée du segment inférieur de l'utérus. Chez la primipare, lorsqu'il s'agit du sommet, ce stade a lieu à une époque fort éloignée du terme en partie sous l'influence de l'élasticité des tissus, en partie sous l'influence des muscles utéro-pelviens. Chez la multipare, que l'engagement ait lieu vers la fin de la grossesse ou au début du travail, il s'accomplit presque uniquement sous l'influence de la contraction des muscles extrinsèques. Le deuxième stade commence après la dilatation complète, il se termine lorsque la présentation arrive sur le périnée. Il s'accomplit sous le double effort du muscle utérin et des muscles extrinsèques qui, à chaque contraction, rapprochent le fond de l'orifice dilaté.

Pendant ces deux stades, la présentation descend en ligne droite dans la direction de l'axe du détroit supérieur. Pendant le troisième, la présentation suit en ligne courbe presque perpendiculaire à la première (Fabbri, Tarnier, Pinard) (temps de déflexion de la tête dans la présentation du sommet, de flexion dans la présentation de la face, d'inflexion

---

La guerre entre la Faculté et la Société eut deux périodes : la première, consistant en actes de procédure et de chicane, requête au roi, opposition auprès du parlement à l'enregistrement des lettres patentes légitimant l'institution, etc. La seconde fut celle des pamphlets entre les *facultaires* et les *sociétaires*, qui s'adressèrent les plus violentes injures, dont Vicq-d'Azyr eut sa large part. Mais cette lutte ridicule, où la Faculté n'eut pas le beau rôle, se prolongea bien au delà de l'année qui doit nous occuper. Les prétentions mesquines des docteurs à la domination se manifestèrent aussi vis-à-vis des apothicaires, et, sur leur réclamation, on ordonna la fermeture des cours de chimie professés au Jardin botanique, que la corporation des pharmaciens possédait rue de l'Arbalète. C'est là que chaque année s'opérait en grande solennité la confection de la thériaque, en présence du doyen de la Faculté, du prévôt des marchands, du lieutenant-général de police et des professeurs de pharmacie.

Aux luttes contre es compagnies rivales ou subordonnées s'ajoutèrent les luttes contre les individus. Sans parler des polémiques scientifiques, telles que celle que la Faculté soutint avec le chirurgien Le Bas au sujet des naissances tardives et à propos d'un procès scandaleux qui passionna la cour et la ville, on en retrouve, dans son histoire, beaucoup d'autres qui avaient un caractère moins élevé. Ainsi Bordeu ayant été soupçonné d'avoir publié, conjointement avec Sénac, des factums contre la Faculté dans ses démêlés avec les chirurgiens, celle-ci lança à son tour contre Bordeu un factum attribué à Bouvart, l'ennemi mortel de ce grand médecin. Dans des écrits de ce genre, on la voit descendre jusqu'à prendre à partie des empiriques, des charlatans prôneurs ou vendeurs de drogues. Ainsi en fut-il de Bellet à l'occasion de son remède antivénérien, de Mahony, de Robert et d'autres individus oubliés aujourd'hui. Mais, tous ces libelles faisaient du tapage et dans ces querelles, on lui rendait coup pour coup. La Faculté avait cependant ses défenseurs officieux et officiels. La Mettrie avait écrit une comédie en trois actes, *la*

latérale dans la présentation du siège). Une grande partie de la force utérine transmise par le rachis se perd par suite de ce changement de direction, mais d'autres forces musculaires entrent en jeu et ce troisième stade s'accomplira sous l'influence et des contractions du muscle utérin et du muscle péri-utérin et de tous les muscles qui entrent en jeu dans le phénomène de l'effort.

III

L'action des ligaments ronds a peut-être été entrevue dès la fin du siècle dernier; on pourrait le croire lorsqu'on lit dans Deleurye (*Traité des acc.*, p. 31. Paris, M DCC LXX), que hors du temps de la grossesse, les ligaments ronds ne sont d'aucun usage à la matrice; que pendant la grossesse ils peuvent lui servir étant tendus et droits.

Levret (*Art des acc.*, 3e édition, 1766, section IV et p. 66) a longuement et consciencieusement étudié la disposition, la direction, les attaches des ligaments ronds.

Velpeau constate que ces *deux faisceaux musculaires* sont le siège de contractions évidentes pendant la délivrance. Les fibres (Velpeau, *Traité complet de l'art des acc.*, t. I, p. 69) des ligaments ronds, dit cet excellent observateur, se développent, rougissent de telle sorte qu'à l'époque de l'accouchement ils forment deux véritables faisceaux musculaires dont la contraction est tellement évidente dans certains cas que, sur trois femmes différentes, j'ai pu la reconnaître et la faire apprécier par plusieurs personnes, pendant que la matrice se resserrait pour chasser le délivre.

En 1872, Lott (*Zur Anatomie und Physiologie des cervix uteri*, Erlangen, 1872), dans un mémoire sur l'anatomie et la physiologie du col de l'utérus, a montré quel est le rôle et l'action de ces ligaments. Il étudie leurs attaches, fait remarquer que, chez la femme gravide, la ligne qui joint les deux insertions supérieures, passe un peu au-dessous de l'ombilic. Connaissant leurs attaches, on peut apprécier leur action. La figure qu'il joint à son mémoire montre qu'en élevant le parallélogramme des forces, l'utérus est entraîné suivant la direction de l'axe du détroit supérieur. Il fait remarquer que le degré de tension de ces ligaments est bien différent chez les primipares et chez les multipares; chez les primipares, ils sont tendus comme des cordes; chez les multipares, on les sent rouler sous le doigt. Ils sont formés de tissus musculaires en continuité, d'une part, avec les fibres utérines et, d'autre part, ils échangent des fibres au voisinage de l'anneau inguinal et reçoivent des fibres striées des muscles obliques. Il remarque enfin que, grâce à l'épanouissement de leurs fibres sur le fond, ils l'enveloppent comme des frondes. Les observations de Lott le portent à penser, qu'ils agissent non seulement par leur tension, mais par leur contraction qui doit, avant le travail, favoriser l'engagement de la tête.

L'opinion de Schrœder diffère peu de la précédente. Au début (Schrœder, *Manuel d'acc.*, p. 137, trad. Charpentier) de l'accouchement chez les primipares, habituellement le segment inférieur de l'utérus (et avec lui la tête fœtale qui s'y trouve) se trouve dans le petit bassin. Il y est parvenu déjà pendant la grossesse, non pas tant par son propre poids (l'utérus pour sa plus grande part, dans la station verticale, se trouve supporté par la symphyse et la paroi abdominale antérieure, dans la position horizontale par la colonne lombaire), que par la pression intra-abdominale et par la contraction des ligaments ronds qui, de chaque côté de l'utérus, l'attirent dans le bassin, et que chez les primipares on peut exactement sentir ordinairement comme deux cordes solidement tendues.

Le rôle des ligaments ronds avait donc été indiqué. J'ai essayé de montrer que ce rôle s'étendait à tout un système de fibres musculaires, au plan musculaire décrit par Rouget, aux huit faisceaux utéro et cervico-pelviens qui, à la fin de la grossesse, ont une direction, un développement de fibres qui expliquent parfaitement leur action.

J'ai montré qu'avant la période de dilatation et dans certaines circonstances, la contraction de ces muscles est la cause unique de l'engagement de la présentation. Enfin, j'ai essayé de montrer que l'action de ces muscles ne se borne pas là; qu'en se contractant pendant toute la période d'expulsion, ils continuent à attirer en bas toute la masse de l'utérus en même temps qu'ils en abaissent le fond et concourent ainsi dans une large mesure au mouvement de descente de la présentation.

IV

En général, chez la primipare, l'engagement se fait de bonne heure, grâce à l'élasticité des tissus : élasticité de la paroi, élasticité des tissus utéro-pelviens et en particulier des ligaments ronds; chez la multipare, l'engagement se fait tardivement et bien plus sous l'influence contractile des muscles extrinsèques. On comprend l'importance qu'il y aurait, dans les présentations vicieuses ou défectueuses corrigées, à obtenir cet engagement en quelque sorte à volonté. Le sommet une fois engagé, la présentation peut être considérée comme définitive et l'accouchement se fera dans les meilleures conditions. Cette grave question a été magistrale-

---

Faculté vengée. Hazon, historiographe de la Compagnie, avait publié son éloge historique, et rassemblait les matériaux de ses notices sur ses membres les plus célèbres.

En province comme à Paris, les Facultés ne vivaient pas toujours en paix avec leurs voisins. Ainsi les professeurs de Montpellier étaient en procès avec les docteurs de la ville qui prétendaient assister aux actes des étudiants, aux concours des chaires et y avoir voix délibérative. Ce procès prit fin quand l'autorité royale, en supprimant le concours, fit disparaître un des points en litige. Au nombre des procès de corporations, il faut ajouter celui des épiciers contre les apothicaires, dont il n'y aurait point à parler si Desessarts n'avait été chargé par ces derniers de rédiger plusieurs mémoires pour leur cause. De leur côté, les apothicaires de Versailles intentaient un procès aux chirurgiens de la ville pour usurpation de leurs privilèges, et triomphaient de leurs adversaires en seconde instance auprès du parlement. Maréchal, qui avait rédigé les statuts de ses confrères, l'avait fait de façon à ce que les chirurgiens pussent suffire à tout et se passer au besoin des apothicaires comme des médecins. Ceux-ci, moins besoigneux ou plus fiers, avaient laissé sans résistance usurper leurs droits et privilèges. Parmi les conflits qui caractérisent l'époque on peut citer aussi celui que le Collège de médecine de Troyes engagea contre un médecin nommé Dupont, lequel voulait se faire une place au soleil en ladite ville. Les *Troyens* ne voulaient admettre parmi eux que des docteurs de Paris ou de Montpellier, à l'exclusion de tous autres; Dupont contestait l'existence légale du Collège, qui avait la prétention de l'expulser de la ville, et, après avoir gagné en première instance, était obligé, en 1776, d'en appeler au Parlement. Hamart de la Chapelle, bachelier de la Faculté de Paris et docteur de celle de Caen, avait de même soutenu et gagné devant le parlement de Bretagne et le Conseil privé du roi un procès contre le Collège des médecins de Rennes, qui refusaient de l'admettre parmi eux. Voilà des exemples de l'acharnement avec

ment étudiée par le docteur Pinard dans le *Traité du palper abdominal.*

Complétant l'œuvre de Wigand, de Hubert (de Louvain) et de Mattéi, il a non seulement porté au plus haut degré de précision le diagnostic de la présentation et de la position par le palper, mais encore il a montré que, pendant la grossesse même, on peut maintenir fixée la nouvelle présentation. Il est arrivé à ce résultat en attribuant à l'élasticité de la paroi abdominale le rôle prépondérant dans le phénomène de l'engagement. C'est cette élasticité qui, chez la primipare, maintient les grands axes de l'ovoïde fœtal et de l'ovoïde utérin parallèles à l'axe du détroit supérieur; c'est cette même élasticité qui exerce une pression suffisante pour forcer la tête à plonger dans l'excavation. C'est le défaut de ressort de la paroi qui détruit le parallélisme des axes et laisse la présentation ou indifférente, ou très élevée, jusqu'à la fin de la grossesse. De là l'idée de venir en aide à la paroi en la doublant d'un tissu élastique qui rétablisse le parallélisme des axes et la tension intra-abdominale. Bien que le docteur Pinard n'ait pas tenu compte de l'action des faisceaux utéro-pelviens, au point de vue clinique, sa conception reste intacte. Il ne faut pas perdre de vue que, chez la primipare, l'engagement se fait grâce à l'élasticité de la paroi et des ligaments ronds. Que ne pouvant guère venir en aide au défaut de ressort des ligaments ronds, il faut bien nous contenter de venir en aide à l'élasticité de la paroi; que si les axes se correspondent, alors même que la pression ne serait pas ce qu'elle est chez la primipare, nous nous mettons dans les conditions les plus favorables à l'engagement; que des contractions même faibles des muscles utéro-pelviens peuvent produire ce résultat, alors qu'auparavant elles n'auraient été d'aucun effet. En étudiant l'action des ligaments ronds et la fronde qu'ils fournissent au fond de l'utérus, j'ai été conduit à tenter de les remplacer dans la mesure du possible, en surajoutant à la ceinture une sorte de coiffe très élastique qui s'applique sur le fond de l'utérus et dont les extrémités se fixent dans la région lombaire, et qui, ainsi disposée, agit sur le fond de l'utérus de haut en bas et d'avant en arrière, dans la direction de l'axe du détroit. Les quelques tentatives faites dans ce sens m'ont paru donner des résultats. Je me hâte d'ajouter que ces tentatives sont encore trop peu nombreuses et qu'on ne doit pas perdre de vue que, si nous devons nous proposer d'obtenir l'engagement de la présentation en quelque sorte à volonté, c'est là un idéal qu'on peut chercher, mais qu'on n'atteindra peut-être jamais; que ce sera toujours une difficulté presque insurmontable d'obtenir de tissus simplement élastiques, et, quoi qu'on fasse, défectueusement placés, l'action de tissus et de muscles à la fois élastiques et contractiles et parfaitement disposés pour le rôle qu'ils remplissent.

A. Thévenot.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie pathologique.

Recherches expérimentales et cliniques sur l'inhibition et la dynamogénie. — Application des connaissances fournies par ces recherches aux phénomènes principaux de l'hypnotisme, de l'extase et du transfert, par M. Brown-Séquard.

(Suite. — Voy. les numéros 3 et 4.)

III

Aux exemples d'inhibition que j'ai donnés, j'en pourrais ajouter un grand nombre d'autres. Je me bornerai à en mentionner brièvement quelques-uns. Les affections organiques de l'encéphale ne nous montrent pas seulement, comme on le croit, que la lésion de certaines parties peut déterminer l'inhibition du cœur, de la respiration ou de la faculté réflexe de la moelle épinière quant aux mouvements des membres. Le champ des effets inhibitoires qui peuvent être produits est bien plus vaste. Presque toutes les parties du cerveau, du cervelet et de la base de l'encéphale peuvent déterminer non seulement les trois espèces d'inhibition que je viens de désigner, mais encore la perte de la faculté réflexe qui se manifeste dans la déglutition, la perte de la puissance tonique et réflexe de certains centres localisés dans la moelle épinière, puissance qui maintient les sphincters vésical et anal plus ou moins complètement contractés, la perte de la puissance virile, la paralysie de la vessie ou de l'intestin, etc. Toutes ces inhibitions de puissance, dans diverses parties de la moelle épinière, peuvent avoir lieu d'une manière plus ou moins subite et dans les cas d'hémorrhagie cérébrale au moment du choc apoplectique ou paralytique. Il est impossible, conséquemment, de les considérer comme étant toujours des effets d'altérations organiques secondaires dans le centre nerveux spinal.

J'ai fréquemment vu des inhibitions d'activité ou de propriétés motrice ou réflexe de la moelle épinière se produire subitement chez des animaux soumis à une lésion de parties du cerveau autres que la couche optique et les parties voisines, où l'on a voulu confiner une puissance inhibitoire croisée

---

lequel certaines corporations défendaient leurs privilèges et ce qu'elles croyaient leurs droits contre toute équité, contre toute générosité.

Tels étaient les rapports des corporations médicales entre elles et vis-à-vis des individus au moment où, par l'édit que Turgot fit signer à Louis XVI, elles allaient légalement disparaître (1776). Si l'on passait maintenant en revue les procès et les polémiques entre individualités, on ne pourrait les énumérer tous sans fatiguer la patience du lecteur. On peut du moins citer les plus célèbres. Au premier rang nommons Bordeu, accusé par Bouvart d'un vol doublement odieux par son caractère professionnel, s'il eût été vrai. Rayé du tableau des docteurs en médecine, l'illustre praticien fut réhabilité par deux arrêts du Parlement. Une autre fois le haineux Bouvart prenait à partie Tronchin et l'accusait de plagiat dans un pamphlet que l'amour de la vérité n'avait point seul inspiré. Antoine Petit avait aussi été à son heure l'objet de ses venimeuses attaques, à l'occasion de débats scientifiques. Louis publiait des mémoires pour se défendre contre des libelles diffamatoires, et avait à soutenir contre Valentin la plus violente des polémiques, qui rappelle celle de Dupuytren et de Lisfranc. Si l'on descend à des degrés moins élevés de l'échelle professionnelle, on y trouve la même abondance de pamphlets et de libelles. Deux syphilographes, Dibon, chirurgien des cent-suisses, et de Torrès, aventurier, sinon charlatan, se prennent à partie dans des feuilles volantes; à Lyon, deux oculistes renommés, Janin et Guérin, donnent le même spectacle, que l'on retrouvait en province comme à Paris, ainsi qu'on le voit. Arrêtons-nous ici dans cette interminable énumération.

VII.— En province.

L'enseignement médical en province se donnait dans les Facultés faisant partie des Universités, dans les Ecoles de chirurgie, qui en étaient distinctes et séparées, et qui existaient même seules dans certaines localités. Dans treize villes,

capable de diminuer constamment la faculté réflexe du centre nerveux spinal. Un des plus remarquables exemples de cet ordre de faits peut s'observer chez les chats nouveau-nés qui sont, en général, dans un état d'agitation pseudo-volontaire qui peut, non seulement continuer, mais s'exagérer dans les quatre membres, lorsqu'on les a décapités. Après avoir coupé, transversalement, une moitié latérale de la protubérance annulaire, chez nombre de ces animaux, j'ai souvent vu cette agitation cesser dans les membres du côté correspondant et j'ai eu la preuve qu'il y avait eu alors, sous l'influence de l'irritation de la protubérance, inhibition des propriétés de la moelle épinière du côté de cette irritation, en constatant que la section de la moelle cervicale ne donnait lieu qu'à des mouvements des membres du côté opposé et que l'agitation pseudo-volontaire ne continuait que dans ces derniers membres. Chez les pigeons qui ont, comme je l'ai découvert depuis longtemps, des mouvements rhythmiques énergiques et assez prolongés des ailes après la section du rachis et de la moelle au cou, j'ai vu manquer cinq fois sur vingt-deux individus qui avaient été préalablement soumis à une lésion considérable du cerveau d'un côté, les mouvements de l'aile du côté opposé, après la section de la colonne vertébrale au cou. Il y avait donc eu, chez ces cinq pigeons, sous l'influence d'une irritation provenant de la lésion cérébrale, l'inhibition de l'excitabilité motrice de la moelle épinière du côté opposé à celui de cette lésion (1).

L'inhibition trouve exactement son contraire, ainsi que je l'ai déjà dit, dans la dynamogénie. Bien que moins fréquemment observée que l'inhibition, la dynamogénie se montre dans un nombre considérable de faits cliniques et de vivisections. Ainsi, nous voyons apparaître une augmentation de sensibilité d'une manière presque immédiate, comme je l'ai trouvé, il y a bien longtemps, dans certaines parties en arrière d'une hémisection latérale de la moelle épinière chez presque tous les animaux soumis à cette expérience. On sait que j'ai donné une interprétation de cette production d'hyperesthésie en invoquant l'existence (très réelle) d'une paralysie vasculaire. Je n'avais qu'en partie raison. L'exagération de sensibilité peut avoir lieu indépendamment de toute influence de la circulation. En effet, je l'ai constatée même lorsque je n'ai fait l'hémisection de la moelle dorsale qu'après avoir supprimé complètement la circulation dans le train postérieur et dans la partie de ce centre nerveux en arrière de la lésion. L'étude des circonstances de cette expérience et de nombre d'autres sur lesquelles j'ai fondé la doctrine de la dynamogénie, montre clairement que c'est par une influence purement dynamique, dépendant d'une propriété spéciale du système nerveux, que se produit un accroissement soudain ou presque soudain de puissance (de la sensibilité dans le cas actuel ou d'autres propriétés dans d'autres cas). Cette exagération de puissance est entièrement différente des augmentations normales ou morbides de propriété se produisant avec lenteur, sous l'influence de causes physiologiques bien connues ou sous celle de causes morbides agissant par l'intermédiaire de changements, dans l'une ou dans plusieurs des grandes fonctions de la vie organique ou par l'intervention d'irritations nerveuses prolongées.

(1) Pour nombre d'autres faits expérimentaux montrant la puissance de l'inhibition, je renverrai à deux communications que j'ai faites à l'Académie des sciences en 1879 (voy. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, vol. LXXXIX, p. 658 et 889), et à un travail que j'ai publié dans les *Archives de physiologie normale et pathologique* (1879, p. 498).

Ainsi que je l'ai déjà dit, la dynamogénie peut se montrer dans les centres nerveux, dans les nerfs et aussi dans les tissus contractiles. Les faits que j'ai trouvés depuis longtemps, mais surtout les faits que j'ai récemment découverts à l'égard de la production de la contracture dans un ou plusieurs membres, sont évidemment des exemples de dynamogénie de nerfs ou de muscles et peut-être simultanément de ces deux espèces de parties douées de propriétés dynamiques spéciales. Je me suis assuré que la contracture qui provient primitivement, soit d'une excitation thermique de la surface cérébrale, soit d'une irritation mécanique du cervelet ou de la moelle épinière, peut se montrer même lorsque la circulation est supprimée et persister après que l'on a coupé les nerfs moteurs de la partie où le ton musculaire est dynamogénié. Je me bornerai à dire, à cet égard, que des contractures d'une grande intensité se montrent souvent, surtout chez le chien, dans les membres postérieurs en particulier, quand on a brûlé la surface d'un des côtés du cerveau ou dans un membre antérieur, soit presque de suite, soit après la mort, quand on a lésé le cervelet, ou immédiatement quand on a coupé une moitié latérale de la moelle épinière derrière l'origine des nerfs des bras.

C'est le nerf phrénique et aussi le diaphragme qui nous donnent surtout des preuves d'augmentation de puissance provenant d'une influence purement dynamique. L'excitabilité du nerf phrénique, et l'irritabilité des fibres musculaires du diaphragme peuvent être augmentées alors même que toute circulation a cessé. L'excitabilité de ce nerf est souvent augmentée considérablement et presque immédiatement du côté où l'on a irrité la peau à l'aide de substances diverses (chloroforme, chloral, moutarde, chlorure de méthyle, acides minéraux, etc.) ou à l'aide du froid, de la chaleur ou du galvanisme. La dynamogénie de ce nerf est telle quelquefois que le courant faradique minimum capable de mettre le nerf en jeu peut être deux, trois, quatre, cinq ou même six fois plus faible que celui qu'il faut employer pour faire agir le même nerf chez un animal de même espèce et de même âge et tué de la même manière, mais n'ayant pas été soumis

---

tous les docteurs réunis en Faculté faisaient partie d'une Université, comme à Paris, et conféraient les grades. Nommés à l'élection dans la capitale, les professeurs étaient, dans la plupart des villes de province, des fonctionnaires du gouvernement, des professeurs royaux. Il faut excepter Lyon, où les docteurs agrégés au Collège de médecine prenaient le titre de professeurs; Reims, où l'archevêque, chef de l'Université, avait le droit de nomination. A Arras, les professeurs en chirurgie étaient nommés par les magistrats locaux.

La chirurgie était enseignée dans dix localités, tantôt dans des Ecoles, tantôt dans des Collèges. Mais les communautés de chirurgiens, oubliant les sages prescriptions de l'édit de 1692, donnèrent souvent des lettres de maîtrise à des ignorants munis de certificats informes, mendiés ou falsifiés. « Les lois, dit Verdier, doivent être plus sévères pour la punition du brigandage de la chirurgie. »

L'importance de ces Facultés, de ces Ecoles, de ces Collèges en tant que corps enseignants, était fort variable. Depuis Montpellier, qui comptait huit professeurs dans son Université de médecine et dix dans son École de chirurgie; depuis Toulouse, qui avait six chaires de médecine et six de chirurgie, jusqu'à ces Facultés « muettes », comme les appelle Astruc, telles que celles d'Orange et de Valence, qui ne possédaient qu'une seule chaire! Si l'enseignement de la médecine n'était point partout complété par celui de la chirurgie, certaines villes, et non les moins importantes, n'avaient que des professeurs de chirurgie; telles étaient Arras, Orléans, Rennes, Rouen, Tours. En somme, le nombre des chaires de chirurgie était plus élevé que celui des chaires de médecine, et ceci s'explique. L'enseignement chirurgical comprenait les chaires d'anatomie et de physiologie, et devait former les praticiens de second ordre et les sages-femmes.

Les Facultés subalternes avaient conféré plus d'une fois à des incapables les grades universitaires. Il en résulta que les médecins de certaines villes se réunirent en Collèges pour exiger des épreuves probatoires des nouveaux médecins arri-

à une irritation cutanée. La section du nerf sciatique peut aussi produire, du côté où elle est faite, le même effet dynamogénique sur le nerf phrénique, et cette expérience réussit quelquefois, même après que l'on a ouvert le thorax, enlevé le cœur et supprimé ainsi complètement la respiration et la circulation.

Parmi les irritations des parties centrales du système nerveux qui peuvent augmenter l'excitabilité du nerf phrénique, il n'en est aucune dont la puissance soit aussi grande que celle que l'on produit lorsqu'on coupe transversalement une plus ou moins grande partie d'une moitié latérale du bulbe rachidien. En général, c'est alors le nerf phrénique du côté correspondant à celui de la lésion bulbaire qui est dynamogénié. Cette augmentation est soudaine ou très prompte à se montrer; elle peut être très considérable, atteignant un degré double, triple et même, comme je l'ai constaté deux fois, sextuple de celui de l'état normal.

Les mêmes expériences qui montrent de la dynamogénie dans l'un des nerfs phréniques font voir aussi une augmentation notable d'irritabilité dans les fibres musculaires de la moitié du diaphragme recevant des fibres de ce nerf. Cette augmentation de puissance dans ce muscle n'est pas, comme on pourrait le supposer, une simple apparence dépendant de l'augmentation d'excitabilité du nerf phrénique. J'ai trouvé, en effet, qu'il n'y a pas de relations constantes entre le degré d'accroissement de l'excitabilité du nerf et celui de l'irritabilité musculaire. Tout au contraire, l'une de ces deux propriétés peut gagner beaucoup plus que l'autre, et c'est tantôt l'irritabilité musculaire, tantôt l'excitabilité nerveuse qui ainsi l'emporte sur l'autre.

Non seulement le degré d'excitabilité du nerf et du muscle peut être ainsi augmenté, mais encore la durée des propriétés de ces parties peut aussi être accrue d'une manière très remarquable. Cette durée, pour le nerf comme pour le muscle, peut être trois ou quatre fois aussi grande que chez des animaux tués de la même façon, mais qui n'ont pas été soumis à des influences dynamogéniques.

Le phénomène suivant est un bon exemple de dynamogénie se produisant dans un centre nerveux, sous l'influence d'une irritation périphérique. La respiration normale chez le chien a à peu près la vitesse ordinaire de celle de l'homme. Il est rare qu'elle aille au delà de 17 à 18 mouvements par minute. Or, chez des chiens ayant 14, 15 ou 16 respirations par minute, j'ai vu l'activité respiratoire arriver presque immédiatement à 140, 150 et même 160 inspirations par minute, sous l'influence d'une irritation purement locale de la muqueuse de l'arrière-bouche et du pharynx par du chloroforme. L'animal ne pouvait inhaler aucune partie de cet agent anesthésique, sa respiration se faisant à l'aide d'un tube fixé dans la trachée et recevant de l'air d'une chambre éloignée. Il serait impossible de considérer cette rapidité excessive des mouvements respiratoires, comme dépendant d'une simple mise en jeu d'une force préexistante. Il nous faut donc admettre que la puissance respiratoire a été dynamogéniée.

Les preuves de dynamogénie dans d'autres organes se trouvent en grand nombre dans les cas dont je vais maintenant m'occuper, et dans lesquels, sous l'influence d'une même cause, l'inhibition s'est produite simultanément avec de la dynamogénie.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 23 JANVIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

Métallurgie et hypnotisme. — MM. *A. Dumontpallier* et *P. Magnin* adressent un nouveau mémoire concernant la métalloscopie, l'hypnotisme et l'action de divers agents physiques dans l'hystérie. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

Sur le rôle de l'amnios dans la production des anomalies. Note de M. *C. Dareste*. — L'auteur donne des détails sur un fœtus de mouton qui présente des déviations de toute sorte.

La tête est complètement renversée en arrière et à droite, de telle façon que le museau vient s'appliquer contre la partie de l'amnios qui enveloppe les membres postérieurs. Les membres antérieurs, complètement soudés, dans la région humérale, avec les parois thoraciques, présentent, dans la région de l'avant-bras et des pieds, de nombreuses torsions qui font que leurs doigts viennent s'appliquer sur le museau, où ils ont laissé leur empreinte. Les doigts des membres postérieurs sont complètement renversés d'avant en arrière. Ces faits seraient assurément peu dignes d'intérêt en eux-mêmes, si la pièce tératologique ne laissait voir, de la manière la plus évidente, leur mode de formation. En effet, l'amnios, complètement adhérent avec la peau de l'embryon, dans une grande partie de la région cervicale et de la région dorsale, n'a pu être enlevé en totalité. Un lambeau persistant de cette membrane forme une sorte de gaine qui enveloppe et comprime les pattes postérieures : c'est cette compression qui a manifestement renversé en arrière les doigts des pattes postérieures. Cette gaine est elle-même soudée avec un lambeau du capuchon céphalique, qui a été ainsi renversé en arrière et latéralement, et qui a entraîné la tête avec lui. Le cordon ombilical se trouve engagé dans cette adhérence, qui unit entre elles la partie céphalique et la partie caudale de l'amnios.

Les adhérences de l'amnios avec la peau de l'embryon établissent, avec une complète évidence, que la date de ces événements tératologiques est très ancienne; car elles n'ont pu se produire

---

vant dans la cité. Ces Collèges obtinrent par la suite des lettres patentes du roi, qui les confirmèrent dans les droits qu'ils s'étaient primitivement arrogés. C'est ainsi que dans nombre de villes se constituèrent des Collèges auxquels durent s'agréger les médecins qui voulaient y exercer. Tels furent ceux de Lille, Lyon, Marseille, Rouen, etc. Ils exigeaient souvent des droits très élevés de ceux qui se soumettaient à leur juridiction, et après avoir été institués dans un but très légitime de dignité et de protection professionnelles, ils avaient fini par exercer un monopole injuste et abusif, dont on se plaignait vivement dans la seconde moitié du dix-huitième siècle. Du reste, la jurisprudence particulière de la médecine était fondée sur des règlements particuliers à chaque Société de médecins, au rebours de la jurisprudence de la chirurgie, qui était uniforme pour toutes les Compagnies, à quelques exceptions près, sur lesquelles nous insisterons chemin faisant (Alsace, Artois, Dombes, Roussillon). Depuis la fin du dix-septième siècle, il y avait dans toutes les villes des médecins revêtus du titre officiel de médecins du roi, délégués avec les chirurgiens jurés aux rapports pour les expertises médico-légales, à l'exclusion de tous autres. La charge de médecin du roi était tantôt personnelle, tantôt affectée à un collège ou à une Faculté dont les membres se la transmettaient, tantôt achetée par les médecins d'une ville qui l'exerçaient alternativement.

Le chirurgien du roi avait aussi, dans chaque ville, son lieutenant chargé de la police des chirurgiens et des barbiers. Les médecins du roi et le lieutenant de son chirurgien avaient la préséance sur leurs confrères. Dans quelques provinces (Languedoc, Guyenne), certaines villes avaient des médecins stipendiés, et le roi Stanislas en avait établi à 200 livres chacun dans la plupart des villes de son duché de Lorraine. Ainsi Nancy en avait 4, Lunéville et Bar, 3, etc.

Tels étaient les institutions et les fonctionnaires de la profession médicale au moment où ils allaient disparaître avec tous les autres dans la tempête révolutionnaire. En passant à

que lorsque la peau n'était pas définitivement constituée, et ne s'était pas encore revêtue de ses poils laineux.

« Cette pièce présente donc, ajoute l'auteur, la réalisation complète des idées que je professe depuis longtemps sur la tératogénie. Elle montre comment les déviations, et particulièrement le pied bot congénital, l'une des anomalies les plus fréquentes dans l'espèce humaine, sont la conséquence de la compression du corps de l'embryon par l'amnios arrêté dans son développement. »

Poids de l'encéphale. — M. *L. Manouvrier* adresse une nouvelle note sur l'interprétation du poids de l'encéphale et ses applications.

Académie de médecine.

Séance du 31 janvier 1882. — Présidence de M. Gavarret.

M. le ministre du commerce et des colonies envoie l'*Annuaire statistique de la France pour* 1881.

M. *Weill*, médecin-major de 1re classe, adresse un mémoire manuscrit intitulé : *Considérations pratiques sur les revaccinations opérées au 8e régiment d'artillerie en novembre* 1881. (*Commission de vaccine.*)

M. *Maffre*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux, envoie un *Rapport concernant la vaccination de la classe* 1880 *de la garnison de Bordeaux*. (*Même commission.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, au nom de M. le docteur *P. Hermet*, une *Étude sur les bourdonnements de l'oreille*.

M. *Le Roy de Méricourt* offre, de la part de M. le docteur *Nicolas*, un volume intitulé : *L'attitude de l'homme au point de vue de l'équilibre, du travail et de l'expression*.

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose, au nom de M. le docteur *Vindevogel*, une brochure sur *la phthisie et la tuberculose, pathogénie et traitement*.

M. *Hervieux* présente, de la part de M. le docteur *Heutard d'Arcy*, un mémoire manuscrit sur *le service des vaccinations et les réformes qu'il réclame*. (*Commission de vaccine.*)

M. *Brouardel* offre, au nom de M. *Charles Desmaze*, deux ouvrages intitulés : *Histoire de la médecine légale en France* et *Le crime et la débauche à Paris, le divorce*.

Élection. — L'Académie nomme, par 54 voix sur 63 votants, M. *Schlagdenhauffen*, correspondant national dans la quatrième division (physique et chimie médicales, pharmacie). M. Boudier (de Montmorency), le second sur la liste de présentation, obtient 9 voix.

Eaux minérales. — A propos de rapports présentés par M. *Jules Lefort* concernant des demandes d'autorisation pour l'exploitation de sources d'eaux minérales étrangères, rapports d'ailleurs affirmatifs et approuvés par l'Académie, M. *Chatin* insiste sur la nécessité de s'entourer de tous les renseignements possibles sur la nature des eaux de ce genre, sur le débit exact des sources, afin d'éviter, comme cela arrive trop souvent, qu'une autorisation, accordée pour une source peu abondante, n'en serve pas moins à « inonder la consommation dans des proportions considérables ».

Torticolis fonctionnel, résection du nerf spinal. — En 1879, entrait à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Desnos, une jeune femme de trente-deux ans, qui présentait les phénomènes suivants : aussitôt que sa tête était abandonnée à elle-même, il se produisait vers l'épaule droite un entraînement invincible en même temps qu'une légère rotation sur la gauche; elle prenait l'attitude du torticolis et en même temps des douleurs très vives étaient ressenties dans les articulations vertébrales du côté opposé. Nous n'insistons pas sur les détails de l'observation de cette malade qui a été présentée, le 9 janvier 1880, à la Société médicale des hôpitaux; on en trouvera le résumé dans la *Gazette hebdomadaire* (1880, p. 42).

Ce cas de « spasme fonctionnel du muscle sterno-mastoïdien », suivant le diagnostic porté à cette époque, fut traité par les courants induits, sur le conseil de M. Vulpian, à l'aide des aimants par M. Laboulbène, par les appareils de redressement, par l'iodure de potassium, les bromures, etc., mais toujours sans succès. M. Tillaux pratiqua, en juin 1880, la résection du faisceau sternal du muscle et ne fut pas plus heureux. Quinze mois après, en septembre 1881, sur les instances de la malade, il se décida à tenter une nouvelle opération, la résection du nerf spinal, s'étant convaincu, ainsi que l'avait fait remarquer déjà M. Vulpian, que ce nerf pouvait bien être mis en cause. Cette opération n'a jamais été pratiquée en France, paraît-il; il en existerait quatre observations dans la littérature étrangère pour des circonstances analogues; c'est en raison de sa rareté que M. *Tillaux* vient la décrire devant l'Académie. Il commence par rappeler à ses collègues les rapports anatomiques du nerf et expose devant eux les précautions qu'il a prises pour l'atteindre sûrement et aisément au point choisi pour l'opération. Se proposant de pratiquer la résection aussi haut que possible, à la sortie de la région parotidienne, il fait remarquer qu'il était préférable de suivre le bord postérieur du sterno-mastoïdien; aussi, la malade étant couchée sur le côté, il traça une première ligne horizontale passant par l'angle de la mâchoire, afin de marquer le point où le nerf sort de la glande, puis une seconde ligne horizontale suivant le bord supérieur de la glande thyroïde, pour indiquer le point où le nerf spinal pénètre dans le muscle. Une incision parallèle au bord postérieur du sterno-mastoïdien, pratiquée entre ces deux lignes, permit de découvrir le muscle, de le relever et de trouver facilement le nerf, puis de le sectionner. La guérison de la plaie fut rapide sous un pansement de Lister. Depuis, la malade a éprouvé un soulagement très notable; elle peut maintenant résister en partie à l'entraînement de sa tête et la douleur de la nuque est beaucoup moins vive. La guérison sera-t-elle complète? Dans un cas rapporté par Mosetig, cas dans lequel celui-ci pratiqua dans la même

---

chaque province en particulier, nous ne mentionnerons nominativement que ceux qui ont laissé une trace dans la science ou des descendants dans la profession.

Ile-de-France, Champagne. Orléanais, Touraine. — En raison de la présence permanente de la cour, Versailles avait une importance qui se reflète dans le chiffre de son personnel médical : 8 docteurs, 24 chirurgiens agrégés en un collège pratiquaient dans la seconde capitale du royaume, assistés de 25 sages-femmes. Le roi et la famille royale comptaient, il est vrai, dans ce nombre de praticiens, des officiers de leur maison déjà indiqués précédemment au paragraphe qui les concerne, mais il y avait de plus à Versailles quelques *doublures*, chirurgiens par quartier, renoueurs. Le collège de chirurgie avait été fondé par le chirurgien de Louis XIV, Maréchal, qui avait usé et abusé même de sa situation près de son royal client pour doter la Compagnie de privilèges, d'où résulta le procès dont nous avons parlé. On ne trouve, du reste, dans le personnel médical et chirurgical de Versailles, en 1776, aucun nom qui ait acquis, et bien moins encore conservé, une notoriété quelconque.

Dans le rayon de la capitale, on rencontre à Meaux le nom de Rochard; à Tours, un Collège de six médecins et un Collège de chirurgie composé de onze membres et de cinq professeurs, parmi lesquels Desormeaux. A Orléans, le Collège n'était qu'une agrégation de médecins, comptant sept médecins, indépendants de l'Université locale; l'Ecole royale de chirurgie avait trois chaires, de l'une desquelles Leblanc était titulaire, un adjoint et dix-sept maîtres. A Troyes, Collège de médecine, Collège de chirurgie. A Sens, les médecins avaient acheté la charge de médecin du roi et l'exerçaient alternativement pendant un mois. La Faculté de médecine qui faisait partie de l'Université de Reims, était composée de dix docteurs régents ou agrégés. Les écoles de médecine et leurs professeurs portaient en souvenir du nom de deux bienfaiteurs de l'institution (Antoine Fournier, évêque *in partibus*, et Antoine Beauchêne, chanoine, son neveu) le titre de

séance l'élongation des deux spinaux, la guérison complète a été obtenue au bout de quatre mois ; deux autres observations de Morgan et de Rewington sont mentionnées dans le mémoire de Mosetig et l'on connaît encore une observation d'Annandale intitulée : *Cas de torticolis spasmodique traité avec succès par la section du nerf spinal après non-réussite d'élongation.* M. Tillaux fait, en tout cas, remarquer que la résection du nerf spinal, avec les précautions opératoires qu'il indique, est une opération facile, inoffensive, et qu'elle peut produire de bons résultats ; il la préfère à l'élongation, dont les tractions, d'après les expériences qu'il avait préalablement faites sur le cadavre, lui font craindre une action dangereuse sur le bulbe rachidien. Il ajoute, en ce qui concerne le rôle physiologique du nerf spinal, dont Claude Bernard a fait un nerf de la phonation, que la malade n'a éprouvé, après la résection, aucun trouble en rapport avec cette fonction.

M. *Jules Guérin* soumet quelques observations à M. Tillaux ; il déclare reconnaître, dans la maladie en question, l'affection connue et étudiée depuis longtemps sous le nom de torticolis spasmodique. M. *Tillaux* fait remarquer qu'il n'a pas observé de spasme, c'est-à-dire la succession caractéristique de mouvements brusques, immédiats, instantanés, pendant lesquels on peut voir la contraction du corps charnu du muscle sous la peau ; le mouvement était au contraire des plus lents, permettant difficilement de reconnaître quels muscles étaient en jeu ; aussi ne peut-on donner d'autre nom à cette affection que celui de torticolis fonctionnel, qui a le mérite de ne rien préjuger. — M. *Jules Guérin* rappelle, en outre, que Stromeyer et Amussat ont pratiqué sans succès autrefois la section partielle des muscles dans les cas de torticolis spasmodique qu'il importe de ne pas confondre avec le torticolis par rétraction ; depuis longtemps il a su établir nettement le diagnostic de ces affections ; il emploie la méthode sous-cutanée et pratique en pareil cas la section du muscle tout entier ; il croit que l'on peut espérer d'excellents résultats par la section nerveuse, mais qu'on peut toujours et souvent avec avantage commencer par sectionner le faisceau musculaire qui entraîne la déviation ; car, sur cinq opérations de ce genre, la méthode sous-cutanée lui a réussi trois fois, une entre autres, pour délivrer une jeune fille d'un torticolis spasmodique qui renversait la tête avec une telle force que l'asphyxie devenait à craindre. M. *Tillaux* objecte que son opération procède de principes tout différents et que sectionner un muscle pour atteindre un nerf ne saurait être préféré à la section même du nerf sans endommager le muscle.

M. *Bouley* eût voulu qu'on essayât l'application d'un lien élastique pour maintenir la tête de la malade en position normale ; ce procédé lui a complètement réussi chez un cheval. M. *Jules Guérin* déclare qu'il eût été tout à fait insuffisant et qu'il laisserait subsister des douleurs intolérables.

M. *Panas* serait désireux de savoir en quoi les résultats de l'opération de M. Tillaux diffèrent de ceux obtenus par l'élongation dans les cas signalés et si, dans ces cas, les tractions exercées sur le spinal ont entraîné quelques phénomènes du côté du bulbe. M. *Tillaux* se borne à répondre que le succès de Motesig peut être seul mis à l'actif de l'élongation, ce qui ne suffit pas pour juger de la valeur comparative de cette méthode qui n'avait d'ailleurs pas donné de résultat dans les mains d'Annandale ; quant à l'action sur le bulbe, il n'appuie ses craintes que sur l'expérience qu'il a faite sur le cadavre.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. *Le Roy de Méricourt* sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section des associés libres. Nous apprenons que, au bout d'une heure de délibération, l'Académie a renvoyé à la commission la liste de présentation qui comprenait 8 noms, au lieu de 6, nombre exigé par le règlement ; on sait que la commission met d'ailleurs tous les candidats *ex æquo* en première ligne.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 27 JANVIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Paralysies consécutives à l'intoxication par la vapeur de charbon : M. Rendu. — Accidents du cathétérisme de l'œsophage (M. Krishaber) : M. Desnos. — Anasarque aiguë compliquant l'angine (M. Pinaud) : M. Lereboullet. — Traitement de la rage par le hoang-nàn : M. Gingeot.

M. *Rendu* a fait, au sujet de la malade qu'il a présentée dans la dernière séance, quelques recherches bibliographiques ; la thèse de Bourdon, sur le sujet, signale des paralysies généralisées de la motricité et de la sensibilité consécutives à l'intoxication par la vapeur de charbon ; dans une autre thèse de Laroche, on trouve des observations d'hémiplégie reconnaissant la même cause, mais on voit que, dans plusieurs cas, cette hémiplégie était de nature périphérique, car l'orbicularite des paupières n'était pas paralysé. Dans une autre observation de Leudet, une névralgie sciatique apparut au bout de dix à douze jours, puis s'accompagna de paralysie du membre ; cette paralysie s'étendit ensuite au membre inférieur de l'autre côté, puis aux membres supérieurs, avec tous les caractères d'une névrite ascendante. Les troubles moteurs et sensitifs semblent donc bien être sous la dépendance d'une névrite ; mais celle-ci est-elle d'origine péri-

---

Schola Antoniana et *professores Antoniani.* La Faculté conférait les grades de trois façons : 1° *in majori ordinario :* les aspirants devaient avoir fait quatre ans d'études à Paris ou à Reims ; ils prenaient le titre de docteurs, et pouvaient professer et exercer la médecine dans la ville ; 2° *in minori ordinario :* les candidats devaient avoir fait trois ans d'études et ne pouvaient exercer à Reims ni dans les villes de Collège ou de Faculté sans s'y faire agréger ; 3° sous le titre d'*extranei*, on recevait les étrangers qui n'avaient point avec lui le droit d'exercer en France. Caqué, associé de l'Académie de chirurgie, Museux exerçaient la chirurgie avec sept maîtres et ont seuls laissé un nom dans la science.

Flandre, Artois, Normandie, Bretagne. — La Faculté de Douai faisait partie de l'Université fondée en cette ville par Philippe II. Ses professeurs étaient à la nomination du roi, et ses docteurs et licenciés ne pouvaient, en vertu de l'édit de 1707, exercer la médecine que dans les provinces de Flandre, d'Artois, de Hainaut et Cambrésis. Lille n'avait qu'un Collège, qui réunissait les médecins de la ville et ceux des villes voisines. Fondé par la municipalité en 1681, il était composé de deux échevins commissaires, du doyen des médecins, de quatre assesseurs, d'un greffier. On y faisait des cours de botanique, d'anatomie, d'accouchements. Personne ne pouvait exercer la médecine sans être agrégé au Collège, et pour l'être il fallait avoir le titre de licencié ou de docteur de Douai, de Montpellier ou de Paris. Les noms de Boucher et de Lestiboudois se sont perpétués jusqu'à l'époque contemporaine dans le corps médical lillois. A Valenciennes exerçait Dufresnoy, auquel arriva une aventure tragi-comique qui faillit lui coûter la vie. Ce fut lui que l'ignorance des jacobins fit mettre en arrestation à l'occasion du mot *rhus*, inséré par lui dans une lettre, et interprété comme s'appliquant aux ennemis de la république. A Cambrai, un docteur de la Faculté de Paris, Ferret, chanoine et médecin de la métropole, vivait d'une prébende affectée à un docteur ou à un licencié en médecine. Plusieurs cathédrales possédaient

phérique ou centrale? M. Rendu est d'avis que, dans le cas qu'il rapporte, la forme hémiplégique plaide en faveur de l'origine centrale, tandis que les caractères de l'hémiplégie motrice et sensitive indiquent une origine périphérique. On ne peut, dit-il, expliquer cette discordance apparente qu'en admettant que l'intoxication atteint l'origine encéphalique des nerfs paralysés; d'ailleurs, tous les symptômes de l'empoisonnement par la vapeur de charbon ont le caractère encéphalique : céphalalgie, vertige, vomissements, coma. N'y aurait-il pas quelque chose d'analogue dans les paralysies saturnines à forme hémiplégique? Elles ont bien les caractères de paralysies périphériques, mais elles sont consécutives à l'action de la substance toxique sur l'origine centrale des nerfs atteints.

M. *Desnos* donne lecture d'une lettre que lui a adressée M. Krishaber au sujet de sa récente communication sur le gavage des phthisiques. M. Krishaber pense que, dans le cas rapporté par M. Desnos, le tube de Faucher a fort bien pu être introduit dans le larynx et la trachée, car ces organes, qui réagissent si vivement contre le moindre attouchement, offrent une tolérance surprenante pour les cathéters volumineux; on peut donc n'être pas averti de la pénétration de la sonde dans les voies aériennes, par la toux et la suffocation; la voix elle-même n'est parfois que peu modifiée, l'instrument se logeant dans l'espace inter-arythénoïdien et laissant libre la glotte ligamenteuse qui est la portion vocale. Il serait prudent, pour éviter toute erreur, d'introduire l'index gauche jusqu'à l'épiglotte et de glisser la sonde sur le doigt servant de conducteur. Le tube de Faucher peut d'ailleurs se replier au niveau de la bifurcation de la trachée et l'on ne rencontre aucun obstacle à l'introduction d'une longueur de sonde correspondant à la distance qui sépare l'estomac de l'orifice buccal. — Le calibre du tube, pense M. Desnos, est trop considérable pour permettre le passage à travers la glotte, et l'absence de toute suffocation semble bien difficile à admettre. Il est au contraire certain que le spasme de l'estomac peut faire refluer les liquides gastriques dans le pharynx, et par suite, dans les voies aériennes. D'ailleurs, le procédé opératoire proposé par M. Krishaber serait pour le moins inapplicable dans bien des cas, l'introduction du tube seul n'étant pas toujours tolérée sans résistance.

M. *Gouguenheim* est d'avis que la lettre de M. Krishaber renferme quelques points qui méritent d'être discutés : 1° le cathétérisme de l'œsophage n'offre aucune difficulté, c'est une manœuvre que tous les médecins pratiquent avec succès; l'entrée de la sonde dans le larynx serait absolument exceptionnelle, tandis qu'on verrait plus fréquemment les instruments que l'on cherche à introduire dans le larynx dévier et pénétrer dans l'œsophage. Il n'est aucunement besoin de prendre comme conducteur, pour diriger la sonde, l'index de la main gauche introduit jusqu'à l'épiglotte; 2° lorsqu'une sonde pénètre dans l'œsophage, on perçoit une sensation de constriction spéciale; on éprouve au contraire dans le larynx une sensation de vide très nette, disparaissant bientôt, il est vrai, par suite du spasme laryngien; 3° si l'introduction d'un instrument, sonde ou porte-médicament, dans l'intérieur du larynx est, tout d'abord, à peu près innocente, cependant elle détermine au bout de 20 à 30 secondes de l'angoisse, de la dyspnée, et ne pourrait se prolonger davantage sans danger; 4° si l'introduction de certains liquides dans les voies aériennes est le plus souvent sans danger, il n'en est pas ainsi de tous les liquides; la physiologie et la clinique ont mis depuis longtemps ce fait hors de doute; 5° le maniement d'instruments dans l'intérieur du larynx n'est presque jamais suivi d'accidents, mais cette innocuité n'est pas absolument constante.

M. *Féréol* pense que c'est au mélange du suc gastrique avec le lait refluant de l'estomac, que l'on doit attribuer, dans le cas rapporté par M. Desnos, les lésions graves déterminées dans le parenchyme pulmonaire.

M. *Dujardin-Beaumetz* croit à la pénétration du tube de Faucher dans le larynx presque impossible. A l'autopsie d'une malade chez laquelle il avait parfois rencontré une résistance au cathétérisme, à une profondeur correspondant à la bifurcation de la trachée, il a trouvé une bride de la muqueuse œsophagienne constituant un obstacle que, pendant la vie, il avait été sur le point d'attribuer à la pénétration dans l'arbre respiratoire.

— M. *Lereboullet* donne communication d'un travail de M. le docteur Pinaud, sur l'*anasarque aiguë compliquant l'angine*. Ce travail, inspiré par la lecture du mémoire de M. Laure, relatif à l'albuminurie consécutive à l'angine, renferme des observations d'anasarque aiguë, généralisée dans plusieurs cas, ayant accompagné l'évolution d'angines catarrhales, phlegmoneuses et diphthéritiques. Les urines, examinées avec soin, ne renfermaient que peu ou pas d'albumine. M. Lereboullet pense que ces observations, recueillies dans un pays où règne la fièvre intermittente, ne peuvent être suffisamment probantes; la cachexie palustre ne suffit-elle pas à expliquer l'apparition de l'anasarque à l'occasion de l'angine? Il serait imprudent d'établir un rapport trop étroit entre la maladie première et un symptôme que l'on observe dans un si grand nombre d'autres affections très diverses.

— M. *Gingeot* rapporte un cas de rage qu'il a traité par le hoang-nân du Tonkin. Il s'agit d'un homme de quarante-sept ans qui, mordu par un chien enragé deux mois auparavant, fut apporté à l'hôpital Beaujon, le 3 novembre 1881, en proie à des accès très caractérisés de rage ayant éclaté depuis fort peu de

---

de pareilles fondations; mais le droit à ces prébendes était partout tombé en désuétude, peu de médecins étant à cette époque dans les ordres. C'était un dernier vestige des institutions du moyen âge, encore exceptionnellement debout dans cette localité. Les deux chirurgiens Trécourt pratiquaient à Rocroi et à Cambrai.

Les médecins d'Arras, nonobstant l'édit de 1707, gardèrent la prétention à une autonomie en vertu de laquelle le collège de médecine et le corps municipal conféraient, dans cette ville, le droit d'exercice. Une Ecole de chirurgie y comptait deux professeurs, dont l'un était Lescardé, qui a encore aujourd'hui un descendant parmi les médecins d'Arras.

Caen avait une Faculté appartenant à l'Université dont l'évêque de Bayeux était chancelier. Quatre docteurs régents la composaient, avec quelques membres honoraires sans fonctions. Parmi les noms des dix-neufs chirurgiens qui exerçaient en cette ville en 1776, il en est deux portés aujourd'hui par nos confrères Hébert et Auvray.

Neuf médecins formaient le Collège de médecine de Rouen; Lepecq de la Clôture et Fleury étaient du nombre. Le collège de chirurgie avait une autre importance avec ses vingt-huit chirurgiens, son doyen, ses prévôts, son professeur royal David, son démonstrateur Beaumont. A Nantes, la Faculté de médecine donnait à son tour à l'Université un recteur, et nommait elle-même tous les ans ses six professeurs. Citons Bonamy, botaniste distingué; Reliquet, professeur d'anatomie, et un professeur pour les *maladies du bas ventre*. A Rennes se trouvait un Collège de médecine et un Collège de chirurgie où était déjà inscrit le nom des Toulmouche.

Tony Saucerotte.

(*A suivre.*)

temps. Les symptômes de l'affection ne présentaient rien de spécial, mais l'état du malade était très alarmant; la congestion était très considérable et l'excitation extrême; cinq grammes de chloral en lavement amenèrent peu d'amélioration. M. Gingeot réussit à se procurer une petite quantité de hoang-nàn, et le traitement fut commencé le 4 novembre dans l'après-midi. Le médicament fut administré sous la forme pilulaire, prescrite par Lacerteur : hoang-nàn, 10 centigrammes; réalgar et alun, âa 75 centigrammes; miel et vinaigre, âa q. s.; pour 8 pilules. Quatre pilules furent dégluties, bien qu'avec peine, dans l'espace d'une heure; mais elles furent expulsées, presque intactes, par des efforts de vomissement. Le malade eut une attaque tétaniforme avec trismus, la face devint vultueuse et le pouls filiforme; on le ranima en partie avec le marteau de Mayor; mais le trismus persistant, on dut recourir aux injections hypodermiques, pour continuer l'administration du hoang-nàn. Les quatre dernières pilules furent dissoutes dans un peu d'eau et l'on pratiqua, à une heure d'intervalle, deux injections de cette solution. Le malade mourut deux heures plus tard. M. Gingeot pense que l'insuccès, dans ce cas, ne doit pas faire rejeter l'essai du hoang-nàn contre la rage, attendu que, dans ce cas, le traitement a été commencé bien tardivement, et que l'administration du médicament a été sans doute défectueuse et la dose insuffisante. Il formule à ce sujet les conclusions suivantes : 1° il y a lieu d'étudier l'efficacité du hoang-nàn contre la rage; 2° la forme pilulaire est à rejeter; 3° le meilleur mode d'administration consiste dans les injections hypodermiques. Elles pourront être faites avec une solution aqueuse d'extrait alcoolique au dixième; 4° elles devront être répétées à courts intervalles; 5° on les suspendra lorsque apparaîtront les phénomènes d'intolérance décrits par Lacerteur : fourmillements, crampes, malaise, coïncidant avec l'effet thérapeutique.

M. *Dujardin-Beaumetz* connaît trois autres cas dans lesquels les pilules de Lacerteur ont été employées contre la rage sans plus de succès; cependant, il se rallie entièrement aux conclusions de M. Gingeot. Peut-être pourrait-on employer la fausse angusture comme succédanée du hoang-nàn auquel elle est identique. Il pense que la méthode russe, c'est-à-dire le traitement par la sudation dans une étuve, peut avoir quelque valeur; il soigne par ce procédé, depuis six mois, trois personnes mordues par un chien enragé, et aucun accident ne s'est encore montré. Il administre en même temps à ses malades de l'ail ou du sulfure d'allyle dont l'efficacité a été également préconisée. Il a aussi expérimenté la waldivine extraite d'un cedron de Colombie, mais sans résultat satisfaisant; la waldivine est employée à Alfort pour supprimer les accès chez le chien, mais elle n'a jamais empêché jusqu'ici l'animal de succomber. Les expériences relatives à la rage sont d'ailleurs difficiles à pratiquer et l'on sait, depuis les recherches de Pasteur, que le chien est le seul animal chez lequel elles fournissent des résultats incontestables; en introduisant des portions de cerveau de chien enragé dans les méninges de chiens sains, Pasteur est parvenu à inoculer la rage d'une façon certaine. Il a démontré que l'inoculation de la salive rabique au lapin peut donner lieu à des accidents rapidement mortels, mais très différents de ceux de la rage. M. Dujardin-Beaumetz a eu connaissance d'un cas dans lequel des aliments et des liquides ont pu être introduits dans l'estomac d'un rabique au moyen du tube de Faucher.

M. *Sevestre* a injecté par ce moyen de l'eau dans l'estomac d'un homme atteint de rage. Ce malade était soumis aux injections de pilocarpine, mais la sudation ne se produisait pas; elle fut très abondante après l'introduction de l'eau dans les voies digestives. En dépit du traitement, le malade succomba.

M. *Gingeot* reconnaît l'analogie de la fausse angusture avec le hoang-nàn, mais il pense que c'est ce dernier seul que l'on doit employer, si l'on désire être fixé sur la valeur thérapeutique de cette strychnée.

— A cinq heures et demie, la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Fistules congénitales de la région sacrée. — Sur la résection tibio-tarsienne dans les fractures compliquées de l'extrémité inférieure de la jambe. — Présentation d'une pièce : kyste du maxillaire supérieur.

M. *Terrillon* entretient la Société d'une affection curieuse observée sur trois malades; il s'agit de fistules congénitales situées à la partie supérieure de la région sacrée, à la partie supérieure du pli interfessier.

Un homme de trente-cinq ans, assez gras, entre à l'hôpital Laennec en 1877; il porte à la partie supérieure du pli interfessier une fistule constatée peu de temps après la naissance, et donnant parfois lieu à des accidents. Sur la ligne médiane, on constate un orifice de la largeur d'une petite lentille et conduisant dans une cavité de 3 centimètres de largeur. Il s'écoule un liquide contenant de la graisse et des cellules épithéliales. Autour, et dans le voisinage, on voit trois autres fistules ressemblant à celles qui suivent les abcès non guéris. En effet, on avait constaté auparavant des poussées inflammatoires, et les orifices des abcès ne s'étaient pas fermés.

M. Terrillon enleva avec le bistouri tout le trajet congénital, et les fistules secondaires furent ouvertes et cautérisées au thermocautère. L'examen histologique indiqua que le trajet avait la structure de la peau. Les phénomènes inflammatoires étaient dus à la rétention de l'épiderme et des produits de sécrétion dans la poche.

Deux ans après, arrive à l'hôpital Saint-Antoine une femme qui portait dans la même région une fistule donnant des phénomènes douloureux et laissant écouler un liquide blanc jaunâtre. Pas de fistules périphériques; à cela près, mêmes signes que dans l'observation précédente.

Il y a trois mois environ, un homme de trente ans se présente à M. Terrillon; il dit que depuis dix-huit ans des phénomènes inflammatoires amènent des abcès suivis d'orifices fistuleux. Dès l'enfance, on avait constaté une dépression à la partie supérieure du sillon interosseux.

M. Terrillon n'a pas trouvé l'indication de ces fistules, qui se trouvent exactement dans la région du spina-bifida. A l'hôpital des Enfants assistés, M. Féret a trouvé sur des enfants des dépressions, des culs-de-sac, mais pas de fistules. Le squelette n'est pas en jeu. On peut se demander si c'est un rudiment de spina-bifida, ou bien si ce serait l'ombilic postérieur, résultat de la soudure incomplète des arcs postérieurs. On ne s'entend pas encore sur le point exact où se trouve l'ombilic postérieur; quelques auteurs le placent à la région où M. Terrillon a constaté la fistule. Dans le spina-bifida, il y a une lésion osseuse, ce qu'on n'a pas constaté chez les trois malades précédents.

M. *Després* a publié dans les *Bulletins de la Société anatomique* une observation d'affection semblable, avec examen microscopique fait par M. Troisier. Le malade, âgé de quatorze ans, était entré à l'hôpital Cochin pour une tumeur de la région du sacrum; c'était une tumeur épidermique. M. Després en avait conclu que l'origine en était congénitale; cette tumeur pouvait s'abcéder et donner des fistules, comme chez les malades de M. Terrillon.

M. *Charles Monod* a vu à l'Hôtel-Dieu, sur une jeune fille, une fistule de la partie inférieure de la fesse; le stylet pénétrait à 10 centimètres de profondeur vers le haut, en pleine fesse. Rien du côté des os. Sécrétion peu abondante de pus. Cette fistule datait de l'enfance; parfois l'orifice se fermait, un abcès arrivait, et la fistule se reformait. On fit des injections iodées sans grand résultat. La pathogénie de cette fistule est obscure.

M. *Guéniot* a observé aussi à l'hôpital des Enfants assistés des enfants portant à la partie supérieure du pli interfessier une petite dépression, un petit ombilic. Au lieu d'une dépression, on observe parfois en ce point un bouquet de poils ou un appendice caudal.

M. *Chauvel* a rencontré des fistules à l'union du sacrum avec le coccyx; elles étaient congénitales. Deux fois il a vu un appendice caudal au même point.

M. *Polaillon* a vu une dépression à la base du sacrum sur un monstre; il a vu la non-réunion des lames ventrales et dorsales.

M. *Pozzi* a observé sur son malade un appendice caudal avec deux noyaux osseux; à l'union du sacrum et du coccyx existait une dépression.

M. *Terrillon* n'a pas voulu parler des tumeurs ou des fistules de la région ano-coccygienne, mais des fistules congénitales de la base du sacrum. En ce point, on voit parfois des tumeurs caudales, mais rarement d'autres tumeurs.

— M. *Nepveu* lit un mémoire sur la résection tibio-tarsienne dans les fractures compliquées de l'extrémité inférieure de la jambe.

M. *Verneuil* conseille de supprimer résolument les tendons adducteurs et abducteurs du pied, pour éviter une subluxation ultérieure.

M. *Polaillon* a communiqué à l'Académie un procédé qui permet de conserver tous les tendons sans avoir à craindre la subluxation.

— M. *Magitot* présente une pièce qui éclaire la pathogénie des kystes du maxillaire supérieur. C'est un maxillaire supérieur droit réséqué à l'École pratique par M. Farabeuf. On voit dans le sinus une tumeur du volume d'une amande, entourée d'une coque en partie osseuse, en partie fibreuse. La tumeur est vide; c'est une poche kystique. Si l'on examine le bord alvéolaire, on voit une première molaire cariée, avec une racine rugueuse et dénudée; c'est le point de départ du développement de la poche. C'est un kyste ayant soulevé le sinus sans ouvrir la paroi, sans pénétrer dans sa cavité.

L. Leroy.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Diabète sucré : M. Durand-Fardel. — Un nouveau pulvérisateur : M. Dujardin-Beaumetz.

M. *Durand-Fardel*, à l'occasion d'une récente communication de M. Duhomme, désire formuler quelques observations touchant l'histoire clinique et thérapeutique du diabète sucré. Il se déclare partisan des idées émises par M. Duhomme, mais il croit que jusqu'ici on s'est peut-être trop exclusivement occupé du côté chimique de la question. Lorsque le médecin se trouve en présence d'un diabétique, il a deux problèmes à résoudre : un problème de pathologie et un autre de thérapeutique. La pathologie du diabète comprend l'étiologie de l'affection, sa pathogénie et sa pathologie proprement dite, c'est-à-dire les conditions de l'organisme malade. Le plus souvent l'étiologie reste incertaine, la cause du diabète est inconnue. Il en est de même, dans l'état actuel de la science, de sa pathogénie; on ne possède pas encore de théorie irréfutable du diabète. La théorie de l'origine hépatique ou de l'irritation de la fonction glycogénique n'est elle-même qu'une hypothèse. Certes il existe des glycosuries passagères distinctes du véritable diabète sucré; mais ne peuvent-elles pas, dans bien des cas, reconnaître la même pathogénie que le diabète persistant? Un des graves *desiderata* de la théorie hépatique est de ne fournir aucune indication thérapeutique précise. Au point de vue pathologique, nous savons, au contraire, que la glycémie constitue la condition morbide prédominante; tous les symptômes que l'on constate chez les diabétiques indiquent seulement la saturation du sang par la glycose. Si l'on envisage la question à un point de vue plus général, on voit que l'alimentation introduit dans l'économie des principes de trois ordres : substances grasses, principes azotés et principes sucrés. Or, il existe trois états pathologiques dans lesquels l'on voit l'un de ces principes s'accumuler dans l'organisme et devenir l'origine de troubles variés : ce sont l'obésité, l'uricémie et le diabète sucré. On ne peut dire d'ailleurs, dans chacun de ces états morbides, si l'accumulation anomale du principe nocif résulte d'une introduction surabondante, d'une production exagérée au sein même de l'organisme ou d'une dépense insuffisante. L'obésité, peu étudiée par suite de son innocuité relative, ne peut fournir des arguments bien probants, mais il n'en est pas de même de l'uricémie. On sait que cette altération du sang se révèle sous deux formes cliniques bien distinctes : la gravellurie et la goutte. Dans la première, tout l'acide urique en excès dans la circulation est éliminé au niveau du rein, l'excrétion urinaire l'entraîne sans cesse sous forme de sables ou de graviers; tout accident sérieux se trouve ainsi conjuré, à moins de désordres locaux déterminés par la présence des calculs jouant le rôle de véritables corps étrangers. Il en est de même pour la goutte, lorsque l'acide urique en excès dans l'économie se dépose au niveau des jointures, et subit, par ce fait même, une sorte d'élimination; mais s'il reste dissous dans le sang, ou si son élimination est insuffisante, aussitôt se montrent les phénomènes toxiques et les accidents graves de l'uricémie. De même dans le diabète sucré : si la glycose contenue en excès dans le sang est éliminée par l'urine, il ne se produit aucun désordre grave; les symptômes du diabète existent, mais le pronostic n'a rien d'immédiatement inquiétant. Si, au contraire, la glycose n'est pas éliminée, elle détermine une sorte d'intoxication générale, et dès lors apparaissent les lésions oculaires, le refroidissement, les gangrènes, etc. C'est ainsi qu'un diabétique dont l'urine renferme beaucoup de glycose est parfois moins dangereusement atteint que celui dont l'urine est peu sucrée; il se peut, en effet, que le premier élimine la totalité de la glycose contenue dans sa circulation, tandis que le second n'en excrète qu'une faible partie, et se trouve, par suite, exposé aux accidents graves de la glycémie. L'indication formelle, au point de vue thérapeutique, est donc d'activer l'assimilation des principes sucrés. Il existe pour cela deux moyens : l'exercice et le traitement par la soude. Quant au régime, il ne peut être curatif, ne s'adressant pas à une cause directe de l'affection; cependant il est très utile, puisqu'il combat la glycémie, cause prochaine des accidents redoutables. C'est ainsi qu'on voit tous les symptômes inquiétants s'amender rapidement sous l'influence du régime, même chez un sujet depuis longtemps diabétique; tandis que l'on voit, au contraire, la soif, la sécheresse de la bouche, la dépression des forces suivre de près une infraction momentanée au régime établi. En résumé, *la suppression des aliments sucrés et féculents a pour objet d'atténuer la glycémie, cause la plus prochaine des accidents du diabète, depuis les moindres jusqu'aux plus graves.* Comment doit-on entendre le régime? Quelle que soit son importance, il doit néanmoins être subordonné à l'état de l'appareil digestif de chaque ma-

lade; il est indispensable que le diabétique se nourrisse, assimile et ne subisse pas, de par le régime, un affaiblissement qu'il faut éviter à tout prix.

— M. *Dujardin-Beaumetz* présente à la Société un nouveau pulvérisateur construit par M. Waseige. Cet instrument, très simple et peu coûteux, offre cet avantage de se terminer par un tube en caoutchouc à l'extrémité duquel se trouve une sorte de canule d'où s'échappe le liquide pulvérisé; on peut dès lors employer avec facilité ce tube mobile pour les pulvérisations de la gorge ou des diverses cavités.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Considérations sur l'anatomie topographique de la glande biliaire de l'homme. Démonstration anatomo-pathologique du lobule biliaire, par M. Ch. Sabourin.

Très intéressant mémoire où M. Sabourin montre que la notion de *glande tubulée* appliquée au foie humain (Eberth) doit être acceptée. Dans le foie, il faut, d'après lui, considérer deux choses bien distinctes : 1° un système vasculaire énorme, fort apparent, d'où la division du foie en *lobules vasculaires;* 2° une *glande biliaire*, en quelque sorte dissimulée à l'état normal. Chaque lobule hépatique renferme une série de segments de forme pyramidale, constitués par un système glandulaire, *acini biliaires*. Chaque acinus est probablement composé d'un tube épithélial contourné et anastomosé, qui, à la base de l'acinus, se continue à plein canal avec une ramification des voies biliaires. Ainsi est constitué un pédicule auquel sont accolées les branches de la veine porte et de l'artère hépatique. Sans entrer dans des détails d'anatomie topographique, on voit que la coupe du lobule biliaire ainsi compris peut se comparer à celle du lobule pulmonaire.

Conception purement philosophique, reconnaît l'auteur, mais qui s'accorde avec les données de l'anatomie pathologique (cirrhoses, foie cardiaque), de l'anatomie comparée (car la constitution tubulée est évidente pour certaines espèces animales), de l'anatomie générale (car le foie rentre ainsi dans le concert général des glandes). (*Revue de médecine*, janvier 1882.)

Le tremblement sénile et ses rapports avec la paralysie agitante, par M. Em. Demange.

Bien que certains auteurs aient, à tort, considéré le tremblement sénile comme très fréquent, faisant presque partie de l'état physiologique, il est, en réalité, fort rare (Charcot). En fait, il n'a pas de caractères bien nets, se produit souvent en dehors de toutes conditions étiologiques appréciables, n'est pas toujours lié à la sénilité. Il est impossible de le rattacher à une altération spéciale de la moelle. C'est donc dans l'ordre des névroses qu'il doit être placé, à côté de la paralysie agitante. Peut-être même doit-il être confondu avec cette dernière maladie. Pour Demange, entre la forme classique grave de la paralysie agitante et le tremblement sénile il n'y a qu'une question de degré; aux termes de paralysie agitante et de tremblement sénile, tous deux inexacts, on pourrait substituer la dénomination commune de *tremblement rhythmé oscillatoire*, qui, sans rien préjuger de la nature de l'affection, en rappelle le symptôme essentiel. (*Revue de médecine*, vier 1882.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

Tratado de termometria medica, par M. N. Rodriguez y Abaytua. In-8 de 485 pages. — Madrid, typographie Gutenberg, 1881.

Ce *Traité complet de thermométrie médicale* se divise en dix chapitres : le premier et le second sont consacrés à l'histoire et à la technique de la thermométrie; le troisième et le quatrième, à l'étude de la calorification à l'état physiologique. Dans le cinquième, l'auteur étudie le processus fébrile; enfin la première partie, intitulée *thermophysiologie* et *thermopathologie*, se termine par une exposition très complète des diverses théories émises sur la pathogénie de la fièvre et de l'algidité.

La seconde partie, *thermosémiologie*, est toute d'application; l'auteur divise les maladies où se produit, soit une augmentation, soit une diminution de la température, en trois classes : 1° maladies à hyperthermie (*a*, fièvres et inflammations pour lesquelles il adopte la classification de M. Sée; *b*, névroses convulsives); 2° maladies à hypothermie; 3° maladies avec périodes d'hyper et d'hypothermie. C'est un travail de vulgarisation, où l'auteur fait preuve d'une grande érudition; qu'il nous soit permis d'exprimer le regret qu'il n'ait pas réuni en des chapitres distincts les considérations relatives au diagnostic, au pronostic, au traitement des accidents fébriles ou algides, au lieu de les disséminer dans toute la seconde partie de l'ouvrage à propos de chaque maladie qui influence les processus de calorification.

Étude du processus histologique des néphrites, par M. Hortoles. In-8 de 182 pages, avec 4 gravures et 5 planches chromolith. — Paris, 1881. J.-B. Baillière.

Travail très intéressant, rédigé sous l'inspiration du professeur Renaut (de Lyon). En voici les conclusions principales : quand on suit l'inflammation rénale dans ses diverses étapes, jusqu'à l'atrophie complète de cet organe, on trouve toujours réunies des lésions du tissu périvasculaire et des lésions épithéliales. On ne peut donc maintenir dans sa rigueur la distinction radicale qu'on a proposé d'établir entre les néphrites interstitielles et parenchymateuses. La prépondérance prise, soit par la cirrhose, soit par la dégénération épithéliale, est un accident d'évolution. Toute néphrite qui d'aiguë devient chronique, passe par un stade spécial caractérisé par la formation d'un tissu muqueux qui sert de transition entre l'inflammation rénale au début et les lésions ultimes du mal de Bright, et a pour aboutissant la néphrite interstitielle chronique.

Des adénites et des adéno-phlegmons de la région cervicale dans l'angine diphthéritique et dans la scarlatine, par M. L. Arène. Thèse de Paris. — 1881. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Travail très complet, fait sous l'inspiration de M. Cadet de Gassicourt. Dans la scarlatine comme dans la diphthérie, il y a deux espèces d'engorgements cervicaux, les uns bénins, les autres malins. La violence des adénites dans ces deux maladies est certainement en rapport avec l'intensité de l'affection générale; mais ce rapport n'est point absolu. Aussi ne doit-on pas de leur existence seule conclure à une terminaison fâcheuse.

Le traitement doit être surtout palliatif; il faut chercher la résolution, et ne pas ouvrir prématurément, à moins d'indications spéciales.

Études critiques et expérimentales sur la circulation pulmonaire, par M. Lalesque. In-8 de 194 pages. — Paris, 1881. G. Masson.

« Grâce aux notions fournies par cette méthode (celle des circulations artificielles) on a pu arriver à poser les lois mécaniques de la circulation cardio-pulmonaire; il est devenu possible d'interpréter la part qui revient aux modifications de la circulation pulmonaire dans les variations que peut présenter la circulation générale; enfin nous sommes en mesure de mieux comprendre toute une série de phénomènes pathologiqees dans lesquels les troubles du cours du sang à travers le poumon jouent un rôle essentiel... Il nous a semblé utile de coordonner ces recherches, d'en présenter le résumé et d'en essayer la critique. » Ces quelques lignes, empruntées à l'introduction de ce travail, en indiquent

l'esprit; elles font comprendre aussi qu'il est impossible de l'analyser, vu la multiplicité des questions qui y sont abordées. Ce mémoire, fait dans le laboratoire de M. Marey et avec le concours de M. François-Franck pour la partie expérimentale, devra être consulté non seulement par les physiologistes, mais encore par les cliniciens, qui y trouveront des applications intéressantes à l'histoire des pleurésies, du pneumothorax, des cardiopathies d'origine réflexe, etc.

De l'allaitement artificiel, par le docteur L. d'Ardenne. — Paris, 1881. J.-B. Baillière et fils.

Cet ouvrage, récompensé par l'Académie de médecine lors du concours de 1879 pour le prix de la commission de l'hygiène de l'enfance, renferme d'utiles instructions au point de vue du choix du lait, de son mode d'administration et des moyens de contrôler l'état de nutrition satisfaisante du nourrisson. C'est d'ailleurs plutôt un manuel à l'usage des mères de famille qu'un traité destiné aux médecins eux-mêmes.

VARIÉTÉS

Mort de M. Bussy. — M. Bussy, dont le prénom de *Brutus* rappelle la date de la naissance (1794, Marseille), vient d'être enlevé à la médecine et à la chimie; car il avait été agrégé de la Faculté de Paris, directeur de l'Ecole de pharmacie, et avait dirigé toutes ses recherches vers les parties de la chimie applicables à la médecine et vers l'expérimentation clinique des substances médicamenteuses. On lui doit des travaux sur l'emploi clinique de l'huile de ricin et de la saponaire, sur les falsifications des drogues, sur l'affaire de Mme Lafarge, etc. Mais son principal titre d'honneur est la découverte du moyen de liquéfier l'acide sulfureux, le chlore et plusieurs autres gaz. Bussy était membre libre de l'Académie des sciences, membre titulaire de l'Académie de médecine et officier de la Légion d'honneur. C'était le beau-père de notre éminent confrère, le professeur Gosselin.

— Nous apprenons aussi avec un vif regret la mort de M. le docteur Duhamel, décédé le 16 janvier dernier. Ancien maire de Boulogne-sur-Mer, médecin de la prison, du collège, de la marine; conseiller municipal depuis 1870, chevalier de la Légion d'honneur de 1879.

Commission d'hygiène scolaire. — Il est institué au ministère de l'instruction publique une commission de l'hygiène des écoles. Cette commission est chargée d'étudier les questions relatives, soit au mobilier scolaire, soit au matériel d'enseignement, soit aux méthodes et aux procédés d'instruction dans leurs rapports avec l'hygiène. Parmi les médecins faisant partie de cette commission, présidée par M. le ministre de l'instruction publique, figurent MM. Dally, Gariel, Gavarret, de Saint-Germain, Javal, Onimus, Panas, Perrin (Maurice), Riant, U. Trélat. — M. G. Masson, éditeur, fait partie de cette commission.

Collège de France. — Par arrêté ministériel en date du 13 janvier 1882, il est créé près le Collège de France un laboratoire de physique biologique rattaché à l'Ecole pratique des hautes études. MM. Brown-Séquard, professeur de la chaire de médecine au Collège de France, et d'Arsonval, préparateur de cette chaire, sont nommés directeurs dudit laboratoire.

Société de médecine. — *Prix de feu Duparcque.* — Conformément à la volonté du legs qui lui a été généreusement fait par l'un de ses membres les plus regrettés, la Société de médecine de Paris fonde un prix qui, sous le nom de *Prix Duparcque*, sera décerné tous les deux ans à un travail, manuscrit ou imprimé, écrit en langue française, à la condition toutefois que ce dernier n'aura pas été publié depuis plus de deux ans avant l'ouverture du concours. Le prochain concours s'ouvrira le 1er avril 1882, et les travaux des concurrents devront être parvenus avant le 1er avril 1883, à l'adresse de M. de Beauvais, secrétaire général, 39, rue de Trévise, à Paris. Le prix consistera en une somme de *six cents francs* et *une médaille d'or de cent francs.*

Pour la première fois le sujet sera choisi et aura trait à la gynécologie, où Duparcque avait acquis une durable notoriété.

Voici le titre de ce sujet : « Etude des troubles de la miction se rattachant aux divers états, physiologiques ou pathologiques, de l'utérus. » Le prix sera décerné publiquement le quatrième samedi d'octobre 1883, dans la salle des séances, 3, rue de l'Abbaye.

Société de médecine légale. — La Société a déclaré la vacance de quatre places de membres titulaires et de cinq places de membres correspondants nationaux. Les candidats sont invités à adresser leur lettre de demande au secrétaire général (M. le docteur Gallard, 7, rue Monsigny, à Paris).

Légion d'honneur. — Par décret en date du 25 janvier, M. Hodoul, médecin de 1re classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Mortalité a Paris (4e semaine, du vendredi 20 au jeudi 26 janvier 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2225910 habitants. — Nombre total des décès : 1265, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 35. — Variole, 15. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 74. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 10. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 43.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 195. — Autres tuberculoses, 21. — Autres affections générales, 78. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 77. — Bronchite aiguë, 58. — Pneumonie, 118. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 58; au sein et mixte, 26; inconnu, 13. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 104; de l'appareil circulatoire, 70; de l'appareil respiratoire, 96; de l'appareil digestif, 65; de l'appareil génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 13. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 1; causes non définies, 2. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 13.

Conclusions de la 4e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1353 naissances et 1265 décès. — Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1092, 1281, 1182, 1179. Le chiffre de 1265 décès relevé dans le bulletin de ce jour est donc supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison avec la 3e semaine des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques fait ressortir : une atténuation pour la variole (15 décès au lieu de 21 pendant la 3e semaine), et pour la scarlatine (2 au lieu de 5); une aggravation pour la fièvre typhoïde (35 décès au lieu de 30), la diphthérie (74 au lieu de 50), la coqueluche (6 au lieu de 4), l'érysipèle (7 au lieu de 2), l'infection puerpérale (10 au lieu de 5). Les décès par rougeole ont atteint le même chiffre que durant la dernière semaine.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Guide pratique d'électrothérapie, rédigé d'après les travaux et les leçons du docteur Onimus, lauréat de l'Institut, par M. le docteur E. Bonnefoy. 2e édition, revue et augmentée, par M. le docteur Onimus. 1 vol. in-18 de la collection diamant, avec 95 figures dans le texte, cartonné à l'anglaise, tranches rouges. Paris, G. Masson. 6 fr.

Ostéotomie avec recherches sur l'étiologie et la pathologie du genu valgum, du genu varum, et des autres difformités osseuses des membres inférieurs, par M. William Macewen, professeur de clinique à Glasgow. Traduit par M. Albert Demons, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. 1 vol. in-8 avec figures dans le texte. Paris, G. Masson. 5 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 9 févier 1882.

Pour contribuer autant qu'il était en nous à élucider la question des rapports de l'impaludisme avec la glycosurie, qui récemment a été tant controversée à l'Académie de médecine, nous avions, de concert avec M. Léon Colin, prié un de nos collaborateurs, bien placé pour étudier expérimentalement cette question, de vouloir bien faire des recherches personnelles et nous en communiquer les résultats. Voici la réponse de notre distingué confrère.

LA RÉDACTION.

RECHERCHE DE LA GLYCOSURIE CHEZ LES PALUDIQUES. PREMIÈRE SÉRIE D'EXAMENS RESTÉS NÉGATIFS, par M. le docteur F. SOREL, médecin-major de 1[re] classe.

Suivant le désir qui m'a été exprimé, j'ai examiné les malades de mon service (à Sétif) au point de vue de la question pendante de la glycosurie chez les paludiques.

Bien que la saison fût déjà avancée, la présence à l'hôpital de Sétif de nombreux détenus militaires des ateliers des travaux publics, n° 4 (Bougie) et n° 6 (Bône), qui, employés pendant l'été aux terrassements de la ligne en construction du chemin de fer de Sétif à Ménerville, section des Portes-de-Fer, présentaient tous les degrés du tellurisme, m'a mis à même de faire en peu de temps un certain nombre d'examens portant sur les cas les plus variés.

Mode d'examen. — L'urine, sauf notation contraire, a été recueillie séance tenante directement dans le verre à expériences. Quelques centimètres cubes de la liqueur cupro-potassique de Fehling contenus dans un tube à essai, étant portés à l'ébullition au moyen d'une lampe à alcool, on y ajoutait lentement une petite quantité de l'urine à examiner, puis aucune modification ne se produisant à la surface de contact des deux liquides, on chauffait ce point à nouveau, et le tube était ensuite mis de côté pour être revu plus tard.

Jamais la moindre réduction ne s'est opérée. Les urates, en se déposant par le refroidissement, peuvent entraîner avec eux la matière colorante de l'urine, mais outre qu'il n'y a là qu'une ressemblance grossière avec l'oxyde de cuivre, la liqueur redevient limpide par la chaleur. Du reste, pour éviter toute cause d'erreur, il suffit de traiter ces urines successivement par l'acétate basique de plomb et le carbonate de soude et de faire l'examen après filtration.

Les résultats n'ont pas varié en opérant diversement à titre de contre-épreuves; soit en augmentant la proportion d'urine, soit en alcalinisant la liqueur par la lessive de soude, soit en faisant bouillir un mélange d'urine et de la liqueur cupro-potassique, soit au contraire en laissant reposer à froid pendant vingt quatre heures ce même mélange.

M. L. Colin a présenté à l'Académie de médecine, dans la séance du 3 janvier dernier, une note que je lui avais remise

FEUILLETON

La profession médicale il y a un siècle.

(Fin. — Voy. n° 51, année 1881, n°s 3 et 5).

Anjou, Berry, Poitou, Limousin, Gascogne, Languedoc. — Angers possédait une Faculté renommée composée de treize docteurs et quinze maîtres en chirurgie, parmi lesquels Lachèse, Mirault. A Poitiers, au contraire, la Faculté ne donnait plus de leçons, ne conférait plus de grades, et n'avait plus que des agrégés, qui prenaient le titre de docteurs régents. Celle de Bourges n'avait pas plus d'importance. A Limoges, la médecine et la chirurgie avaient chacune dix représentants, et les deux familles Duverger et Perret ont continué jusqu'aujourd'hui la tradition professionnelle. Bordeaux n'avait dans son Université qu'une Faculté à deux professeurs. Le Collège de médecine en était non seulement indépendant, mais avait seul le droit de conférer aux professeurs eux-mêmes le droit d'exercer dans la ville. Le nombre de ses membres était indéterminé (il était de seize en 1776), et ils étaient admis avec le grade de docteur d'une Faculté quelconque. L'Ecole de Saint-Cosme comptait cinq démonstrateurs, à la nomination de la communauté des maîtres en chirurgie. Ceux-ci formaient une Société académique organisée sur le modèle de l'Académie de chirurgie; son président était le lieutenant du premier chirurgien du roi; elle comprenait cinquante maîtres, parmi lesquels Louis Vitrac, Pierre-Antoine Dubreul, Jean Dupuy. A côté d'eux, huit chirurgiens privilégiés et trois chirurgiens de la cour et de la marine.

Dans le Roussillon, les chirurgiens étaient restés indépendants de la juridiction du premier chirurgien du roi. Un fonctionnaire nommé *protomedic* (office d'origine espagnole), choisi parmi les professeurs en médecine de l'Université, exerçait son autorité sur les deux branches de la médecine,

comprenant les recherches faites chez 35 malades; mais comme en pareille matière le nombre n'est pas sans importance, je donnerai ici le complément de mes examens en réunissant les cas omis précédemment à ceux observés depuis le 26 décembre.

Toutefois je ferai tout d'abord l'énumération succincte des premières observations en les complétant lorsqu'il y aura lieu, ou en reproduisant certaines autres observations d'un intérêt plus spécial, d'autant mieux que les cas de la deuxième série, recueillis plus tard, présentent en général une répétition moindre des accès fébriles.

1° *Énumération des faits compris dans la première série.*

Ces faits sont au nombre de 35. Les trois premières observations ont trait à des malades qui n'avaient pas eu d'accès fébriles pendant la période d'examen (jusqu'au 26 décembre).

I. — Chloro-anémie cachectique, souffle continu au cou sous forme de bruit de rouet. Les urines, examinées à diverses reprises, ne contiennent pas de sucre.

II. — Même état. Mêmes résultats négatifs.

III. — Bir..., détenu de l'atelier n° 6, vingt-deux ans, en Algérie depuis juin 1881, contracte la fièvre en septembre, arrive à Sétif le 14 novembre. Infiltration du tégument; accès soporeux à la fin du mois; peu à peu se relève; l'infiltration disparaît; chloro-anémie cachectique avec souffle continu au cou, traversé par des modulations musicales. Les urines présentent un léger nuage douteux d'albumine; filtrées après ébullition, elles ne réduisent pas la liqueur cupro-potassique.

Accès le 29 décembre, vers onze heures du matin. — Le soir, temp., 41°,2; urine jaune, acide, sans sucre.

Le 30, matin, temp., 37°,2; urine ambrée, acide, sans sucre. — Le soir, 38°,2; urine jaune or, acide, sans sucre.

Apyrexie le 31; urines non sucrées.

Dans les divers examens, abondance plus ou moins grande d'urates, mais pas d'albumine.

IV. — Cachexie avec infiltration à l'entrée, puis anémie cachectique; aucun souffle. Examens négatifs.

V. — Même état antérieur et actuel que le précédent; mêmes résultats.

VI. — Cachexie très prononcée; œdème pulmonaire; pas de souffle; épistaxis légères de temps à autre. Aucun accès en décembre; mais, vers le 20 de ce mois, ictère avec décoloration des selles. Ni sucre ni albumine dans l'urine; présence de la bile pendant la durée de l'ictère, disparu après une quinzaine de jours.

VII. — Anémie avec gingivite scorbutique et pétéchies aux jambes; aucun souffle. Examens négatifs.

VIII. — Anémie sans aucun souffle; névralgie faciale à droite dans la première quinzaine de décembre.

Le 17 décembre, matin, apparition de taches de purpura aux jambes qui s'étendent aux cuisses le 18, et s'effacent après une quinzaine de jours. En même temps éruption lichénoïde aux avant-bras, qui persiste encore. L'urine, en général, très pâle, ne contient pas de sucre.

Accès le 14 janvier, vers onze heures du matin. — Midi, temp., 41 degrés; urine jaune, acide, sans sucre. — Le soir, temp., 40°,8; urine pâle, faiblement acide, sans sucre.

Le 15, matin, temp., 36 degrés; urine rouge, acide, sans saveur (abondance d'urates). — Le soir, temp., 41 degrés; urine ambrée, acide, sans sucre.

Le 16, matin, temp., 36°,4; urine rouge, acide, sans sucre (abondance d'urates).

Malades civils.— IX.— Accès du 8 au 15 novembre 1881, avec vomissements bilieux, épistaxis, délire; état très grave, la mort semble imminente. Apyrexie le 16 novembre. S'infiltre peu à peu; à la fin du mois, cachexie prononcée avec œdème dur des parois abdominales. L'urine colorée comme dans l'hémaphéisme est légèrement albumineuse, mais, examinée après précipitation par la chaleur et filtration, elle ne contient pas de sucre.

Ce malade se relève à partir du 1er janvier; l'infiltration a disparu en grande partie et l'urine toujours non sucrée ne présente plus de traces d'albumine. Sa coloration est normale.

X. — De H...., quarante-sept ans, dessinateur, employé aux travaux du chemin de fer, section du Hammam, près Sétif; trente ans d'Algérie; ayant eu des accès de fièvre en 1857 et en 1879, entre à l'hôpital de Sétif le 5 novembre 1881.

Le 22 octobre, il a été pris d'un accès de fièvre à dix heures du matin, qui se représente le 24, à onze heures, et le 26, à midi.

Le 28, la nuit ayant été relativement froide, il se trouvait dès le matin sur les chantiers; les pieds étaient garnis de chaussettes de laine et chaussés de grosses bottes très amples. Bientôt, il ressent des fourmillements dans les pieds et éprouve une sensation de construction qui devient intolérable vers huit heures du matin. On ne peut le déchausser, et la botte droite est fendue la première. A dater de ce moment, état fébrile plus ou moins continu, gonflement œdémateux des pieds et des jambes sans changement de coloration, fourmillements marqués surtout la nuit.

Le 1er novembre, marbrures livides sur les pieds, les orteils insensibles noircissent, subdélire la nuit.

Son état s'aggravant, il est amené à l'hôpital le 5 novembre après-midi. Temp., 38°,7. Gangrène des orteils à gauche et du quatrième seulement à droite; gonflement des pieds, tachetés de marbrures livides. Apyrexies les jours suivants après avoir pris toutefois du sulfate de quinine. Evacué alors aux blessés, dans le service de M. Dieu, médecin en chef, la situation se liquide par la perte d'une phalange à une phalange et demie des cinq orteils de gauche et d'un seul à droite.

Le 26 survient un accès fébrile qui ne se reproduit pas.

L'urine examinée soit le matin, soit après les repas, n'a jamais fourni de sucre.

Les malades portés sous les numéros 11 à 35 inclus ont été en plus examinés dans l'état de fièvre, et le sucre a été recherché dans l'urine émise, soit au déclin, soit à l'acmé de l'accès, et plusieurs fois dans celle rendue du soir au lendemain matin.

XI. — Cachectique avec infiltration du tégument et œdème pulmonaire, souffle au cou; l'urine ne contient pas de sucre.

---

conférait la maîtrise en chirurgie, surveillait les pharmaciens. Bonafos, Carrère, premier traducteur de Pringle, Anglada, Companyo, Fuster ont laissé des travaux utiles ou des descendants dans notre profession.

Le Languedoc avait ses deux grandes Universités de Toulouse et de Montpellier. La première, une des plus anciennes de France, conférait à ses professeurs le titre de chevalier, et était pourvue de cinq chaires constituées comme dans les autres Facultés à cadre complet : 1° physiologie et hygiène; 2° chimie et pharmacie; 3° anatomie et chirurgie; 4° pathologie et thérapeutique; 5° médecine pratique. Le nom de Maynard, titulaire de la troisième chaire, a encore un représentant dans la médecine toulousaine. L'Ecole de chirurgie, créée par Louis XV, était pourvue de neuf professeurs, dont trois adjoints. La communauté des maîtres avait des statuts particuliers et le même ressort que le diocèse.

A] Béziers, fait certainement unique à signaler, vivait un maître en chirurgie nommé Bailheron, descendant d'une famille qui, depuis 1444, exerçait la chirurgie de père en fils sans interruption.

L'Ecole de médecine de Montpellier portait seule le titre d'Université de médecine, et donnait avec l'Ecole de chirurgie un enseignement complet, distribué par huit professeurs dans la première et dix dans la seconde. Les professeurs de médecine étaient F. de Lamure, doyen; J. F. Imbert, T. J. Barthez, C. Le Roy, J. Gaspard René, Gouan, Broussonet, Haguenot; deux démonstrateurs d'anatomie, Thomas Goulard et J. B. Laborie, un démonstrateur de chimie complétaient l'enseignement. La bonne harmonie était loin de régner dans la Faculté : Barthez y faisait souffrir ses collègues et souffrait lui-même des difficultés de son caractère. A côté des professeurs, trente-quatre docteurs résidaient en la ville. On comptait parmi eux Chaptal, l'oncle et l'initiateur du grand chimiste dans l'étude de la médecine; H. François René, F. Vigaroux, L. Estève, Brun, Sabatier, Sarrus, Brugnières, Rigaud et Fouquet, l'un des médecins distingués du siècle,

Examen négatif pendant les accès survenus les 22 décembre et 12 janvier.

XII. — Cachexie aiguë, œdème généralisé avec ascite et œdème pulmonaire; souffle continu au cou. Examen négatif aussi bien que pendant la période d'accès survenue du 22 au 25 décembre. De temps à autre, léger louche albumineux.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Ophthalmologie.

Des amblyopies traumatiques. Hémiopie horizontale de l'œil droit, suite d'un coup de fleuret a l'angle interne de l'orbite, par le doctour Chauvel, professeur au Val-de-Grâce.

Il y a quelques mois, j'ai eu l'honneur d'appeler l'attention de la Société de chirurgie sur la pathogénie des amauroses unilatérales, immédiates et incurables, qui succèdent parfois aux lésions traumatiques du crâne et de la face, sans altération directe de l'organe visuel ou des parois orbitaires. Notre éminent confrère, M. Giraud-Teulon, nous fit connaître à cette occasion un fait des plus intéressants. Une hémiopie latérale, consécutive à une chute sur la tête, cède en grande partie à l'emploi des courants continus, mais elle laisse persister, dans un secteur assez limité de la rétine, une insensibilité absolue.

L'observation que j'apporte aujourd'hui offre certains rapports avec la précédente, bien qu'elle soit, peut-être, d'une explication plus facile.

Obs. — Sy..., prévôt d'armes au 13e régiment d'artillerie, entre dans mon service, à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 18 mai 1881. Robuste, doué d'une excellente vue, ce jeune homme n'a jamais eu d'autre maladie qu'une otite moyenne gauche, avec perforation du tympan, suivie d'un certain degré de surdité. Le 17 mai 1881, pendant une leçon d'armes, il reçut un coup de fleuret moucheté à l'angle interne de l'œil droit, sous la paupière inférieure. La pointe mousse de l'arme a traversé le masque qui protégeait son visage.

Le fleuret pénétra-t-il profondément? Le fait nous semble assez probable. La petite plaie saigna pendant une demi-heure environ Sur le coup, la paupière supérieure tombe, et lorsque Sy... la relève pour faire examiner l'œil, il constate que du côté droit blessé, la vision est complètement abolie. Bien que la douleur fût vive, il n'y eut pas perte de connaissance, et le blessé put se rendre seul jusqu'à l'infirmerie du corps, où des compresses d'eau froide furent immédiatement appliquées sur l'organe lésé.

Dans la nuit, douleurs vives, continues au-dessus de l'œil et au pourtour de l'orbite, exagérées par les mouvements et surtout par l'abaissement du globe. Elles sont accrues par la pression sur le nerf sus-orbitaire et dans l'angle externe de l'orbite. Le sourcil droit est plus élevé et plus saillant que le gauche; la paupière supérieure droite est abaissée et immobile; il existe une légère ecchymose au grand angle de l'œil.

A l'entrée du malade dans mon service, vingt-quatre heures après l'accident, je constate au niveau du sillon oculo-nasal droit une plaie d'apparence superficielle, linéaire, d'un centimètre de longueur, déjà presque fermée. A son extrémité externe, sous la paupière inférieure, existe une petite saillie formée par la peau enroulée sur elle-même, preuve manifeste que le coup a été porté de dedans en dehors.

La solution semble sans profondeur. Pas d'ecchymose au pourtour. La sensibilité est intacte, la conjonctive bulbaire normale, sauf dans l'angle externe, où elle présente une suffusion sanguine légère. Chute de la paupière supérieure droite paralysée; mydriase; strabisme externe du même côté; les mouvements d'abduction du globe sont presque seuls conservés. Il y a donc une paralysie de la troisième paire. Le toucher montre que le rebord orbitaire inférieur est parfaitement intact; ni douleur localisée, ni déplacement osseux.

Le globe oculaire ne présente aucune lésion appréciable de ses milieux et de ses membranes, et cependant la vision est si complètement abolie que le patient ne distingue pas la lueur d'une forte lampe placée à 10 centimètres en avant de son œil droit. L'œil gauche est sain, et l'aspect de la papille et des membranes profondes est absolument le même que celui de l'œil blessé. — Compresses froides; repos.

Le 19 mai, surlendemain de l'accident, la sensibilité lumineuse semble se réveiller; la lumière de la lampe est perçue, mais à peine. L'ecchymose sous-conjonctivale s'est un peu étendue, de dehors en dedans, vers la partie inférieure du bulbe; les douleurs persistent. Sous l'influence du repos, de quelques sangsues et d'applications calmantes, les souffrances s'éteignent rapidement. Pour réveiller, si possible, la sensibilité rétinienne, des frictions excitantes péri-orbitaires, des injections hypodermiques de strychnine autour de l'œil, enfin les courants galvaniques continus sont mis en usage. Sous leur influence, la paralysie du moteur oculaire commun diminue progressivement. Vers la fin de juin, la paupière supérieure se relève volontairement et reste élevée pendant quelques secondes. Le strabisme externe est moins prononcé, et l'œil suit assez bien les mouvements de son congénère. Malheureusement les fonctions visuelles n'ont pas suivi la même marche favorable. La sensibilité n'a reparu que dans la moitié supérieure de la rétine, et encore d'une manière très incomplète. Avec le périmètre chromatique de M. Perrin, on limite cependant le champ visuel. Le champ est absolument nul dans la demi-sphère supérieure. En bas il va jusqu'à 60 degrés; mais il y a impossibilité de déchiffrer des caractères d'imprimerie de moyenne dimension. Les facultés chromatiques sont sensiblement altérées. Le blanc et le vert clair paraissent *blancs;* le jaune et le rouge semblent *blanc jaunâtre;* le blanc, le violet, le vert foncé et le brun sont vus *noirs*.

Jusqu'ici aucune lésion appréciable des membranes profondes ou des milieux de l'œil ne peut expliquer cette localisation si nette des troubles fonctionnels. Mais, dans le courant de juillet, apparaissent les premiers signes de l'atrophie papillaire, et la dégénérescence du nerf optique s'accentue de jour en jour, sans que les lésions fonctionnelles subissent aucun changement. A la

---

qui, après des échecs successifs dans les concours, allait devenir professeur à soixante-deux ans. L'Ecole de chirurgie avait pour professeurs : Benoît Méjean, lieutenant du chirurgien du roi; J. Serres, Bourguenod, Sarrem, Barthélemy Vigaroux, Serda, Poutingon; deux titulaires, bien qu'absents, Espinas et J. Galabert. Parmi les maîtres se trouvaient Lamorier, J. Alquié, Rey, Boissières.

La célébrité de la grande Ecole entravait dans son voisinage le développement des institutions rivales. A Marseille, on ne trouvait qu'un Collège de médecins, dont seize résidaient dans cette ville. Leur doyen était Montagnier, et parmi eux Jourdan, J. F. Roux, d'Audibert, qui chanta en vers la conquête de Port-Mahon et Louis XV sauvé! On comptait cinquante chirurgiens inscrits au tableau des maîtres, sans compter ceux des forts, des galères, de l'amirauté. La ville salariait quatre médecins et quatre chirurgiens, restant tous un an seulement en charge. Joseph Roux était le doyen de la communauté, L. H. Roux un de ses prévôts; Aillaud, André Goirand, J. F. Fabre, Girard, chirurgien de l'hôpital de la Miséricorde, Riouffe (le père du conventionnel?) en faisaient partie avec eux.

Aix possédait dans son Université une Faculté de médecine à quatre professeurs; l'un était Goirand, dont le nom s'est glorieusement perpétué dans la même profession, dans la même ville. A côté d'eux pratiquaient cinq docteurs, trois médecins non agrégés; dix-huit maîtres, dont quatre professeurs et démonstrateurs royaux, faisaient partie du Collège de chirurgie. A Arles exerçaient le père et le frère du médecin renommé des maladies nerveuses, de Pomme. Aux douze médecins résidant dans cette ville, il faut ajouter vingt-deux chirurgiens, dont Auphant, Compan, Laurens, Leautaud, Mourret.

Un unique professeur composait la Faculté de Valence, il s'appelait Daumont et collaborait à l'*Encyclopédie*. Cinq agrégés participaient avec lui « aux émoluments et aux honneurs de l'Ecole ». La Communauté des chirurgiens comptait cinq maîtres. Grenoble, qui avait été dépossédée de la Faculté

mydriase symptomatique de la parésie de la troisième paire succède, au commencement d'août, un myosis très prononcé qui persiste depuis lors, mais diminue en septembre.

Malgré tous les traitements mis en usage, malgré l'emploi prolongé des courants continus, l'état de la vision est resté stationnaire, et le blessé a dû être retraité au commencement d'octobre. A sa sortie, il existe encore une légère parésie du moteur oculaire commun, caractérisée par le strabisme divergent, la diplopie croisée dans les mouvements d'adduction de l'œil, et une certaine faiblesse dans l'élévation de la paupière supérieure. La pupille est sensiblement rétrécie. Le champ visuel, toujours limité à la partie inférieure, ne s'est pas agrandi, et l'acuité est restée stationnaire. A peine le patient peut-il compter les doigts à 1 mètre. Dans l'hémisphère supérieur, la vision est complètement et absolument abolie. L'examen ophthalmoscopique montre une atrophie blanche du disque optique, dont les vaisseaux propres ont complètement disparu. Les vaisseaux rétiniens sont presque normaux, les artères peut-être un peu amincies. Les contours de la papille sont très nets; elle offre à son côté externe un liséré pigmentaire assez prononcé; mais ce croissant, que l'on retrouve également du côté sain, existait déjà le lendemain du traumatisme, à notre premier examen. Cependant je constate sur la papille même, à un demi-millimètre environ de son bord externe, la présence de deux grains pigmentaires gros comme une tête d'épingle, au niveau du diamètre transverse. J'ajoute que la région maculaire est parfaitement normale, et que le blessé jouit par ailleurs d'une excellente santé.

Remarques. — Comment expliquer le développement de ces lésions anatomiques et de ces troubles fonctionnels, après un coup de fleuret dans la région péri-orbitaire, alors que la pointe mousse de l'arme semble n'avoir qu'effleuré les tissus mous? L'absence de symptômes cérébraux, de perte de connaissance, de commotion, la faible intensité de l'action traumatique me paraissent en désaccord avec l'hypothèse d'une fracture du crâne ou d'un épanchement sanguin intra-crânien. La localisation si nette des accidents plaide, de son côté, en faveur d'une lésion circonscrite. Au début, je pensais que, malgré le peu de profondeur apparente de la plaie, malgré son occlusion rapide, la pointe du fleuret avait pu s'insinuer dans l'orbite, et, passant sous le globe oculaire, venir atteindre la troisième paire nerveuse à son entrée dans la cavité orbitaire. L'absence d'un épanchement sanguin abondant avec exophthalmos, le peu d'intensité de l'ecchymose sous-conjonctivale, plus encore le défaut de toute lésion constatable de la partie inférieure des membranes de l'œil, et la cécité totale des premiers jours, me firent rejeter cette explication. Évidemment il y a eu torpeur et anesthésie rétinienne pendant deux ou trois jours. La commotion de l'œil ne saurait être, cependant, attribuée à une simple plaie cutanée péri-orbitaire. Plus tard, en voyant s'amender la paralysie du moteur oculaire commun pendant que persistait sans changement l'hémiopie horizontale, et qu'apparaissait, manifeste, l'atrophie blanche, sans névrite du tractus optique droit, je suis revenu à l'hypothèse suivante. La pointe du fleuret a pénétré profondément dans l'orbite, de dedans en dehors, contus, froissé ou même déchiré le nerf optique dans sa moitié inférieure, et enfin atteint légèrement le tronc de la troisième paire. Un épanchement sanguin intra-orbitaire ne saurait produire, il me semble, des lésions aussi nettement circonscrites. On m'objectera peut-être que ce que je viens de dire des épanchements serait également applicable aux lésions directes, et qu'on comprend difficilement un froissement ou une déchirure exactement limités à la moitié inférieure du nerf optique. Je n'ai rien à répondre à cette objection; elle peut servir à combattre toutes les hypothèses. J'en conclus en terminant, comme je l'ai fait dans ma première note, que la pathogénie des amblyopies traumatiques nécessite encore de nouvelles recherches.

A l'appui de la variété des lésions oculaires qui succèdent aux traumatismes du crâne, je puis ajouter le fait d'un jeune homme de vingt ans, actuellement en traitement dans mon service. Le malade est atteint, depuis de longues années, d'une amblyopie très prononcée de l'œil gauche, résultat d'une choroïdite localisée à la région maculaire. L'œil droit est absolument normal. Or, l'examen nous a permis de constater, en même temps qu'une cicatrice placée à la racine des cheveux, une dépression très nette de l'os frontal gauche au même niveau. Ici l'accident est si ancien que le malade n'en a gardé qu'un très vague souvenir, et le reporte à la première enfance. Et cependant aucune autre cause ne peut être invoquée pour expliquer le développement de cette choroïdite, monoculaire et nettement limitée au pôle postérieur du globe.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 30 JANVIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

De la crise hématique, dans les maladies aiguës a défervescence brusque. Note de M. *G. Hayem*. — La fin des maladies aiguës s'accompagne d'une modification subite et profonde dans la constitution anatomique du sang. Ce phénomène présente, par sa constance, par l'époque de son apparition, par son intensité, par sa durée éphémère, les caractères d'une véritable *crise*. L'auteur ne s'occupe, pour le moment, que des faits relatifs aux maladies aiguës à défervescence brusque, sans complication, et terminées par la guérison. D'autre part, il ne considère presque exclusivement que les fluctuations dans le nombre des éléments du sang, faisant intervenir seulement, parmi les altérations qualitatives, les fluctuations dans le contenu des globules en hémoglobine.

---

au profit de Valence, comptait sept médecins et onze chirurgiens en exercice. Briançon était la résidence de la famille médicale des Ferrus, les ascendants de l'éminent aliéniste.

Les médecins reçus dans les deux Facultés du Comtat Venaissin, quelle que fut leur nationalité, à Avignon et à Orange, avaient, contrairement aux édits et règlements, le droit d'exercer la médecine dans tout le royaume, et les chirurgiens du Comtat ne dépendaient point du premier chirurgien du roi. On sait que le droit d'exercice était refusé aux gradués des Universités étrangères et aux étrangers gradués en France. Dans la petite cité d'Orange, trois professeurs et un démonstrateur composaient une Faculté derrière laquelle marchaient cinq chirurgiens libres.

A Avignon existait un personnel médical et chirurgical plus complet. La Faculté comprenait onze médecins agrégés, dont deux professeurs, et trois médecins libres. Le doyen des chirurgiens était Pamard, dont le fils était chirurgien en survivance de l'hôpital général. Bouhomme, leur confrère, a trouvé une place dans les biographies. En somme, dix-huit maîtres, quatre chirurgiens privilégiés, un renoueur pensionné de la ville constituaient avec les docteurs un personnel respectable dans l'ancienne résidence des papes.

Lyonnais, Bourgogne, Franche-Comté. — Le Collège de médecine de Lyon était le plus ancien du royaume, et les agrégés qui le composaient, prenant le titre de professeurs, y enseignaient effectivement l'anatomie, la chirurgie, la chimie, la pharmacie. Pour obtenir l'agrégation au Collège, il fallait posséder le diplôme de docteur d'une université, avoir exercé quatre ans la médecine dans une ville, et subir deux examens publics, l'un sur la théorie, l'autre sur la pratique de la médecine. Si le candidat n'était point docteur de Paris ou de Montpellier, il était interrogé par les membres du Collège qui le recevaient, ou le renvoyaient, à la pluralité des suffrages. Le doyen était Pestalozzi père; les démonstrateurs d'anatomie et de chirurgie, Guérin et Galabert. Sur vingt-sept

La crise hématique est caractérisée essentiellement par une accumulation passagère d'hématoblastes dans le sang. A l'état normal, on compte en moyenne un hématoblaste contre vingt globules rouges. Tant que le sang évolue normalement, cette proportion reste à peu près constante. Dans le cours des maladies aiguës, le nombre des hématoblastes devenant relativement plus grand, elle s'abaisse sensiblement. Elle est alors représentée par des chiffres qui varient entre 18 et 12. Puis tout à coup, à un certain moment, le nombre des hématoblastes augmente rapidement, tandis que celui des hématies reste à peu près invariable.

M. Hayem insiste sur deux points principaux : 1° la crise hématique débute vers la fin de la maladie, en général au moment où la température fléchit; elle atteint presque toujours très exactement son fastigium le jour où la température redevient pour la première fois physiologique, c'est-à-dire dès que la défervescence est complète; 2° quels que soient le nombre initial des hématoblastes et celui des globules rouges, le rapport anormal constaté entre ces éléments à l'époque de la plus forte accumulation des hématoblastes est représenté presque toujours par le même chiffre. Il est en moyenne de 7, et il n'oscille que dans d'étroites limites, comprises entre 8 et 6. (Commissaires : MM. Milne Edwards, Wurtz, Vulpian, Robin, Marey.)

Recherches sur la pilocarpine. Note de M. *Chastaing*. — Travail tout chimique que nous nous bornons à signaler.

Relations du système vaso-moteur du bulbe avec celui de la moelle épinière chez l'homme, et sur les altérations de ces deux systèmes dans le cours du « tabes sensitif ». Note de M. *A. Pierret*. — L'auteur a été amené par ses travaux antérieurs à rechercher la cause de symptômes qu'il avait observés dans le tabes, et dont quelques-uns sont bien connus, tandis que d'autres sont à peine indiqués par les auteurs. Ce sont, par exemple, les crises douloureuses gastriques, œsophagiennes, laryngées, la gastrorrhée, les crises de diarrhée, les troubles sécrétoires ou vaso-moteurs observés sur le tégument, sous forme de sueurs locales ou de zones de constriction ou de dilatations vasculaires plus ou moins étendues et quelquefois dimidiées. Tous ces phénomènes et d'autres encore ne peuvent être imputés qu'à un trouble fonctionnel des nerfs mixtes, glosso-pharyngien, pneumo-spinal et du grand sympathique. Or, ces différents nerfs constituent dans les centres nerveux, moelle, bulbe et protubérance, un système anatomique intermédiaire, avec zones motrices et sensitives.

Ce système fournit, au niveau de l'origine apparente des nerfs auditifs et faciaux, un nerf vaso-moteur, le nerf de Wrisberg, émanation directe de ce faisceau mixte ascendant, connu sous le nom de *faisceau solitaire* de Stilling, colonne grêle (*slender column* de Clarke). Cet intéressant faisceau de fibres, au-dessous du point d'émergence du nerf de Wrisberg, fournit des rameaux vaso-moteurs au glosso-pharyngien, plus bas au groupe du pneumo-spinal, sans cesser de se maintenir en rapport soit avec les ganglions moteurs vrais, soit avec les ganglions sensitifs. A ce niveau, tous les anatomistes perdaient de vue la colonne grêle et lui assignaient souvent les trajets les plus fantaisistes (Clarke, Meynert). L'auteur croit avoir démontré, au moyen de coupes longitudinales du bulbe faites à l'état pathologique et normal, que cette colonne, en grande partie vaso-motrice, s'incurve au niveau de l'entre-croisement des pyramides, et, décrivant une courbe à convexité externe, se place aux côtés du spinal inférieur, puis reprend dans la moelle une situation analogue à celle qu'elle occupait dans le bulbe, c'est-à-dire intermédiaire, avec zones motrices et sensitives. Dans cette position, elle s'adjoint aux fibres ascendantes qui occupent le *cervix cornu-posterioris* et la partie profonde des cordons latéraux, région éminemment mixte, qui renferme des tubes nerveux sensitifs, moteurs et vaso-moteurs. Ces derniers émanent visiblement de la chaîne d'amas ganglionnaires qui occupe l'angle externe de la corne antérieure, porte le nom de *tractus intermedio-lateralis*, et passe avec raison pour représenter les origines intra-spinales du grand sympathique.

Or, dans le cours du *tabes sensitif*, cette région, qui renferme, non pas des nerfs mixtes, mais des faisceaux mixtes de nerfs, est très fréquemment intéressée. Alors apparaît toute une série de phénomènes sensitivo-vaso-moteurs, qui viennent compliquer la marche et obscurcir le diagnostic de la maladie. « J'ai pu, dit l'auteur, m'assurer de ces lésions plusieurs fois, et démontrer que c'est toujours à la sclérose secondaire ou primitive de ce système bulbo-spinal, satellite des nerfs réputés mixtes, que l'on doit attribuer l'apparition de tous les symptômes qui, de près ou de loin, impliquent un trouble circulatoire ou une altération de la sensibilité des organes splanchniques. »

Champignons des œufs. — M. *G. Dewalque*, à propos des recherches de M. Dareste sur le développement de végétations cryptogamiques à l'extérieur et à l'intérieur des œufs de poule, rappelle les études publiées en 1852, par M. Spring, sur les champignons qui se développent dans ces œufs.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

M. le ministre du commerce transmet à l'Académie une demande de M. Bedounet, afin d'être autorisé à exploiter la source de Ravi, à Bagnères. (*Commission des eaux minérales.*)

M. le ministre de la guerre adresse les rapports des hôpitaux thermaux militaires d'Amélie-les-Bains, Bourbon-l'Archambault, Guagno, Hamman-Meskoutine et Vichy pour 1881. (*Même commission.*)

M. le docteur *Dubreuilh*, Charles (de Bordeaux), se porte candidat au titre de correspondant national dans la 2e division; M. *Andouard*, professeur de pharmacie

---

membres inscrits, vingt-quatre habitaient Lyon, dont les deux Garnier, Gilibert, Petetin, Willermoz, etc. La chirurgie lyonnaise possédait une forte organisation et un renom mérité il y a un siècle déjà. Son doyen était Pouteau; ses prévôts, L. A. Dumas et Claude Aubernon. Claude Champeaux était chirurgien du roi pour les rapports, et l'on voyait figurer au rang des maîtres, Charmetton, les oculistes Janin et J. J. Guérin, Pressavin, Sauzet, Pointe, Thenance, Viricel, Antoine Garnier, les deux Flurant, Changrin, lieutenant du chirurgien du roi. Aux quatre-vingt-dix maîtres on pourrait ajouter les noms de quinze veuves jouissant des privilèges de leur situation, au point de vue de l'exercice de la chirurgie, ceux des dentistes et des chirurgiens herniaires constituant la dernière classe de praticiens.

La capitale de la Bourgogne était dotée d'une Académie que la présence de Buffon entourait d'un véritable lustre. Le Collège de médecine, à Dijon, avait par ce voisinage et par le mérite de ses membres acquis une importance exceptionnelle. Le plus éminent d'entre eux, Maret, médecin et savant distingué, auteur de nombreux travaux, fut le père de celui qui, sous le premier empire, reçut le nom de duc de Bassano. A côté de lui exerçaient Durande, naturaliste et médecin, dont le nom a gardé, grâce au remède qu'il employait contre les calculs biliaires, une notoriété qui s'est prolongée jusqu'à nous, Fournier, médecin des Etats de la province, Barberet. La famille du professeur Chaussier, lequel habitait encore Dijon à ce moment, comptait avec lui trois médecins : Denis Chaussier, doyen du Collège; Chaussier, curé de Francheville; et François Chaussier, maître en chirurgie. La Corporation des chirurgiens avait, par dignité professionnelle, renoncé à la barberie longtemps avant qu'un édit royal y obligeât les chirurgiens aspirant au titre de notable. Ils avaient formé entre eux une sorte d'Académie, qui indique l'existence, dans cette communauté, d'un esprit vraiment scientifique. Les nombreuses épreuves auxquelles étaient soumis les récipiendaires indiquent aussi la haute valeur attachée dans cette ville au

à l'École de médecine et de pharmacie de Nantes, demande à être porté sur la liste des candidats au titre de correspondant national dans la 4e division.

L'Académie reçoit : le *Programme du Congrès médical de Séville;* le tome X du *Bulletin de The Smithsonian institution;* l'avis de la célébration du 50e anniversaire du doctorat de M. *E. Renard*, vice-président de la Société impériale des naturalistes de Moscou.

M. le Secrétaire perpétuel dépose : 1° l'*Annuaire statistique de la ville de Paris pour* 1880; 2° au nom de M. *Hovelacque*, l'article SLAVES, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales;* 3° de la part de M. le docteur *Boudet*, le *Discours* qu'il a prononcé à la dernière rentrée des Facultés de l'Académie de Lyon; 4° le supplément de *The tenth annual Report of the Local Government Board* contenant les rapports des fonctionnaires médicaux pour 1880; 5° un ouvrage en langue allemande, de M. le docteur *Ernst Gerland* (de Berlin) comprenant la *Correspondance de Papin avec Leibnitz et Huyghens.*

Décès de M. Bussy. — M. *le Président* fait part à l'Académie du décès de M. Bussy, l'auteur de la découverte de l'acide sulfurique anhydre, du magnésium, de la liquéfaction par le froid de l'acide sulfureux, etc.; il accorde en termes émus, et aux applaudissements unanimes de ses collègues, un juste tribut d'hommages au professeur agrégé de la Faculté de médecine, au professeur de chimie à l'Ecole supérieure de pharmacie, au directeur de l'Ecole de pharmacie, au membre de l'Académie de médecine depuis plus d'un demi-siècle, au membre de l'Académie des sciences, qui avait conservé jusqu'aux derniers moments d'une carrière longue et si bien remplie, le libre usage de ses forces physiques et l'intégralité de ses facultés intellectuelles, et qui s'est éteint à quatre-vingt-huit ans, comblé d'honneurs mérités, entouré de l'estime générale. En signe de deuil et comme hommage rendu à la mémoire de son ancien président, l'Académie lève immédiatement sa séance publique. (Voy. le dernier numéro, aux *Variétés.*)

— Elle se forme ensuite en comité secret pour entendre la lecture du second rapport de M. *Le Roy de Méricourt* sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section des associés libres. On sait qu'afin de se conformer à l'article 49 du règlement, la commission devait ne présenter que trois candidats au moins et six au plus; après avoir éliminé MM. Decaisne et Maximin Legrand, elle a décidé, malgré l'avis d'un certain nombre de membres de l'Académie qui désiraient un classement, de présenter les six autres candidats *ex æquo* et par ordre alphabétique; en conséquence, la liste de présentation est ainsi fixée : MM. De Ranse, Foville, Krishaber, Magitot, Mesnet et Worms; cette élection très disputée aura lieu mardi prochain.

— A quatre heures un quart la séance est levée.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Présentation d'une pièce. — Présentation d'un malade. — Ablation des tumeurs cancéreuses du sein et des ganglions axillaires. — Des opérations chez les individus ayant eu des érysipèles.

M. *Verneuil* offre à la Société, au nom de l'auteur, M. *Reclus*, un volume intitulé : *La syphilis du testicule.*

— M. *Polaillon* présente un monstre chez lequel les lames ventrales et postérieures ne se sont pas soudées; on voit un *spina bifida* à la partie inférieure de la colonne lombaire. Cette pièce peut aider à comprendre la formation des fistules congénitales décrites par M. Terrillon.

— M. *Nepveu* présente un malade entré à l'hôpital pour une fracture compliquée de plaie de l'extrémité inférieure de la jambe; M. Verneuil fit la résection tibio-tarsienne; guérison. Le malade court et marche facilement avec une simple bottine.

M. *Tillaux :* Ce résultat est remarquable; le malade marche très bien, quoique l'axe de la jambe ne passe plus par le centre de la voûte plantaire.

M. *Desprès :* La concordance des deux axes est inutile quand il y a ankylose, comme on le constate chez cet opéré.

M. *Verneuil* a fait un bon nombre de ces opérations, et il a toujours obtenu l'ankylose tibio-tarsienne. Les mouvements nécessaires à la marche se produisent dans l'articulation médio-tarsienne.

— M. *Théophile Anger* lit un rapport sur un travail de M. Kirmisson : *De l'ablation des tumeurs cancéreuses du sein.* Le procédé opératoire décrit par M. Kirmisson a été indiqué par Vulpian dans son livre sur les maladies du sein.

M. Kirmisson dit que, même lorsque le cancer du sein n'est pas accompagné de ganglions axillaires évidemment malades, ces ganglions peuvent cependant être infiltrés de tissu cancéreux, d'où l'indication de prolonger l'incision jusqu'au creux de l'aisselle pour enlever la chaîne des ganglions lymphatiques; on met ainsi l'opérée à l'abri d'une récidive rapide.

M. *Marc Sée:* On rencontre des tumeurs malignes du sein sans ganglions apparents dans l'aisselle; il n'est pas d'usage de prolonger l'incision pour extirper ces ganglions; M. Kirmisson conseille d'enlever les ganglions dans tous les cas.

M. *Gillette* a vu M. Verneuil employer ce procédé quand il y a dans l'aisselle des ganglions malades.

---

titre de maître. Enaux, Leroux, J. P. Maret étaient à la tête des dix chirurgiens de la cité.

La Faculté de Besançon, installée par Louis XIV au moment de la conquête, avait des privilèges judiciaires exceptionnels et étendus. Elle jugeait souverainement et en dernier ressort des actions civiles personnelles intentées contre ses suppôts, ainsi que des actions criminelles qui n'emportaient point de peine afflictive et infamante. Athalin, son doyen, groupait autour de lui trois professeurs, vingt docteurs et trois licenciés. L'Ecole de chirurgie, à six professeurs et deux prévôts, réunie à un Collège, formait un total de vingt maîtres. Lombard, praticien distingué, auteur d'estimables travaux, dirigeait le service de l'hôpital général et de l'hôpital militaire à Dôle. A Montbéliard vivait Duvernoy, père du naturaliste, dont le nom est encore représenté dans le corps médical du pays.

Lorraine, Alsace. — Le roi Stanislas avait transféré à Nancy et associé au Collège de cette ville la Faculté de médecine qui faisait partie de l'Université de Pont-à-Mousson. Les deux Compagnies se correspondaient, s'invitaient réciproquement à leurs actes. Le Collège royal de médecine avait une renommée exceptionnelle qu'il s'était peut-être acquise par le mérite de ses membres, mais à laquelle n'avait point peut-être été tout à fait inutile l'inscription sur ses registres d'associés d'honneur choisis parmi les grands seigneurs et les hauts fonctionnaires. Tels étaient les comtes de Custine et de Tressan, le marquis de la Galaizière, intendant de Lorraine, etc. Voici quels étaient son personnel et son organisation. Son président était Devillers; sur la liste des agrégés honoraires le Collège avait, conformément aux usages académiques, inscrit plusieurs notabilités médicales de Paris et de la province. Les agrégés ordinaires et les associés correspondants complétaient la série des dignitaires. Le doyen de la Faculté était Tournay, les professeurs, Jadelot et Guillemin. Les médecins inscrits étaient au nombre de neuf, et les chi-

M. *Verneuil* a fait comme tous les chirurgiens; quand il y a des ganglions malades dans l'aisselle, il dispose les incisions pour les enlever en même temps que la tumeur. L'idée de M. Kirmisson date de la discussion sur l'épithélioma lingual; il a transporté aux tumeurs du sein la règle formulée par M. Terrillon à propos de l'épithélioma lingual : chercher et enlever les ganglions malades, alors même qu'avant l'opération on ne les a pas constatés.

M. *Marc Sée :* Avant M. Terrillon, Kocher (de Berne) avait donné le conseil d'enlever tous les ganglions sous-maxillaires, malades ou non, dans l'opération du cancer lingual.

M. *Le Fort :* D'après ce qui vient d'être dit, il semblerait que la récidive se fait toujours par les ganglions de l'aisselle; mais, le plus ordinairement, c'est du côté du sein que la récidive se montre; ce fait diminue l'importance du conseil donné par M. Kirmisson.

M. *Cruveilhier :* Il faut enlever la glande mammaire entière, comme le conseille M. Verneuil, pour se mettre plus à l'abri de la récidive sur place; l'ablation de tous les ganglions n'est pas toujours possible, car on en trouve parfois au-dessus de la clavicule.

M. *Verneuil :* En effet, les récidives sur place viennent de ce qu'on fait des extirpations partielles de la mamelle; en outre, de ce qu'on laisse au fond de la plaie l'aponévrose du grand pectoral infiltrée du cancer; enfin, de ce qu'on laisse une peau souvent malade pour tenter la réunion par première intention. Si on évite ces causes de récidive locale, et si on enlève les ganglions voisins, on a l'espoir de guérir sa malade pour un temps assez long.

M. *Berger :* Même en prenant ces précautions, on peut encore voir survenir la récidive sur place, comme E. Bœckel l'a vu récemment.

— M. *Verneuil :* On ne voit plus les grandes épidémies d'érysipèle d'autrefois; la méthode antiseptique a rendu des services, mais elle a porté une atteinte plus rude à la pyohémie et à la septicémie qu'à l'érysipèle. Il faut l'adjonction d'un état pathologique antérieur pour qu'on meure aujourd'hui par érysipèle. Pour le moment, M. Verneuil veut appeler l'attention sur un point circonscrit de l'histoire de l'érysipèle. Qu'avons-nous à craindre quand nous opérons un homme qui a déjà eu un érysipèle? Cette donnée influe-t-elle sur le pronostic?

Un homme atteint d'alcoolisme, robuste et vigoureux, fut pris d'érysipèle spontané de la face; il guérit. Mais il resta un engorgement ganglionnaire qui fit des progrès; au bout de trois mois, il se forma un abcès. M. Verneuil ouvre l'abcès; un érysipèle se déclare; *delirium tremens;* mort.

En 1876, M. Verneuil est appelé par M. Brown-Séquard près d'une dame de l'île Bourbon pour une ostéite des os du pied. Deux ans auparavant, cette dame avait eu un érysipèle spontané de la face. Les abcès du pied s'ouvrent; un érysipèle part de là et couvre tout le corps. Plus tard, les accidents inflammatoires du côté du pied reviennent avec des douleurs intolérables. Amputation tibio-tarsienne; la malade perdit beaucoup de sang. Le troisième jour, érysipèle; puis, hémorrhagies secondaires; mort.

M. Verneuil fut consulté par un homme de cinquante et un ans, robuste et vigoureux, assez gras, qui avait été opéré, quatre ans auparavant, par M. Cusco d'un épithélioma de la lèvre. Il survint des ganglions cancéreux sous le maxillaire; ni sucre ni albumine dans les urines. En septembre, le malade avait eu un érysipèle de la face. M. Verneuil fut consulté en novembre; en décembre, les ganglions augmentaient. L'opération fut faite à la campagne dans de bonnes conditions. En effet, M. Verneuil partit un dimanche, sans passer par l'hôpital, avec des instruments neufs; la méthode antiseptique fut appliquée dans toute sa rigueur.

Quatre jours après l'opération, survint un érysipèle phlegmoneux au bras droit; quatre jours plus tard, mêmes accidents à la jambe gauche. La plaie du cou allait bien. Ces phlegmons furent débridés. Pas d'alcoolisme. Le vingt et unième jour, le malade se plaint d'un violent mal de gorge, puis un érysipèle paraît aux narines et à la joue; mort le vingt-troisième jour, la plaie étant restée indemne.

Il est difficile de ne pas admettre un état pathologique particulier créé par un érysipèle antérieur, et qui ne serait pas sans influence sur la marche et les complications des plaies. Quelles sont les chances qu'a le chirurgien quand il opère un individu qui a eu un ou plusieurs érysipèles antérieurs?

M. *Després* se souvient d'une malade à laquelle il a enlevé un sein; pas d'érysipèle. Un an après, deuxième opération; pas d'érysipèle. Et une troisième opération fut encore suivie d'érysipèle. M. Després ne croit pas qu'un érysipèle antérieur aggrave l'opération suivante.

Il y a deux ans, une femme prend un érysipèle à la suite d'une blépharoplastie; un an après, section de la suture des paupières, nouvel érysipèle dont la malade guérit. Elle mourut d'embolie pulmonaire au moment de quitter l'hôpital.

Malade atteint de cancroïde des lèvres; opération, érysipèle; une deuxième opération ne fut pas suivie d'érysipèle.

Une malade opérée pour la deuxième fois de fistule vésicovaginale; érysipèle; deux ans après, troisième opération non suivie d'érysipèle.

On ne meurt plus de l'érysipèle seul; un malade qui n'a que l'érysipèle ne doit pas mourir.

M. *Marc Sée* se souvient d'une femme opérée d'un cancer

---

rurgiens n'étaient point non plus aussi nombreux qu'ailleurs. Le Collège royal de chirurgie avait pour prévôt perpétuel et honoraire Dominique La Flize, lieutenant du chirurgien du roi, titulaire d'une des cinq chaires attachées au Collège. Bruant, Garosse, Lafitte, J. B. Lamoureux partageaient avec lui l'enseignement chirurgical. Paulet (J. N.) était chirurgien-major de l'hôpital militaire. Le Collège avait aussi ses correspondants, parmi lesquels se trouvaient deux associés régnicoles de l'Académie de chirurgie : Didelot, chirurgien réputé de l'hôpital de Bruyères, et Nicolas Saucerotte. Celui-ci, alors chirurgien-major de la gendarmerie à Lunéville, devait plus tard suivre les armées de la République, entrer au Conseil de santé lors de sa formation, et revenir terminer sa laborieuse carrière dans sa ville natale, après avoir vu son nom inscrit parmi les premiers correspondants de l'Institut. Citons encore en Lorraine, parmi les médecins de ce temps dont les familles ont suivi les traditions, Clouet et Lépine (de Verdun), Garnier (de Neufchâteau). Il n'existait pas de collège à Metz, où l'on ne comptait que cinq médecins, dont Read, chargé de l'hôpital militaire, et une Communauté de chirurgiens composée de vingt-quatre membres, avec Henry de Jarny pour doyen. Le nom de Maréchal rappelle, dans son personnel le médecin honorable et dévoué, qui fut, il y a douze ans, le dernier maire français de cette ville si française.

De Metz la pensée se porte sans peine à Strasbourg et à l'Alsace, dont il nous reste à parler pour achever ce tour de France.

L'Université de Strasbourg comprenait, dans ses quatre Facultés, celle de médecine, dans laquelle l'enseignement était donné par trois professeurs ordinaires. L'un des plus éminents d'entre eux était Jacques Reinbold Spielmann, qui nous présente une de ces carrières à directions multiples, comme cela se voyait souvent aux siècles passés. Reçu docteur et maître en pharmacie après de longs voyages, il avait d'abord professé la poésie à l'Université, puis échangé cet enseignement pour celui de la chimie! Auteur d'une phar-

du sein ; érysipèle ; guérison. Au bout de deux ans, récidive dans la plaie et les ganglions ; opération ; pas d'érysipèle.

M. *Gillette* cite l'observation d'un homme opéré par M. Richet d'une tumeur du menton ; érysipèle grave. Trois ans après, récidive de la tumeur ; opération ; nouvel érysipèle ; guérison.

M. *Verneuil :* L'érysipèle altère profondément les organes, et on comprend qu'un deuxième ou un troisième érysipèle soit plus grave que le précédent. Il faut établir une réserve pour les épidémies ; à part les épidémies, on peut dire que si on a de bons viscères on ne doit pas mourir d'érysipèle.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 28 JANVIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Altérations histologiques du rein chez le cobaye à la suite de la ligature des uretères : MM. Straus et Germont. — Part prépondérante du relâchement de l'oreillette droite dans le premier affaissement du pouls veineux jugulaire : M. François-Franck. — Diffusion des courants électriques : M. Onimus. — Centres moteurs corticaux : M. Marcacci.

Les expériences de MM. *Straus* et *Germont* ont été faites avec l'application rigoureuse de la méthode antiseptique : tous les animaux dont l'uretère gauche avait été lié par la voie abdominale ont guéri sans suppuration ; la plaie abdominale se réunissait par première intention, et au niveau de la ligature de l'uretère, on notait seulement une inflammation adhésive très circonscrite.

C'est à l'emploi de cette méthode et aux résultats bénins de l'opération que les auteurs attribuent l'absence de néphrite interstitielle qu'ils ont toujours constatée, tandis que MM. Charcot et Gombault, M. Aufrecht, ont observé des processus interstitiels actifs, avec infiltration de leucocytes dans le tissu.

Les seules lésions observées par MM. Straus et Germont consistent (indépendamment de la dilatation de l'uretère et du bassinet, de la diminution d'épaisseur de la substance corticale, etc., tous phénomènes connus) en une ectasie initiale suivie de retrait atrophique des tubes urinifères. La première phase ectasique est surtout caractérisée par la dilatation rapide et progressive des tubes urinifères depuis le glomérule jusqu'aux canaux collecteurs. La deuxième phase se caractérise par le collapsus des tubes urinifères droits et contournés ; seules les capsules de Bowman conservent leur dilatation initiale et subissent parfois une distension kystique considérable.

On ne rencontre de processus scléreux manifeste qu'en deux points très circonscrits : autour des capsules de Bowman dilatées et autour des artérioles qui présentent une périartérite non douteuse.

« On voit donc que toute intervention expérimentale (ligature de l'uretère, ligature de la veine rénale ou pincement temporaire de l'artère) qui se borne à supprimer la fonction du rein en évitant l'introduction d'organismes inférieurs doués de propriétés phlogogènes, conduit à l'atrophie simple de l'organe, sans déterminer de phénomène interstitiel inflammatoire ou scléreux. »

— M. *François-Franck* revient, pour la compléter, sur une communication qu'il a faite à la Société, le 2 juillet 1881, sur les causes du pouls veineux jugulaire normal, et en particulier sur la provenance du *premier affaissement brusque* qui fait immédiatement suite au soulèvement du début.

Cet affaissement brusque des veines du cou, si remarquable chez les chloro-anémiques, est le phénomène le plus frappant du pouls veineux normal. Il se produit, comme on sait, au moment du battement du cœur et constitue le moyen de différencier à coup sûr le pouls normal du pouls par reflux tricuspidien : dans ce dernier cas, en effet, les veines présentent un grand soulèvement synchrone avec la systole des ventricules. Cette distinction a été indiquée depuis bien longtemps : on la trouve, par exemple, dans Morgagni.

Quand on a cherché à se rendre compte de la cause du pouls veineux jugulaire normal, on a tout d'abord invoqué l'action de l'oreillette droite : on a admis que le soulèvement initial des veines était dû à la systole de cette oreillette, tandis que l'affaissement qui vient ensuite était en rapport avec le relâchement soudain des parois de cette cavité.

C'est ce qu'on peut appeler *la théorie classique* du pouls jugulaire normal.

Depuis quelque temps, une opinion nouvelle s'est fait jour et on a cherché à supprimer la théorie ancienne au profit de cette dernière qui consiste essentiellement en ceci : pendant leur systole, les ventricules évacuent leur contenu, soit au dehors du thorax (ventricule gauche), soit à l'air libre pour ainsi dire, dans le poumon (ventricule droit). Or, cette évacuation ne peut se produire sans qu'une aspiration s'exerce tout autour du cœur. Le poumon obéit à cette aspiration systolique : Chauveau l'a montré le premier en 1858 ; puis Buisson, Marey, etc., ont développé ce sujet. Ce n'est que postérieurement à ces travaux français qu'ont paru les premières recherches allemandes (1865). Or, en même temps que le poumon cède à l'aspiration créée par la systole ventriculaire, d'autres parties peu résistantes situées aussi à l'intérieur du thorax, obéissent à la même influence : ainsi les oreillettes se laissent dilater et le courant veineux doit s'accélérer vers le cœur. Cette partie de la théorie a été, d'après M. François-Franck, développée d'abord par Brucke, puis ap-

---

macopée longtemps classique, fondateur du Jardin botanique qu'ont fréquenté tous les élèves vivants aujourd'hui de l'ancienne Faculté alsacienne, Spielmann avait une situation considérable à Strasbourg, où dès le quatorzième siècle sa famille comptait parmi les familles patriciennes. J. Pfeffinger professait la médecine pratique, et Jean-Frédéric Lobstein l'anatomie et la chirurgie. Ce dernier avait pour prosecteur le second des Meckel (P. Théodore), fils de Jean-Frédéric et père du grand anatomiste contemporain, Meckel le jeune. Jean-Frédéric Ehrmann et Jean Hermann faisaient des cours à titre de professeurs extraordinaires. On retrouve à chaque ligne de la liste des médecins de Strasbourg, en 1776, le nom honoré de médecins contemporains. Ainsi figurent Jean-Chrétien Ehrmann, doyen perpétuel du Collège des médecins ; Jean-Georges Lauth ; J. G. Stœhlin ; J. Kratz ; J. Diebold ; J. M. Rœderer, accoucheur de la ville ; Bœhm, premier médecin de l'hôpital civil ; F. A. Guérin, premier médecin de l'hôpital militaire ; G. Kayser, etc. En résumé, quarante-quatre médecins faisaient partie de la Faculté et du Collège (douze sont portés absents à l'Annuaire pour l'an 1776).

Le Collège des chirurgiens était du petit nombre de ceux qui n'étaient point soumis à la juridiction du premier chirurgien du roi. La Communauté était constituée par un nombre limité de maîtres, dont chacun devait être pourvu d'un privilège avant d'arriver à la maîtrise. Elle comprenait deux catégories : les chirurgiens jurés, au nombre de dix, dont J. Jacques et Jean Riedlin ; François-Laurent Marchal, chirurgien-major de l'hôpital civil ; Götz, chirurgien des prisons, etc., et les non jurés (seize) Mathieu Engel, J. Kobelt, J. Daniel Lobstein, J. D. Kolb, etc.

La pharmacie strasbourgeoise nous offre aussi deux noms qui sont honorablement représentés aujourd'hui à la Faculté de Nancy par leurs descendants : Louis-Henri Hecht et Chrétien-Godefroy Nestler.

Nous allons maintenant parcourir l'Europe pour terminer notre tâche.

pliquée récemment par Mosso à l'interprétation de l'affaissement des veines du cou dont il est ici question (1878-1879).

Les expériences de démonstration directe font défaut jusqu'ici.

M. François-Franck montre une expérience demi-schématique sur le cœur d'une tortue soumis à une circulation artificielle, et met en évidence les différents détails indiqués plus haut.

Or, il fallait chercher dans quelle mesure il était juste de chercher à substituer cette théorie de l'aspiration intra-thoracique par évacuation systolique des ventricules, à la théorie courante du relâchement de l'oreillette droite, pour expliquer l'affaissement initial du pouls veineux jugulaire.

Plusieurs séries d'expériences, qui seront développées ailleurs, ont permis à l'auteur de maintenir avec toute sa valeur la *théorie classique*, déjà défendue du reste par M. Potain dans son mémoire de 1868 (Société médicale des hôpitaux).

Ces expériences peuvent se résumer ainsi :

1° Quand on supprime toute possibilité d'aspiration péricardiaque par l'ouverture du thorax, la dépression brusque du pouls jugulaire persiste;

2° Si on supprime momentanément la communication entre l'oreillette droite et le ventricule droit, toute action du ventricule sur les veines doit disparaître, et l'influence de l'oreillette doit seule persister : or, le pouls jugulaire se maintient avec les mêmes caractères pendant une série de pulsations;

3° Quand on produit l'*inertie fonctionnelle de l'oreillette droite* par des irritations locales traumatiques ou autres, le pouls jugulaire disparaît pour reparaître avec ses caractères dès que l'oreillette reprend ses battements;

4° Si l'on provoque, par l'excitation modérée du bout périphérique du pneumogastrique, la suspension des systoles ventriculaires, *les mouvements de l'oreillette droite persistant*, le pouls jugulaire se maintient; il disparaît dès que l'oreillette devient à son tour immobile;

5° Si la systole de l'oreillette se déplace par rapport à celle du ventricule et arrive à occuper une phase quelconque de la diastole totale, le pouls de la jugulaire se déplace avec elle, et l'affaissement de la veine coïncide toujours avec le relâchement brusque de l'oreillette.

Tous ces faits démontrent suffisamment que les alternances de resserrement et de relâchement de l'oreillette droite suffisent pour produire le soulèvement et l'affaissement successifs du pouls veineux jugulaire. S'il faut admettre, en outre, comme cela paraît juste, l'influence aspiratrice due à l'évacuation systolique des ventricules dans le thorax fermé, il semble bien évident que cette influence ne joue qu'un rôle secondaire dans la production du phénomène *affaissement initial du pouls jugulaire*.

— M. *Onimus*, à propos des récentes communications de M. Charcot sur l'électrisation localisée de la tête et des remarques faites à ce sujet par M. Brown-Séquard, expose le résultat des recherches qu'il a faites depuis longtemps déjà sur la pénétration des courants de la pile à travers les tissus animaux. Il a vu se produire, comme dans l'expérience d'Erb répétée par M. Charcot, les réactions d'une patte de grenouille placée à la face interne du crâne ou dans l'intérieur du canal rachidien, quand il appliquait le courant continu à l'extérieur de la tête ou le long de la colonne vertébrale.

Il ajoute que, si on a constaté des mouvements des membres dans les excitations électriques de la surface de certaines régions corticales du cerveau, c'est qu'on a employé des courants galvaniques qui ont une grande puissance de pénétration. « Les auteurs savaient eux-mêmes qu'avec les courants induits ils obtenaient beaucoup moins facilement ces résultats. »

On peut rappeler cependant qu'un grand nombre d'expériences de ce genre, notamment celles de MM. François-Franck et Pitres, ont été faites presque exclusivement avec des courants induits faibles et extrêmement brefs (une seule décharge de rupture) ou avec des décharges de condensateurs.

M. Onimus pense qu'on peut expliquer le fait de la diffusion beaucoup plus profonde des courants galvaniques dont la tension est faible que des décharges induites ou statiques dont la tension est forte, en admettant que les courants électro-capillaires dont l'organisme est le siège sont influencés rapidement et profondément, par les courants du dehors qui, comme ceux des tissus, ont une cause chimique.

— M. *Marcacci* s'est proposé de rechercher quelle part revient à l'encéphale, à la moelle épinière et aux nerfs périphériques dans la production des phénomènes de mouvement observés quand on excite les centres moteurs corticaux.

La méthode qu'il a employée consistait à supprimer par différents moyens l'action du cerveau en laissant la moelle intacte : l'auteur admet que la suppression de l'action propre du cerveau ne modifie en rien les réactions obtenues par l'excitation appliquée à l'écorce.

L'un des moyens qu'il a employés consiste dans la congélation à l'aide du chlorure de méthyle. Quand la zone corticale, dite motrice, a été ainsi transformée en une masse durcie n'ayant plus aucune propriété du tissu nerveux, la même excitation *minima* produit encore les mêmes mouvements des membres.

Si l'on recourt à l'emploi des anesthésiques, on voit qu'en excitant l'écorce cérébrale pendant la phase de suspension des « fonctions du cerveau », les réactions motrices se produisent tout aussi bien qu'auparavant.

En refroidissant l'animal tout entier, excite-t-on le cerveau

VIII. — A l'étranger.

Angleterre.— La médecine anglaise occupait un rang élevé, le premier peut-être, en Europe au moment où commençait le dernier quart du dix-huitième siècle. La Grande-Bretagne possédait des écoles dont la célébrité égalait déjà celle des plus renommées du continent. La plus illustre de toutes était la Faculté de médecine de l'Université d'Edimbourg, qui avait pris un grand essor depuis la moitié du siècle. La supériorité et le succès de cette école résidaient à la fois dans le mérite de ses professeurs, dans le caractère nouveau et clinique de leurs leçons, dans les relations nombreuses qu'elle entretenait sur tous les points du globe avec les possessions anglaises. Ces correspondances donnaient au recueil où elles étaient consignées (les *Essais de la Société de médecine*) une notoriété d'autant plus grande que les autres corps savants étaient eux-mêmes privés de telles relations, à cette époque de communications rares ou difficiles. La durée des études pour l'obtention du titre de docteur était de trois ans, à moins d'avoir étudié ailleurs préalablement. Les étudiants avaient formé à Edimbourg une Société médicale qui avait ses conférences, sa bibliothèque, son diplôme, et comptaient cette année dans leurs rangs J. Currie et Benjamin Bell, qui commençaient à l'infirmerie royale leur carrière chirurgicale. Les professeurs de la Faculté étaient Cullen, qui enseignait la médecine pratique; Munro-Drummond, la théorie de la médecine; Alexandre Munro dit le jeune, l'anatomie; Young, les accouchements; Hope, la botanique. Brown, qui n'avait pas encore, par ses violences, troublé la paix de l'Ecole, était élu, pour l'année 1776, président de la Société de médecine. Buchan, l'auteur d'un livre longtemps célèbre, *la Médecine domestique*. Black, Rutherford faisaient partie du Collège royal de médecine, qui comptait quarante-cinq membres résidents ou non, choisis pour ces derniers dans les célébrités médicales de l'Angleterre. L'honorariat avait été donné à l'étranger aux médecins habiles, et aux plus grands

après la suppression des « fonctions cérébrales », les mouvements se produisent encore. Plus tard, quand l'action du refroidissement sur la moelle et le bulbe commence à se faire sentir, les mouvements ne peuvent plus être provoqués.

La section des racines rachidiennes sensitives d'un membre postérieur entraîne la disposition du mouvement précédemment produit dans cette patte par l'excitation circonscrite de la zone motrice ; c'est le membre antérieur qui réagit alors.

Une autre série d'objections est fournie par les résultats de la décomposition brusque, de la congélation de la moelle, etc. (Voy. le *Bulletin hebdomadaire* de la Société, n°s 4 et 5.)

SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Variétés des argas de Perse; innocuité de leur piqûre : MM. Laboulbène et Mégnin. — Influence des injections intra-veineuses d'alcool sur l'excitabilité corticale du cerveau : M. Danillo. — Suite des recherches sur le pouls veineux jugulaire normal (étude de la seconde dépression) : M. François-Franck. — Influence des lésions nerveuses sur la production des gangrènes périphériques : M. Déjérine. — Ankylostomes duodénaux chez les mineurs anémiques : M. Lesage. — Glandes du byssus de la Pinna maritima : M. Jobert. — Structure de la chaîne ganglionnaire des lombrics : M. Vignal. — Excitabilité du cerveau des oiseaux : M. Couty.

M. *Mégnin*, au nom de M. *Laboulbène* et au sien, présente des *Argas de Perse*, grands acariens qui ont le volume et l'aspect de grosses punaises. On admet que la piqûre de ces animaux peut amener la consomption et la mort, « mais chez les étrangers seulement », disent les habitants des contrées où on les trouve. Or, des expériences faites sur des lapins, par M. Fumouze d'abord, puis récemment par les auteurs de cette note, ont établi l'innocuité de la piqûre de ces argas. Ce qu'ils ont de plus remarquable c'est la faculté de rester vivants pendant des années sans nourriture. Ainsi ceux que présente M. Mégnin avaient été envoyés à M. Laboulbène il y a quatre ans, puis oubliés et perdus. On les a retrouvés vivants pour la plupart il y a peu de temps.

De ces argas, une variété, non décrite, devrait, comme le propose M. Mégnin, prendre le nom d'*Argas Tholozani*, en l'honneur du médecin qui l'a récoltée en Perse.

— M. *Danillo* a entrepris, dans le laboratoire de M. Vulpian, de nouvelles recherches sur les fonctions motrices de l'écorce cérébrale. Il a employé les courants galvaniques, d'intensité variable, gradués en milli-Weber et s'est servi d'électrodes impolarisables. En combinant les excitations du cerveau avec l'administration par la voie veineuse de doses variées d'alcool, d'essence d'absinthe, il a constaté, entre autres faits, que l'épilepsie provoquée par les excitations corticales persiste jusqu'à une période avancée de l'empoisonnement par l'alcool; il a vu aussi que plus tard, quand les doses d'alcool ont été considérables, il devient impossible de provoquer les attaques. Comme réciproques de ces résultats, l'auteur remarque qu'un accès d'épilepsie est facilement arrêté par l'injection d'alcool dans les veines. Les recherches qu'il poursuit actuellement sur ces question ont trait à l'étude du siège cortical des hallucinations absinthiques.

— M. *François-Franck* termine l'exposé de ses expériences sur le pouls veineux jugulaire normal. Il a précédemment examiné (séances des 2 juillet 1881 et 28 janvier 1882) les causes du premier affaissement brusque qui fait suite au soulèvement initial du pouls jugulaire ; ce phénomène a été attribué au relâchement de l'oreillette droite. Mais tout le pouls jugulaire n'est pas là : il y a, à la suite de ces accidents initiaux un *second affaissement* qui coïncide avec la fin de la systole ventriculaire ou mieux avec la première partie de la phase diastolique des ventricules. C'est l'étude de ce second affaissement diastolique que l'auteur présente aujourd'hui : ses recherches personnelles sont du reste surtout des expériences de contrôle.

Le fait de la coïncidence de ce second affaissement avec la diastole ventriculaire devait naturellement amener à considérer le relâchement du ventricule droit comme la cause de la dépression dont il s'agit. C'est ce qui a été fait, notamment par Chauveau (1858), Potain (1869), Gottwalt et Ewald (1881). Mais il fallait savoir par quel mécanisme la diastole ventriculaire peut produire cette accélération du courant sanguin dans les veines voisines du thorax ; si le cœur intervient ici personnellement, en qualité d'organe aspirateur, ou si ce n'est que parce qu'il est lui-même soumis à l'attraction pulmonaire qu'il peut attirer le sang dans sa propre cavité. En d'autres termes, c'est la question si controversée de la fonction aspiratrice du cœur qui se présente ici.

Pour se faire une opinion dans cette question complexe, il faut évidemment considérer le cœur dans deux conditions différentes : 1° quand il est *dans le milieu thoracique*, soumis à l'attraction excentrique du poumon ; 2° quand il est libre, le thorax étant ouvert, et quand aucune influence extérieure ne peut agir à sa surface.

Au sujet du premier point, le doute n'est pas possible : depuis les expériences de Barry (1825), celles de Chauveau (1858), et grâce aux travaux plus récents exécutés sur cette question, il est absolument certain que l'aspiration pulmonaire se transmet au sang veineux avec son maximum d'intensité quand les parois cardiaques sont relâchées. Chauveau a même montré que l'aspiration du poumon élastique est d'autant plus forte que ce poumon a été tendu davantage par le retrait systolique du cœur. Les expériences de M. Fran-

---

seigneurs du royaume, tels que le comte de Bute, le duc de Buccleugh, etc.

A Londres vivait une pléiade de savants et de praticiens illustres dont les travaux sont restés des monuments durables élevés à la science. La Faculté de médecine était un corps considérable par la dignité de ses membres, et l'honneur d'en faire partie était recherché par plus d'un lord. Le Collège des médecins était partagé en deux classes : les *socii* et les *permissi*. Les premiers devaient être gradués des Universités d'Oxford, de Cambridge, de Dublin, ou pouvaient exceptionnellement être nommés par la prérogative royale. Les *permissi* ou licenciés, après avoir pris des grades dans d'autres universités, se présentaient au Collège pour obtenir la permission d'exercer dans la capitale, et subissaient pour la forme un examen d'admission. Les docteurs des Universités d'Oxford, Cambridge, Dublin n'obtenaient ce titre qu'après quatorze ans de présence. En 1776, le président du Collège de médecine de Londres était Thomas Laurence ; au nombre des *socii*, Wilmot, médecin du roi, Nichols, Clarke, Donald, Monro, Barry, Brocklesby, Heberden, et l'illustre Pringle, premier médecin de la reine ; au nombre des *permissi*, Fothergill, qui occupa longtemps le premier rang à Londres ; Griffith, Morgan, Saunders, W. Cooper, l'oncle et le guide de son neveu ; Astley, Fordice, James, l'auteur du premier grand Dictionnaire de médecine, traduit en français par Diderot ; John Hunter, nommé cette année même chirurgien du roi ; Guillaume Hunter et son ami et collaborateur Cruikshank ; Denneman, le célèbre accoucheur ; P. Pott, chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy. L'Autrichien Swediaur, en résidence temporaire à Londres, y rédigeait le *Foreign medical Review*. Jenner exerçait la médecine à Berkeley ; Percival, à Manchester ; Lind, à Haslar, près de Portsmouth ; Anderson, à Leith. Erasme Darwin, médecin, naturaliste poëte, habitait Lichtfield, et s'était acquis par son poëme sur la botanique une grande renommée littéraire.

L'Université d'Oxford était dotée de quatre places de

çois-Franck sont sur ce point tout à fait confirmatives de l'opinion courante.

Quant à la question de l'aspiration propre du cœur, elle a été reprise dans ces dernières années, avec des moyens plus précis, par MM. Goltz et Gaule (1878), et tranchée affirmativement. M. François-Franck a répété les expériences des auteurs précédents, en employant des procédés manométriques analogues et arrive aussi à admettre que les ventricules, au moment de leur relâchement diastolique, exercent une certaine aspiration indépendante. Mais la valeur de cette aspiration (due uniquement à l'élasticité du muscle et nullement à la force active dont on l'a doué, surtout dans ces dernières années), cette valeur est tellement faible (— 3 à — 4 millimètres d'eau pour le ventricule droit) que c'est à peine si elle peut être invoquée comme cause d'accélération du courant veineux.

C'est donc surtout, et à peu près exclusivement, grâce à l'aspiration du poumon sur le cœur, que le renforcement diastolique du courant veineux peut se produire : l'affaissement des jugulaires qui s'observe à ce moment résulte par conséquent de l'action indirecte de l'élasticité pulmonaire.

D'autre part, il était important de préciser (ce qui manquait dans les expériences de Goltz et Gaule) à quel moment et pendant quelle durée de la diastole ventriculaire s'exerce cette influence aspiratrice. En combinant les indications de deux manomètres intra-cardiaques dont l'un ne fournissait que l'inscription des pressions inférieures à zéro, l'auteur arrive à considérer le phénomène aspiratif comme existant seulement au début de la diastole : c'est la vacuité post-systolique de Chauveau et Marey.

Enfin, si l'affaissement de la veine ne dure qu'une partie de la diastole (contrairement à ce qui est indiqué dans les résultats de M. Gottwalt), c'est que l'accumulation graduelle du sang veineux dans les cavités droites élève peu à peu la pression dans tout le système afférent : aussi, voit-on la veine, après s'être déprimée, manifester un gonflement croissant qui aboutit au brusque soulèvement de la systole de l'oreillette, c'est-à-dire au début de la révolution cardiaque suivante.

Tous ces détails sont présentés dans un tableau d'ensemble où M. François-Franck montre les rapports des différentes phases du pouls jugulaire normal avec les états variables du calibre de la veine examinée et avec les renforcements des souffles qu'on y peut entendre. Ces recherches sont la confirmation expérimentale directe des faits cliniques énoncés par M. Potain dès 1867.

(L'étude historique et critique des questions exposées dans ces deux communications fera l'objet d'un prochain article qui paraîtra dans la *Gazette*.)

— M. *Déjerine* développe les raisons pour lesquelles on ne peut pas admettre que les lésions nerveuses précédemment présentées par lui comme cause de sphacèle cutané soient au contraire le résultat d'une altération secondaire des nerfs, ainsi qu'on l'a objecté.

Il n'y aurait rien d'étonnant à ce que les nerfs voisins d'une eschare fussent consécutivement lésés; mais d'abord on n'observe ces lésions que dans certaines formes de gangrène, et d'autre part on retrouve ces lésions sur des nerfs pris à distance de la région malade.

L'auteur émet l'hypothèse qu'il s'agit probablement de la suppression d'une influence trophique des nerfs malades. Il est possible aussi que les névrites observées soient des névrites périphériques; cependant, comme l'état des ganglions rachidiens n'a pas été étudié dans les cas présentés, on ne saurait rien affirmer sur ce point.

— M. *Lesage* adresse à la Société une note confirmative des résultats obtenus déjà par M. Perroncito chez les ouvriers du Saint-Gothard atteints d'anémie grave. On sait que l'auteur italien attribue les accidents de l'anémie, dite des mineurs, à la présence d'ankylostomes duodénaux. M. Lesage a retrouvé l'ankylostome duodénal chez les ouvriers anémiques des mines d'Anzin. M. Franck fait remarquer que récemment M. Perroncito a communiqué des faits semblables qu'il a observés chez les ouvriers mineurs de Saint-Etienne.

— M. *Jobert* a trouvé chez la Pinna maritima, à Naples, les glandes qui sécrètent le byssus chez ces animaux et dont la nature et la provenance étaient jusqu'ici restées ignorées.

— M. *Vignal* continue l'exposé de ses recherches sur la chaîne ganglionnaire des invertébrés. La chaîne du lombric est enveloppée de trois gaines, épithéliale, musculaire et cuticulaire. Elle est formée de ganglions soudés bout à bout; chacun de ces ganglions émet six nerfs, trois de chaque côté. Sur les coupes, on voit que la chaîne est formée de deux moitiés latérales; en procédant des bords vers le centre de chaque moitié, on rencontre une zone conjonctive avec de nombreuses cellules granuleuses, puis des cellules nerveuses presque toutes unipolaires, surtout abondantes à la face ventrale et sur les côtés; enfin deux colonnes de fibres nerveuses. Au point de soudure des ganglions, la zone conjonctive ne laisse de place que pour les colonnes de fibres. C'est de ces colonnes que naissent les nerfs.

Les tubes nerveux sont formés d'une matière visqueuse peu granuleuse; les cellules sont constituées de la même matière et d'un noyau très net autour duquel se rencontrent souvent des granulations graisseuses.

Trois gros tubes nerveux, situés sur la face postérieure de la chaîne, paraissent être destinés à assurer la solidarité de ses différentes parties.

---

médecins voyageurs qui pendant dix ans, s'ils le voulaient, gardaient leurs lucratives fonctions et rapportaient dans leur pays natal le fruit de leurs travaux. Les professeurs de Cambridge étaient nommés à vie et dotés de traitements considérables.

L'Université de Dublin observait les mêmes statuts que celles d'Oxford et de Cambridge, et ses gradués étaient admis *ad eumdem* dans ces deux villes. La religion orthodoxe anglicane était toutefois une condition d'admission exigée des étudiants à Dublin. Les professeurs royaux étaient Cleghorn, N. Barry, Thornton; ses membres honoraires Wood, Patrice Dun, fondateur de trois chaires; Fletcher, Rutty, Macbride, accoucheur renommé, élève de Smellie; Clément, membre du Parlement pour la ville de Dublin.

Suisse, Italie, Hollande, Allemagne. — Après ceux de la France et de l'Angleterre, les médecins suisses occupaient un rang élevé au point de vue scientifique et professionnel. Le grand Haller, près de sa fin qui arriva en 1777, administrait, comme *Amman*, la république de Berne, et publiait son dernier ouvrage, l'*Histoire des plantes vénéneuses de la Suisse.* Tissot attirait à Lausanne de nombreux malades. Odier, Jurine et le chirurgien Guyot jouissaient à Genève et au dehors d'une légitime renommée.

En Italie, Paletta débutait dans la carrière à Padoue, Mascagni à Sienne, Campana à Florence. Scarpa, l'élève et l'ami de Morgagni, était déjà pourvu d'une chaire à Modène. Cotugno et Caldani professaient l'anatomie à Naples. Moscati était à la tête du service chirurgical du grand hôpital de Milan, et Brambilla avait dans son pays une réputation surfaite que ne justifiait pas sa valeur scientifique et quo n'a pas confirmée la postérité.

Un Collège de médecine hiérarchiquement organisé, mais qui, sur une liste de quarante-deux noms, n'en présente point un seul dont la notoriété ait survécu, un corps de chirurgiens au sujet duquel on peut faire la même remarque formaient le personnel médical de Bruxelles.

On peut considérer la couche de cellules conjonctives comme jouant le rôle de coussin d'eau dans les différentes formes que prennent les ganglions pendant les mouvements de l'animal.

— M. *Couty* adresse une note dans laquelle il annonce que, chez les oiseaux qu'il a examinés et notamment chez le perroquet, presque toute la surface du cerveau est excitable.

REVUE DES JOURNAUX

De l'emploi du muguet (Convallaria majalis) dans les maladies du cœur, par le docteur D'Arq.

D'après le docteur d'Arq, de Détroit, le muguet serait empiriquement employé en Russie comme succédané de la digitale. La teinture de fleurs de muguet à la dose de 20 à 30 gouttes, préparée avec 120 grammes de fleurs pour 500 grammes d'alcool, régularise les fonctions du cœur, ralentit le pouls, le rend moins dépressible. La poudre de fleurs à la dose de 25 à 50 centigrammes a le même effet. L'avantage de ce médicament serait de pouvoir être employé à haute dose sans inconvénient, et de pouvoir être longtemps continué sans qu'on ait à craindre l'accumulation comme dans l'administration de la digitale. Le muguet a, comme la digitale des propriétés diurétiques remarquables. Son action se fait sentir rapidement. Bien que la plupart des malades puissent supporter sans inconvénient des doses considérables, il y a certaines organisations réfractaires. Il est donc prudent de commencer par des doses faibles; d'autant plus qu'on peut continuer la médication si le médicament est bien accepté. (*Journal de thérapeutique*, décembre 1881.)

De l'emploi de l'électricité dans le traitement de l'éléphantiasis, par MM. Moncorvo et Silva-Araujo, membres de l'Académie de médecine de Rio-de-Janeiro. — Note communiquée au Congrès d'électricité en 1881.

La compression, les douches, les bains de vapeur forment jusqu'ici le bilan de la thérapeutique dans cette grave affection. Reprenant une idée émise pour la première fois en 1789 par Hendy, praticien anglais, les deux médecins brésiliens ont essayé avec des succès très remarquables l'application de l'électricité dans le traitement de l'éléphantiasis. Les courants continus d'énergie croissante forment la base de ce traitement. De temps en temps des courants induits sont appliqués pour stimuler l'absorption des produits de la dissolution provoquée par les courants galvaniques. Quelques séances d'électrolyse, pratiquée avec une batterie Trouvé de de 6 à 60 éléments, complètent ce traitement qui doit être prolongé pendant une ou deux années. Les résultats sont encourageants. Les auteurs ont publié des figures représentant l'état des membres malades avant et après le traitement. Les modifications sont saisissantes. (*Journal de thérapeutique*, 10 janvier 1882.)

Traitement de l'hypertrophie des amygdales par l'ignipuncture.

Dans les cas où on a quelque raison de redouter l'ablation des amygdales (ce qui constitue encore le moyen le plus simple de remédier à l'hypertrophie), M. Krishaber conseille l'ignipuncture. Cinq ou six ponctions avec la pointe d'un cautère Paquelin, sont pratiquées et répétées à trois jours d'intervalle jusqu'à ce qu'on ait obtenu un résultat satisfaisant. Ce moyen, fort difficile à appliquer chez les enfants, ne vaut pas l'excision chez les adultes. Il nous paraît donc devoir être réservé pour des cas exceptionnels. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, juillet 1881.)

Hémiplégies émotives, par M. Luys.

Parmi les hémiplégiques, les uns sont calmes, apathiques, les autres se distinguent par l'exaltation des facultés émotives. Les uns ne manifestent cette émotivité que quand on leur adresse la parole; ils deviennent alors larmoyants et paraissent vivement affectés. D'autres sont habituellement agités, turbulents, disposés à se lever sans cesse; quelquefois ce sont de véritables maniaques.

M. Luys a remarqué que ces malades émotifs étaient des hémiplégiques *à gauche*, et que la lésion spéciale, qui paraît coïncider tout particulièrement avec cette hyperesthésie émotive, se localise de préférence dans l'écorce de la partie supérieure de la *circonvolution temporale droite*, au fond de la scissure de Sylvius, comme s'il y avait en cet endroit un centre modérateur dont la destruction laisserait un cours libre à l'influx émotif qu'il cesse de contenir. (Journal *l'Encéphale*, 1881.)

BIBLIOGRAPHIE

De la syphilis du testicule, par le docteur Paul Reclus. In-8 avec 6 planches en couleur. — 1882. G. Masson.

La syphilis du testicule est une question française et tient à le rester. Le livre de M. Reclus le prouve.

C'est une monographie où le sujet est complètement traité;

Dans la commerçante Amsterdam, Grashuis et Schligting occupaient le premier rang. Gaubius, recteur de l'Université, continuait à Leyde à la place de Boërhave auquel il avait succédé, l'enseignement qui lui avait donné une célébrité européenne; à côté de lui, Sandifort occupait la chaire d'anatomie illustrée par Albinus. Camper, retiré du professorat après avoir quitté successivement Amsterdam et Groningue, vivait à Klein-Laukum, petite ville de la Frise, où il se reposait de ses longs voyages et des fonctions publiques qu'il avait longtemps remplies avec application.

Le Danemark avait placé à la tête du service chirurgical de sa flotte Callisen qui résidait à Copenhague.

Linné, l'honneur de la Suède, suppléé à ce moment dans sa chaire, achevait à Upsal, dans la décadence physique et intellectuelle, les derniers jours de sa glorieuse carrière; Bergmann enseignait la chimie à côté de lui. Les deux praticiens les plus réputés à Stockholm étaient le chirurgien Acrell et Dalberg, médecin de Gustave III.

Parcourons maintenant l'Allemagne et nous trouverons dans ses Universités ou dans ses capitales ceux qu'il faut ajouter à l'énumération des célébrités médicales de cette période.

A Berlin, bien que la science vécût surtout d'importation, on trouve quelques noms recommandables en dehors de la colonie étrangère que le grand Frédéric couvrait de sa protection; ceux de Theden, chirurgien en chef des armées, de Bilgner, médecin de la reine, connu surtout par sa polémique avec Faure au sujet des amputations; celui de Henckel, chirurgien expérimenté; de Walter, successeur de I. F. Meckel dans sa chaire. Dans les Universités il faut aussi retenir quelques noms : ceux d'Akerman et Struve à Kiel; de Bœhmer à Halle; des accoucheurs Plattner et Stein à Leipzig et à Cassel; du chirurgien Richter qui avait, à Gœttingue, pour élève celui qui devint célèbre sous le nom de Sœmmering. J. P. Franck qui conforma sa vie aux habitudes nomades des savants allemands et poursuivit sa carrière

les observations y abondent, les descriptions microscopiques y tiennent une large place, un grand nombre de résultats nouveaux et fort curieux complètent ou modifient les données reçues jusqu'à ce jour; enfin de belles planches annexées au texte rendent les conclusions de M. Reclus plus saisissantes et plus démonstratives.

Après Ricord, Fournier, Rollet, la tâche était malaisée à remplir. Heureusement les opinions de ces auteurs ne concordaient pas, et, tout essai de conciliation étant superflu, M. Reclus s'est formellement prononcé, avec preuves à l'appui, en faveur de la doctrine la moins accréditée, qui cependant est la bonne. Rien n'est plus intéressant que l'histoire de cette question du sarcocèle syphilitique, qui pendant un demi-siècle a préoccupé les chirurgiens les plus éminents, Astley Cooper, Dupuytren, Ricord, Nélaton, sans que de tant de travaux aucun entraînât la conviction d'une façon définitive.

B. Bell ayant établi que la gonorrhée et la vérole sont des maladies distinctes, démontra du même coup que l'orchite, qui dérive de la première, doit être séparée du sarcocèle, qu'engendre la seconde. Astley Cooper, puis Dupuytren, se déclarèrent dans le même sens. Les ouvrages de Boyer, de Roux, de Velpeau, de Curling, étant venus après, mentionnent bien le sarcocèle syphilitique, mais montrent encore une grande incertitude dans l'exposé des signes et les indications du diagnostic. C'est seulement en 1840 que Ricord trace le véritable tableau du sarcocèle, auquel il reconnaît deux formes : « L'une est caractérisée par l'épaississement de l'albuginée et de la charpente fibreuse de la glande; l'autre, dont la terminaison ordinaire est la fonte purulente, consiste dans le développement de gommes au sein du testicule et de l'épididyme. » Cinq ans après, de cette opinion si clairement énoncée il ne restait plus rien. Et c'est le maître lui-même qui, par un revirement inexplicable, prononçait l'arrêt de sa propre doctrine : « On peut, dit-il en 1845, formuler cette loi générale à laquelle aucun cas ne se dérobe : le testicule syphilitique ne suppure jamais. » Entre Ricord (1840) et Ricord (1845) il y a donc un abîme; et c'est l'opinion de Ricord (1840) que M. Reclus a exhumée, pour la faire sienne, et à juste titre, pareil à ce fameux cicérone qui exhibait le crâne de Voltaire enfant.

Les variations de l'illustre syphiliographe ont été regrettables, car telle était l'autorité de Ricord que pendant plus de trente ans sa seconde proposition fut admise avec la rigueur d'un dogme. Ainsi M. Gosselin déclare n'avoir jamais vu suppurer l'orchite syphilitique. Cullerier conclut de même, et, pour donner sans doute à une opinion si paradoxale une apparence de raison, attribue au traitement prudent et rationnel de la diathèse, tel qu'il est pratiqué en France, la non-suppuration de la gomme testiculaire. M. Fournier, un peu plus tard, sans se prononcer si catégoriquement, déclare que, pour sa part, il n'a pas observé de gomme suppurée. Entre temps, les anatomo-pathologistes, et non des moins renommés, Virchow, Lancereaux, Cornil et Ranvier, corroboraient par d'autres procédés de démonstration la théorie de Ricord.

Une autre bizarrerie de la même histoire est soigneusement relevée par M. Reclus. En 1858, Rollet démontre que les enveloppes du testicule peuvent s'ouvrir pour livrer passage à une masse fongueuse qui s'étale sur le scrotum. Comment se fait-il que, jusqu'alors, l'étude du fongus bénin n'ait point contribué à élucider la question? Le rapprochement des deux affections aurait dû cependant tenter les chirurgiens; le fongus, jusqu'alors si peu connu dans ses manifestations comme dans ses causes, ne devait-il pas être soupçonné de continuer à la surface du scrotum le processus engendré par la vérole dans la profondeur du testicule? D'ailleurs, dès 1853, Deville n'avait-il pas établi que le fongus n'est point une entité morbide, mais simplement un mode de terminaison de l'orchite caséeuse? Ce malentendu tient sans doute à l'exclusivisme de Deville et de Broca lui-même, qui ne virent dans le fongus qu'une phase ultime de la tuberculose testiculaire. Bref, la nature syphilitique du fongus ne cessa d'être contestée qu'à partir du travail de Rollet; or, ainsi que le démontre aisément M. Reclus dans l'exégèse détaillée dont nous venons seulement d'esquisser les grands traits, c'est le fongus qui doit trancher chirurgicalement la question du sarcocèle suppuré.

L'exposé anatomo-pathologique et clinique de la syphilis du testicule, dans le livre de M. Reclus, est simple. Ici comme ailleurs, la syphilis suscite deux processus distincts, admirablement étudiés par Fournier : la sclérose et la gomme. Mais, dans la glande spermatique aussi bien que dans la glossite tertiaire ou le syphilome ano-rectal, l'altération qu'on observe le plus ordinairement est un mélange des deux lésions; à ce titre, le sarcocèle doit être qualifié de scléro-gommeux. Ce n'est pas que la sclérose ne puisse parfois exister seule, notamment dans les cas où l'organe subit une telle diminution de volume qu'on peut à peine le retrouver dans la poche scrotale. La règle cependant est que la sclérose ne va pas sans néoplasies gommeuses, et les testicules syphilitiques, qu'un examen à l'œil nu ferait considérer comme des types d'orchites interstitielles, renferment la plupart du temps de petits nodules microscopiques identiques, par leur développement et leur siège, à des gommes visibles et tangibles. Par contre, s'il peut se faire que le sarcocèle restreigne ses tendances dégénératives à la transformation fibreuse pure et simple, la coexistence de la sclérose est rigoureusement constante dans les cas de syphilis gommeuse. Sous ce rapport, la loi de Virchow est inébranlable; mais M. Reclus l'amplifie et exprime clairement les deux conditions essentielles du processus sous la forme suivante : « Au point de vue anatomo-

---

en changeant sept ou huit fois de résidence en était alors à sa seconde étape et avait quitté Rastadt pour habiter Bruchsal comme médecin de la ville, etc.

Mais c'est à l'Autriche que la science médicale avait en pays allemands ses plus illustres représentants. Deux célébrités de premier ordre se disputaient à Vienne la prééminence : c'étaient Storck, premier médecin de l'empereur, et Dehaën, premier professeur de médecine pratique à l'Université. A côté d'eux s'élevait Stoll qui suppléait le second et allait bientôt prendre sa place. Et celui que la postérité a fait passer avant eux, qui a laissé à la science un monument durable, Avenbrugger vivait dans une obscurité d'où n'avait pu le faire sortir sa remarquable découverte !

Nous voici arrivés au terme de notre excursion dans le monde médical du siècle dernier. Quelque rapide qu'ait été cette revue rétrospective, il semble cependant qu'on peut en dégager deux faits importants.

En France, elle marque les dernières heures de vieilles institutions qui, en aliénant certains de leurs droits, donnaient en échange aux médecins une protection efficace, une dignité indiscutée. L'abolition des Corporations sous leurs diverses formes rend à chacun sa liberté entière, mais la lui rend à ses risques et périls et, lui enlevant la considération qu'il tenait de son titre, ne lui laisse plus que celle qui s'attache à l'homme, dans la mesure où il la mérite. Sans regretter un passé dont nul ne conteste les abus, nul non plus ne pourra soutenir qu'au point de vue de la situation sociale la profession médicale ait gagné au change. Les adversaires comme les défenseurs (s'il en existe) de l'ancien régime en matière d'institutions médicales seront d'accord là dessus.

En Europe, l'infériorité de certains pays sous le rapport médical ne durera plus longtemps, et l'équilibre scientifique doit, petit à petit, s'établir entre tous pour arriver définitivement là où il en est aujourd'hui. Si à leur point de vue patriotique et particulier, les nations qui avaient la préémi-

pathologique, coexistence fréquente de la sclérose et de la gomme, coexistence invariable de la gomme et de la sclérose. »

Il est encore un point sur lequel les chirurgiens ont longtemps divergé ; finalement ils sont tombés d'accord, mais au rebours de la vérité. L'hydrocèle, en effet, selon l'immense majorité des auteurs, serait une complication presque fatale du sarcocèle, et quelques-uns même ont prétendu que la quantité du liquide était alors considérable. Les médecins qui ont écrit sur la question, sans vouloir la trancher dans un sens contraire, ont apporté cependant certaines preuves de la rareté de l'épanchement. M. Hutinel, par exemple, parmi un très grand nombre d'observations de sarcocèle recueillies chez des enfants atteints de syphilis héréditaire, n'a observé que deux fois l'hydrocèle. Si l'on objectait que les cas dont il s'agit sont relatifs à une maladie infantile, spéciale dans ses allures, l'expérience de M. Fournier pourrait être invoquée contre l'opinion reçue, car l'hydrocèle symptomatique de M. Fournier est une hydrocèle de concession : « Elle est toujours *minime* ou moyenne *tout au plus*. » Enfin M. Reclus, qui ne conteste assurément pas la possibilité de cette complication, a établi, par un relevé qui porte sur près de cinquante observations, que l'épanchement existe à peine dans la moitié des cas. Voilà un résultat pratique d'une véritable importance, si l'on songe que le diagnostic différentiel du tubercule du testicule et du sarcocèle a pu compter l'hydrocèle au nombre de ses éléments primordiaux.

L'étude anatomique et clinique des différentes variétés d'épididymite syphilitique a également suggéré à M. Reclus des conclusions originales sur la place qu'il convient de réserver, dans l'histoire du sarcocèle, à cet accident viscéral précoce que M. Fournier désigne sous le nom d'*épididyme secondaire*. Dans la forme purement scléreuse, les altérations de l'épididyme sont rares, mais dans la forme gommeuse ou scléro-gommeuse elles sont assez fréquentes. Sans doute, elles n'ont pas la constance qui en fait une complication nécessaire, sinon même, le plus souvent, la manifestation primitive de la tuberculose testiculaire ; mais on peut admettre que la coexistence des deux localisations s'observe dans près de la moitié des cas de sarcocèle, attendu que les relevés de MM. Fournier et Reclus réunis nous font voir que des lésions épididymaires accompagnaient les lésions du testicule dans 19 observations sur 43. Or, on ne peut contester que, si l'orchite syphilitique vulgaire évolue d'ordinaire lentement, insidieusement, il est telles circonstances où elle se déclare avec une brusquerie excessive, tout comme l'orchite blennorrhagique. Ricord avait incidemment fait allusion à l'éventualité de cet accident qu'on pourrait appeler le *sarcocèle aigu*. M. Reclus a pu en rassembler sept observations, qu'il a très habilement utilisées pour ébaucher immédiatement une pathologie de l'affection. L'orchite en question est donc comme le pendant de la tuberculose aiguë du testicule. D'autre part, si l'épididyme secondaire est parfois isolé, on doit reconnaître que les deux portions de la glande sont simultanément atteintes au début des accidents constitutionnels ; enfin Ricord a depuis longtemps formulé comme une loi que « le sarcocèle appartient à la période tertiaire par la nature des tissus qu'il affecte et à la secondaire par l'époque de son apparition ». Toutes ces raisons n'impliquent-elles pas que l'épididyme secondaire, tout en gardant son autonomie en tant que détermination précoce, ne représente qu'une *variété* de sarcocèle ?

Il est impossible de résumer les deux grands chapitres que M. Reclus a consacrés à l'anatomie pathologique et à la symptomatologie du sarcocèle. Dans le premier, le chirurgien se montre doublé d'un micrographe éminent ; du reste, l'auteur, conscient de la grande valeur de son œuvre, en rapporte tout l'honneur à M. Malassez. Il faut lire ces pages et l'on se convaincra que l'histologie et la clinique ainsi comprises peuvent faire fort bon ménage.

Du chapitre symptomatologique, dont on ne peut davantage tenter une analyse, nous nous bornerons à extraire quelques propositions générales sur les rapports du sarcocèle et du fongus. Tout d'abord on suppose résolu le problème de la suppuration de la gomme. Or, ce qu'il faut entendre par fongus, ce n'est pas, ainsi qu'on l'a dit, l'ulcération fistuleuse par laquelle s'écoule le résidu caséeux de la néoplasie spécifique. Le mot fongus, pris dans son acception étymologique, implique l'idée de bourgeonnement. Aussi la définition de M. Reclus nous semble-t-elle devoir rallier toutes les opinions : « Le fongus est une masse *rougeâtre, bourgeonnante* qui fait hernie à travers les enveloppes scrotales ulcérées. »

Il existe deux sortes de fongus : le fongus superficiel et le fongus profond. Le fongus superficiel comprend lui-même deux variétés : une première peu importante où une petite portion de l'albuginée se dénude par ulcération du scrotum et se recouvre de bourgeons charnus qui font, à la surface des téguments, une assez faible saillie ; une seconde, la hernie du testicule où les enveloppes sont largement détruites, et la glande, comme dans la tuberculose, est expulsée au travers. Le fongus profond ou parenchymateux, celui que les auteurs signalent presque exclusivement, est caractérisé par ce fait que le testicule reste contenu dans ses enveloppes scrotales, tandis que l'albuginée et les téguments s'ulcèrent. Mais ici encore ce n'est pas l'ulcération qui fait le fongus. Le produit gommeux une fois éliminé, des bourgeons charnus naissent dans la caverne, s'y accumulent, arrivent à la combler, puis, franchissant l'orifice cutané où ils s'étranglent au passage, s'étalent finalement à la surface du scrotum. Ainsi le

---

nence peuvent regretter de l'avoir perdue, elles ne doivent pas le faire au point de vue de la science et de l'humanité que la première a pour but de servir.

Dr Tony SAUCEROTTE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. — Voy. *Etat de médecine, chirurgie et pharmacie en Europe pour l'année* 1776. Paris, Firmin Didot. Présenté au roi. — Verdier. *La jurisprudence particulière de la médecine et de la chirurgie en France*, 1764. — Astruc. *Histoire de la Faculté de médecine de Montpellier*. — Mercier. *Tableau de Paris*, 1782. — Vicq-d'Azyr. *Eloges*. — *Mémoires de la Société royale de médecine*, etc.

NÉCROLOGIE. — Sir Robert Christison est mort en Ecosse, le 28 janvier 1882, à Edimbourg, dans sa quatre-vingt-quatrième année. Après des études brillantes à Londres et à Paris, il succédait, dès l'âge de trente-quatre ans, au savant docteur Alison comme professeur de médecine légale. Son *Traité sur les poisons*, qui eut, dans son temps, un assez grand retentissement, le fit appeler à la chaire de matière médicale et clinique de l'université d'Edimbourg. En 1871, il fut créé baronnet et en 1875 il fut élu membre associé étranger de l'Académie de médecine de Paris.

— Nous apprenons la mort du docteur Th. Schwann, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Liège, membre de l'Académie de médecine de Belgique, de la Société de biologie de Paris, etc., qui vient de succomber à l'âge de soixante et onze ans.

HÔPITAL FRANÇAIS DE LONDRES. — Le 4 février a eu lieu, sous la présidence de M. Challemel-Lacour, ambassadeur de France, le quatorzième banquet anniversaire de l'hôpital français de Londres. Au dessert, les toasts ont commencé. M. Challemel-Lacour, ambassadeur de France, a pris le premier la parole.

fongus n'est point non plus une gomme testiculaire expulsée des bourses; la gomme, substance morte, est incapable de toute végétation. Seul le tissu de bourgeons charnus, quel que soit le point où il prend naissance, peut constituer une tumeur à végétation luxuriante; sous ce rapport, le nom de fongus serait avantageusement remplacé par celui de *granulome*.

Au premier abord, il peut sembler étrange que le fongus qualifié de superficiel soit précisément celui qui forme à la surface du scrotum la saillie la plus proéminente. Mais la nomenclature ancienne exigeait avant tout que le mot fût conservé; et d'ailleurs la superficialité dont il s'agit n'a trait qu'à la localisation du bourgeonnement fongueux à la surface de l'albuginée. Rien n'empêche, en somme, que ces mots soient remplacés dans le langage courant par ceux de fongus parenchymateux et de fongus albuginique. L'essentiel est de savoir que dans un cas le testicule est respecté, l'albuginée seule étant intéressée au processus, tandis que, dans l'autre, le parenchyme de la glande, dévasté par l'infiltration scléro-gommeuse, fait place à un tissu banal dont la destinée ultime est la transformation cicatricielle. On conçoit quelles conséquences pronostiques découlent de ces notions.

Le diagnostic, l'étiologie, le traitement du sarcocèle font autant de chapitres, non moins intéressants que les autres. Bref, le livre de M. Reclus complète admirablement l'œuvre de Ricord et de Fournier. A ce titre nous devons souhaiter que la syphilis conserve longtemps son nom de « mal français ».

E. Brissaud.

Index bibliographique.

Traitement de l'hystérie par les feuilles métalliques administrées a l'intérieur, par le docteur Garel, chef de clinique médicale à la Faculté de Lyon. — Paris, 1881. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Sous le titre de *Contribution à l'étude de la métallothérapie interne*, l'auteur a déjà publié en 1880 une observation d'angine de poitrine, avec anesthésie dans la zone du nerf cubital, guérie par l'administration de feuilles d'or à l'intérieur. Encouragé par ce succès, il a substitué, dans plusieurs cas, la médication métallique interne à l'application des plaques. La sensibilité particulière du malade est d'abord essayée par la méthode externe. Le métal indiqué est ensuite administré par feuilles roulées dans des cachets de pain azyme. Cette médication a pu être prolongée pendant plusieurs mois sans le moindre inconvénient, alors même qu'on administrait le cuivre en feuilles, et l'auteur publie plusieurs faits de guérison. Il s'agit toujours d'hystériques.

VARIÉTÉS

Le service sanitaire en Tunisie. — Nous aurions eu plus d'une fois l'occasion de revenir sur ce sujet depuis les articles que nous y avons consacrés et qui ont tant ému l'opinion publique, et c'eût été pour confirmer nos assertions par de nouveaux documents. Nous en aurions une nouvelle aujourd'hui si nous nous en rapportions à un extrait d'un prétendu « rapport confidentiel » qui aurait été communiqué au *Times*, par M. Pozzi (à son retour d'une mission scientifique en Tunisie), et dont un journal français donne le résumé et une traduction partielle. Or, il résulte d'une lettre adressée à ce journal par M. Pozzi, que celui-ci n'a communiqué aucun rapport au *Times*, dont le récit est formé de lambeaux d'une conversation que notre confrère a eue, en voyage, avec le correspondant de la feuille anglaise.

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 26 janvier 1882, les fonctions de secrétaire agent comptable près la Faculté de médecine de Paris sont supprimées. M. Pinet est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Il est institué, près cette Faculté : 1° un secrétaire; 2° un agent comptable; sous l'autorité du doyen, le secrétaire tient toutes les écritures et fait la correspondance de la Faculté, pour tout ce qui ne touche pas à la question financière. Sous la même autorité, l'agent comptable est chargé des recettes et des dépenses; il surveille l'emploi des fonds pour frais de cours, travaux pratiques, collections; il est préposé à l'entretien du matériel.

Le secrétaire est nommé par le ministre de l'instruction publique. L'agent comptable est nommé par le ministre de l'instruction publique et commissionné par le ministre des finances. M. Pupin est nommé secrétaire de la Faculté. M. Dumoulin est nommé agent comptable de ladite Faculté.

Faculté de médecine de Paris. — M. Bochefontaine, préparateur au laboratoire de pathologie expérimentale et comparée, est nommé chef dudit laboratoire (emploi nouveau).

— M. Balzer, docteur en médecine, est nommé chef du laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

— M. Valmont, docteur en médecine, préparateur au laboratoire de pharmacologie est nommé chef dudit laboratoire (emploi nouveau).

— M. Le Noir est nommé préparateur du laboratoire de pharmacologie, en remplacement de M. Valmont, appelé à d'autres fonctions.

— M. Montigny (Maurice-Romain), est nommé préparateur au laboratoire de thérapeutique, en remplacement de M. Féry appelé à d'autres fonctions.

— M. Jay (Louis-Emile-Henri), bachelier ès sciences, est nommé préparateur du laboratoire de chimie biologique, en remplacement de M. Pouchet, appelé à d'autres fonctions.

— M. Capdeville (Pierre), à Casteljaloux (Lot-et-Garonne), est nommé surveillant à l'Ecole pratique de la Faculté.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Bouchacourt, professeur de clinique obstétricale, est autorisé à se faire suppléer du 1er janvier au 1er avril 1882 par M. Marduel, agrégé. — M. Lacassagne, professeur de médecine légale, est nommé directeur du laboratoire de médecine légale. — M. Tissier, agrégé, est chargé d'un cours auxiliaire de pathologie interne. — M. Chapuis, agrégé, d'un cours auxiliaire d'analyse chimique et d'hydrologie. — M. Boumir (Pierre-Marie), est nommé préparateur du laboratoire de chimie, en remplacement de M. Aubert, démissionnaire.

— La Faculté de médecine de la même ville vient de désigner, par 15 voix sur 21 votants, notre collaborateur et ami M. Antonin Poncet, comme professeur de médecine opératoire, en remplacement de M. Tripier, nommé professeur de clinique chirurgicale. Nous ne saurions trop féliciter la Faculté de cet excellent choix.

M. Fochier a été placé en deuxième ligne et M. Letievant en troisième.

Société centrale. — La séance annuelle de la Société centrale a eu lieu le dimanche 5 février, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique. L'ordre du jour était : Allocution du président. — Rapport du secrétaire. — Compte rendu du trésorier. — Ratification des admissions faites pendant l'année. — Election de dix membres de la commission administrative en remplacement des membres sortants.

Société protectrice de l'enfance. — Cette Société tiendra sa onzième séance publique dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, rue de la Sorbonne, 15, le dimanche 12 février, à deux heures précises. Pendant la séance, une musique militaire exécutera divers morceaux.

Société de médecine de Paris. — Séance du samedi 11 février 1882, à trois heures et demie, rue de l'Abbaye, n° 3 (local de la Société de chirurgie).

Ordre du jour : 1° Rapport de M. Polaillon sur la candidature au titre de membre titulaire de M. le docteur L.-G. Richelot. — 2° Anurie calculeuse traitée par l'augmentation de la tension du sang dans les artères rénales, par M. Reliquet. — 3° Communications diverses.

Réunion des Sociétés savantes. — La réunion annuelle des Sociétés savantes aura lieu à la Sorbonne les 11, 12, 13 et 14 avril, et la distribution des récompenses le 15.

Logements insalubres. — D'un travail lu tout récemment à l'Académie des sciences morales par M. E. Laurent, il résulte ce qui suit : La loi de 1850, armant les pouvoirs publics de nouveaux moyens d'action destinés à sauvegarder la vie et la santé des citoyens, n'a été appliquée en 1853 que dans 228 communes; en 1858, dans 520; en 1878 ses prescriptions étaient presque partout oubliées dans les départements, et c'est à peine si 8 à 10 communes les mettaient a exécution. A Paris, au contraire, la commission des logements insalubres fonctionnait avec un zèle louable, réglant en moyenne environ 2000 affaires par an, ce qui fait depuis trente ans un total de 60000 logements assainis, et, quoi qu'aient dit certains publicistes, il est rare que le propriétaire oppose des difficultés, puisque 1 1/2 pour 100 seulement des affaires vont au conseil de préfecture, et qu'un nombre infiniment moindre, les récalcitrants absolus, passent au tribunal correctionnel.

M. Laurent demande que la loi, au lieu de rester facultative, devienne impérative; qu'elle donne une action non seulement contre les propriétaires, mais aussi contre les locataires, desquels viennent souvent les causes d'insalubrité; enfin que le bienfait de la loi s'étende aux manufactures, usines et bureaux.

Légion d'honneur. — Ont été promus ou nommés :

Au grade d'officier : MM. Chartier (Charles-Edouard), médecin principal de 2e classe; Ducelliez (Albert), médecin-major de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Raimond (Henri-Marie), médecin-major de 1re classe; Delmas (Louis-Basile), médecin-major de 1re classe; Florance (Alexandre-Anatole), médecin-major de 2e classe; Aubry (Abel-Louis-Jules-Marie), médecin-major de 2e classe; Boucher (Léon-Jean-Baptiste), médecin-major de 2e classe; Forgemol (Léon-Léonard-Marie), médecin-major de 2e classe; Moissonnier (Prosper), pharmacien-major de 2e classe; Hodout, médecin-major de 1re classe de la marine; le docteur Renault, adjoint au maire de Cherbourg.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 2 février 1882, ont été promus dans le corps des officiers de santé militaire :

Au grade de médecin principal de 1re classe : (Choix). M. Aron (Jules), médecin principal de 2e classe.

Au grade de médecin principal de 2e classe : (Choix). M. Chauvel (Jules-Fidèle-Marie), professeur à l'école de médecine et de pharmacie militaires.

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Choix). M. Lemardeley (Alfred-Marie), secrétaire adjoint du conseil de santé des armées. — (Ancienneté). M. Dissaux (Charles-Emile-Aimant), médecin-major de 2e classe.

Organisation de la médecine. — M. le sénateur Barne a déposé au Sénat une pétition des réunions médicales et pharmaceutiques tenues à Marseille (Bouches-du-Rhône), à l'occasion du concours régional, en mai et juin 1879, pétition qui soumet au Sénat diverses réformes à apporter aux lois et règlements qui régissent l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Les vœux exprimés par les pétitionnaires portent sur les points suivants : 1° suppression pour l'avenir du grade d'officier de santé; délai et facilités accordés aux titulaires actuels pour se procurer le brevet de docteur; 2° obligation pour les communes rurales d'assurer le service médical dans les campagnes par des subventions spéciales accordées aux médecins; au besoin avec le concours du département et de l'Etat; 3° augmentation du nombre des bourses de l'Etat dans les Facultés de médecine; 4° conditions d'aptitude à remplir par le médecin d'origine étrangère, à l'effet d'être autorisé à exercer sa profession en France; 5° interdiction aux sages-femmes d'opérer sans le concours d'un médecin d'autres accouchements que les accouchements naturels; 6° création d'un diplôme spécial pour les dentistes; 7° institution dans chaque ressort de tribunal d'un conseil de discipline pour les membres du corps médical, à l'exemple de la corporation des avocats.

Maladies des organes génito-urinaires. — M. le docteur J. Langlebert commencera le lundi 13 février, à une heure, dans le local de sa clinique, boulevard Saint-Germain, 93, une série de conférences de clinique thérapeutique sur les maladies des organes génito-urinaires.

Mortalité a Paris (5e semaine, du vendredi 27 janvier au jeudi 2 février 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2225910 habitants. — Nombre total des décès : 1289, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 11. — Rougeole, 21. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 64. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 9. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 59.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 190. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 74. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 78. — Bronchite aiguë, 56. — Pneumonie, 146. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 28; au sein et mixte, 32; inconnu, 8. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 107; de l'appareil circulatoire, 88; de l'appareil respiratoire, 115; de l'appareil digestif, 55; de l'appareil génito-urinaire, 28; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 3. — Morts violentes, 37. — Causes non classées, 11.

Conclusions de la 5e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1208 naissances et 1289 décès. — Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1281, 1182, 1179, 1265. Le chiffre de 1289 décès relevé dans le bulletin de ce jour est donc supérieur à chacun des chiffres des quatre dernières semaines. La comparaison avec la 4e semaine des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques fait ressortir : une atténuation pour la fièvre typhoïde (31 décès au lieu de 35 pendant la 4e semaine), la variole (11 au lieu de 15), la coqueluche (5 au lieu de 6), la diphthérie (74 au lieu de 50), l'érysipèle (4 au lieu de 7), l'infection puerpérale (9 au lieu de 10). Une aggravation pour la rougeole (21 au lieu de 13). Les décès par scarlatine ont atteint le même chiffre que durant la 4e semaine. En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la variole (23 malades reçus du 23 au 29 janvier au lieu de 31 entrés pendant les sept jours précédents), et supérieur pour la fièvre typhoïde (73 au lieu de 70) et pour la diphthérie (30 au lieu de 34).

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Leçons cliniques sur le traitement de la pneumonie, par M. le docteur Picot, professeur à la Faculté de Bordeaux. 1 vol. in-8. Paris, G. Masson. 3 fr.

L'attitude de l'homme au point de vue de l'équilibre, du travail et de l'expression, par M. le docteur Ad. Nicolas, médecin de 1re classe de la marine en retraite. 1 vol. in-8. Paris, G. Masson. 5 fr.

Contribution à l'étude de l'élongation des nerfs, par M. E. Wiet. 1 vol. in-8. Paris, Germer-Baillière et Ce. 4 fr.

Mémoires d'un microbe, par M. le docteur Wiart (de Caen). 2e édition, in-12. Paris, A. Coccoz. 2 fr.

L'obésité et son traitement, par M. le docteur de Saint-Germain. In-8. Paris, A. Coccoz.

Atlas des maladies des voies urinaires, par MM. Félix Guyon et P. Bazy. 2e livraison, petit in-4, contenant 10 planches chromolithographiques dessinées d'après nature et représentant les différentes affections des voies urinaires de grandeur naturelle. Paris, O. Doin. Prix de la livraison. 12 fr. 50
L'ouvrage sera complet en 10 livraisons.

Bibliothèque biologique internationale, publiée sous la direction de M. J. L. de Lanessan. — VI. *Le protoplasma considéré comme base de la vie des animaux et des végétaux*, par M. Hanstein, traduit de l'allemand. 1 vol. in-18. Paris, O. Doin. 2 fr.

— VII. *Les ferments digestifs, la préparation et l'emploi des aliments artificiellement digérés*, par M. William Roberts, traduit de l'anglais. 1 vol. in-18. Paris, O. Doin. 2 fr.

Manuel d'histoire naturelle médicale (botanique et zoologie), par M. J. L. de Lanessan. 3 vol. in-18, formant 2300 pages et contenant 1700 figures dans le texte. Ouvrage terminé. Paris, O. Doin. 26 fr.

Leçons de clinique externe, faites à l'hôpital de la Pitié (service du professeur Verneuil), par M. le docteur Torrillon, recueillies et rédigées par MM. Leroux et René Colin. 1 vol. in-8 de 161 pages. Paris, O. Doin. 4 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE EMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 16 février 1882.

L'attention des nombreux membres de l'Académie qui avaient pris part à l'élection dans la classe des associés libres avait été sans doute mise à rude épreuve, car il n'en est resté que quelques-uns pour entendre la lecture d'une note très importante de M. le professeur Regnauld. La discussion qui a suivi est à reprendre ; car bien que la question des dangers ou plutôt des inconvénients du chloroforme soit destinée, suivant la remarque de M. Verneuil, à revenir périodiquement, il serait peut-être plus utile d'en avancer la solution au lieu de la retarder toujours. Entre MM. Gosselin et Verneuil déclarant que les accidents de la chloroformation tiennent, non à l'agent anesthésique lui-même, mais à la manière dont cette opération est pratiquée ou aux prédispositions particulières des malades, et M. Maurice Perrin citant des cas indubitables de l'action funeste de chloroformes impurs qui, après rectification, ne produisirent plus d'accidents, il est difficile de se prononcer. Il serait donc avant tout nécessaire de définir en quoi consistent les impuretés du chloroforme. La parole est aux chimistes; pour aujourd'hui, M. Regnauld s'est borné à mettre en garde contre l'emploi d'un réactif, préconisé autrefois et très communément employé, le permanganate de potasse alcalinisé ; il a en effet montré que ce réactif pouvait pécher à la fois par excès et par défaut.

Du rétrécissement mitral pur.

I

On ne se souvient plus guère aujourd'hui des discussions auxquelles donna lieu, il y a une quarantaine d'années, la symptomatologie du rétrécissement mitral, ni des divergences qui se sont élevées au sujet des signes physiques de cette affection. La controverse s'est en quelque sorte éteinte faute d'objet du jour où l'on admit que cette lésion existe rarement isolée et que, le plus souvent, elle est associée à un état plus ou moins accusé d'insuffisance bicuspide. Comme, d'autre part, la distinction entre la sténose et l'insuffisance ne semble avoir qu'une médiocre importance au point de vue de la physiologie pathologique, que, par suite, l'évolution de ces deux lésions obéit à des lois à peu près identiques, les cliniciens cessèrent d'apporter une grande précision à ce diagnostic d'intérêt purement anatomique, pour ainsi dire; la formule compréhensive et fort commode de *maladie* ou mieux de *lésion* mitrale fut généralement considérée comme répondant d'une manière suffisante aux exigences de la clinique.

Certes, cette conception répond à la réalité dans la grande majorité des cas, et la lésion mitrale constitue le type habituel de la « maladie chronique du cœur ». Est-ce à dire cependant qu'on ne soit pas allé trop loin en ne laissant au rétrécissement mitral qu'une autonomie purement nominale, en lui réservant à peine une place à part dans la nosologie, comme le font, en théorie, maints auteurs classiques, les étrangers surtout, et, en pratique, la plupart des cliniciens?

A cet égard, nous assistons, dans notre pays du moins, à une tentative de réaction qui, commencée par M. Durosiez dans son intéressant mémoire des *Archives générales de médecine* (1877), s'est encore affirmée dans plusieurs thèses de notre École. Celles de M. Marshall (1879) et de Marien (1880), toutes deux élaborées dans le service de M. le professeur Hardy, quelque succinctes qu'elles soient, ont mis en relie certaines particularités cliniques qui valent d'être relevées.

A côté de la lésion double vulgaire, il semble exister un variété de rétrécissement mitral qui, à deux titres surtout étiologie et marche, mérite une description spéciale. Certes, les éléments d'une semblable étude nous font encore, pour la plupart, défaut; mais il n'en est que plus intéressant d'appeler l'attention sur quelques résultats inattendus qui sont en contradiction avec les opinions courantes.

II

C'est par les *données étiologiques* qu'il nous faut commencer, car ce sont les mieux établies.

Déjà Durosiez avait montré que le rétrécissement mitral pur est beaucoup plus fréquent chez la femme (46 femmes pour 15 hommes); ce fait est pleinement confirmé par toutes les statistiques consignées dans la thèse de M. Marshall, qu'a inspirée Landouzy. Sur 100 cas, Landouzy en trouve 85 chez la femme, 15 chez l'homme; Duckworth (*St. Barth. hosp. Reports*, t. XIII), 78 chez la femme contre 21 chez l'homme. Les observations personnelles à M. Marshall donnent 76 pour 100 de femmes. Enfin, en réunissant toutes les sta-

tistiques connues, on arrive aux chiffres suivants : 70 pour 100 de femmes, 30 pour 100 d'hommes.

Bien que toutes ces recherches n'aient pas été entreprises dans le même esprit et que plusieurs auteurs aient confondu les cas de lésion mitrale double avec ceux de rétrécissement mitral pur, il n'en ressort pas moins de cette enquête, qui porte sur un nombre considérable de faits, que cette dernière affection est beaucoup plus fréquente chez la femme. Sans doute, la plupart des cliniciens ont signalé une légère prédominance des lésions mitrales dans le sexe féminin, à l'inverse de ce qui se passe pour les lésions sygmoïdes ; mais aucun n'avait attribué au sexe une influence aussi marquée sur le développement de ces altérations.

On peut dire qu'en thèse générale, le rétrécissement mitral pur est une affection de la *femme jeune*, car il ne fait pas exception à la loi bien connue d'après laquelle les lésions mitrales appartiennent surtout aux premières périodes de la vie. Très souvent, il débute pendant l'enfance ; malheureusement nous manquons, sur ce point, de données précises ; cela tient évidemment à ce que le rétrécissement, plus encore que les autres affections organiques du cœur, pouvant passer inaperçu chez les jeunes sujets, la date de naissance en est souvent difficile à établir.

Le point le plus obscur de cette étude étiologique est celui qui concerne l'influence du rhumatisme et, en général, des maladies à localisations endocarditiques, sur la genèse du rétrécissement mitral. Tandis que Duckworth a trouvé des antécédents rhumatismaux dans 60 pour 100 des cas, et Durosiez dans 50 pour 100 environ, d'autres auteurs, et en particulier Hilton Fagge (*Reynold's Syst. of. medic.*, art. Cœur), Landouzy, Marshall admettent, avec Grisolle, que, le plus souvent, le rétrécissement mitral se développe lentement, sourdement, sans qu'on puisse démontrer à aucune époque l'existence d'accidents nettement rhumatismaux, ou de manifestations appartenant à l'arthritisme. Nous inclinerions volontiers vers cette conclusion ; mais, à cet égard, on ne saurait être trop réservé ; car rien n'est plus fréquent, on le sait, que les formes frustes ou larvées du rhumatisme dans l'enfance, depuis la chorée jusqu'au torticolis ou la congestion pulmonaire, par exemple. D'un autre côté, il est bien évident que tous les processus infectieux, les fièvres éruptives en particulier, peuvent revendiquer leur part dans l'étiologie de l'endocardite mitrale ; et telle lésion peut ne s'organiser qu'à la longue et, par suite, demeurer latente pendant des années, qui est née sous l'influence d'une de ces affections banales de l'enfance. Mais rien n'est moins connu, que les déterminations cardiaques des pyrexies comme la dothiénentérie.

En tout état de cause, la pathogénie du rétrécissement mitral n'en reste pas moins obscure : car, comment expliquer cette incontestable prédisposition du sexe féminin ? On est naturellement conduit à chercher la solution du problème dans l'anatomie et la physiologie spéciales de la femme, à incriminer, soit la grossesse, soit la menstruation.

S'il est vrai, comme l'a montré Durosiez, que les phénomènes morbides n'apparaissent souvent qu'après une grossesse, rien ne prouve que la gravidité ait été la cause déterminante de l'altération cardiaque ; d'ordinaire elle ne fait qu'accentuer une lésion, silencieuse jusqu'à ce moment.

Quant à l'explication que met en avant, sous toutes réserves d'ailleurs, M. Marshall, elle ne semble pas dénuée de toute vraisemblance. « La prédominance du rétrécissement mitral chez la femme peut, dit-elle, être rattachée à l'étroitesse relative de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et à la composition probablement particulière du sang pendant la durée de la vie sexuelle. » Dans cette théorie il faut considérer comme plus qu'hypothétique l'assimilation du sang de la femme pendant la période génitale au sang des rhumatisants, en raison de son alcalinité moindre. Mais la considération anatomique qu'invoque M. Marshall a plus de valeur. Bizot a en effet montré que l'orifice mitral est à l'état normal plus étroit chez la femme que chez l'homme ; d'où une exagération de la pression sanguine en ce point, qui deviendrait par suite le lieu d'élection des processus inflammatoires ou dégénératifs.

Cette particularité est d'autant plus intéressante que la sténose de l'aorte près de son origine cardiaque, est, elle aussi, fréquente dans le sexe féminin, donnée sur laquelle Virchow a édifié sa théorie de la chlorose. Si cette dernière maladie est, en partie du moins, d'origine congénitale, bien qu'elle ne s'accuse qu'au moment de la puberté, pourquoi n'en serait-il pas de même de cette variété de rétrécissement mitral dont, comme nous allons le voir, la latence prolongée est aussi le trait clinique dominant, et qui offre avec la chlorose plusieurs caractères communs ?

III

Il est généralement admis que le rétrécissement mitral ne peut rester longtemps méconnu, qu'il se traduit de bonne heure par divers signes fonctionnels qui appellent l'attention sur l'état du cœur, et qu'enfin il donne lieu assez rapidement à des manifestations asystoliques. La mort surviendrait en quelques années, six ou sept au plus. Ce tableau n'est-il pas plus sombre que la réalité, en ce qui concerne du moins le rétrécissement mitral pur, et d'autre part, le diagnostic de l'altération organique est-il toujours aussi facile qu'on le prétend ?

Bien des observations prouvent que la lésion peut rester latente pendant de longues années ou ne produire que des troubles circulatoires passagers, fugaces, tels qu'essoufflement, palpitations légères, épistaxis (Durosiez), phénomènes en quelque sorte banaux chez la jeune fille, aux approches de la puberté. Souvent, il est vrai, des signes pulmonaires plus accusés, une tendance à la bronchorrhée, des hémoptysies peu abondantes et répétées font songer à une maladie du cœur. Mais, dans ces conditions mêmes, combien l'erreur de diagnostic est fréquente !

Chez une jeune fille, au début de la période sexuelle, les règles disparaissent pendant quelques mois ou éprouvent de longs retards ; la malade pâlit, prend le facies chlorotique, s'essouffle facilement, s'enrhume au moindre changement de température, se plaint d'une expectoration assez abondante ; lorsqu'à ces symptômes s'ajoutent des hémoptysies, on pense nécessairement à un début de tuberculose. Comme l'auscultation révèle du côté du poumon l'existence de petits foyers de râles fins, cette hypothèse semble acquérir un haut degré de vraisemblance, d'autant plus que l'examen physique du cœur reste à peu près négatif, et que l'on peut mettre sur le compte de troubles purement fonctionnels, relevant d'un certain degré de nervosisme, des signes stéthoscopiques peu accusés. Ainsi est constituée, pour me servir de l'expression de M. G. Sée, une affection cardiaque larvée, à forme dyspnéique ou hémoptoïque, et cette jeune fille, chez qui, d'ailleurs, les phénomènes généraux des affections cardiaques font presque tous défaut, pourra être traitée comme tuberculeuse pendant des années. Car, en dépit des considérations toutes théoriques de physiologie pathologique qui refusent à

l'oreillette gauche une action durable de compensation, cette période en quelque sorte fruste peut durer fort longtemps, pourvu que les conditions hygiéniques soient favorables et qu'une médication inopportune ne soit pas instituée.

Mais cet équilibre forcément instable vient à se rompre et les choses changent entièrement de face, dès que le cœur est accidentellement surmené. Tel est le cas pour l'homme dont la vie est déréglée ou la profession fatigante; et ainsi s'expliquent sans doute la gravité plus grande et la marche plus rapide de l'affection dans le sexe masculin. Telle est, surtout, l'influence de la grossesse; et bien des accidents gravido-cardiaques, attribués généralement à une hypertrophie fonctionnelle du cœur, doivent être rapportés à cette variété de rétrécissement mitral, restée totalement ou à peu près latente jusqu'à la grossesse.

Du moment où le cœur est forcé, tous les accidents généraux des lésions mitrales se produisent successivement; mais c'est le plus souvent par des manifestations dyspnéiques intenses ou des hémoptysies très abondantes que s'ouvre la période asystolique. Peu à peu le cœur se dilate, une insuffisance secondaire se développe; dès lors la lésion mitrale double est constituée avec sa physionomie clinique habituelle et le médecin qui verra le malade pour la première fois ne pourra qu'en affirmer l'existence, sans soupçonner quelle a été la marche du processus morbide. C'est ce qui explique que cette variété de rétrécissement mitral ait été si souvent méconnue et que par suite la nosographie en soit encore fort imparfaitement élaborée.

Dreyfus-Brisac.

La protection des enfants du premier âge.

M. Théophile Roussel, l'auteur de la loi du 23 décembre 1874 concernant la protection des enfants du premier âge, vient de présenter à M. le ministre de l'intérieur le second rapport concernant l'application de cette loi; on le trouvera reproduit dans le *Journal officiel* du 2 février. Nous voudrions pour ceux qui ne pourront en prendre une connaissance complète, faire connaître les principaux renseignements fournis par ce remarquable rapport dont l'intérêt, on le conçoit, est si grand pour la médecine publique.

Pour la première fois depuis plus de sept ans que la loi est promulguée, le Comité supérieur a la satisfaction de pouvoir dire, suivant les propres expressions de M. Théophile Roussel, que dans l'ensemble de la France, à mesure que l'importance des services que notre population doit retirer de la protection se révèle par des résultats appréciables, les crédits du nouveau service se sont élevés, comme d'eux-mêmes, au niveau des besoins. Dès aujourd'hui, deux faits sont incontestablement acquis, à savoir : 1° l'existence d'un nombre de nourrissons à protéger, grossissant, pour ainsi dire, à mesure que les constatations sont mieux faites et qui dépasse le chiffre maximum de 100000, présumé lors du vote de la loi; 2° la mortalité de ces nourrissons en décroissance déjà sensible partout où la surveillance de l'autorité publique et la guerre aux pratiques funestes à la première enfance ont été suffisamment armées et actives; c'est ainsi que M. le préfet de la Seine-Inférieure, par exemple, affirme que la mortalité des enfants soumis à la surveillance de la loi Roussel ne s'est élevée qu'à 7,76 pour 100, inférieure du double et même du triple à celle qui frappe les enfants nourris au sein ou au biberon chez leurs parents. Cette double constatation domine, en effet, l'état actuel de l'exécution, si longtemps retardée, de cette loi, car elle montre, d'une part, les bénéfices d'une recherche mieux poursuivie de « tout enfant âgé de moins de deux ans, qui est placé, moyennant salaire, en sevrage ou en garde, hors du domicile de ses parents » ; et, d'autre part, elle met bien en évidence les avantages de l'inspection rationnelle et organisée, qui a été le but principal du législateur. S'il s'agit, comme le disait M. Bergeron dans un rapport au Congrès international d'hygiène de Paris, de ne pas laisser perdre annuellement à la France 120000 enfants du premier âge, s'il importe à tout prix qu'on ne puisse plus dire que la mortalité des nouveau-nés est assez élevée pour qu'un enfant qui naît ait moins de chances qu'un homme de quatre-vingt-dix ans de vivre une semaine, et moins de chances qu'un octogénaire de vivre un an, ce ne peut être que par un service d'assistance suffisamment rémunéré et dont la compétence soit indiscutable que cette désolante situation peut disparaître. Des allocations budgétaires en rapport avec les besoins de ce service, une facile et complète organisation de l'inspection médicale, tels sont les deux éléments de succès.

C'est principalement de l'insuffisance budgétaire actuelle du service de protection que M. Théophile Roussel s'occupe dans son dernier rapport, réservant pour un rapport qu'il espère pouvoir présenter avant la fin de 1882, l'examen de l'organisation même du service. Les dépenses du service de protection se partagent par moitié entre l'État et les départements intéressés, et c'est l'État qui fixe, tous les trois ans, les bases de la répartition à faire entre les départements d'origine des enfants et ceux où les enfants sont placés; afin de diminuer les charges des départements de placement, le ministre a décidé que ceux-ci contribueraient, non plus pour la moitié, mais dans la proportion d'un quart seulement de la dépense et que les départements d'origine auraient à en supporter les trois quarts; cette situation, plus équitable, mais contre laquelle s'élevaient encore certains départements prétextant de l'absence d'industrie nourricière sur leur territoire, a eu le mérite inattendu de faire reconnaître que cette industrie s'exerce en réalité partout et que, dans les pays qui comptent le moins de nourrissons étrangers, placés, moyennant salaire, hors de portée de leurs parents, l'application de la loi rend encore de grands services par la guerre qu'elle permet de faire aux pratiques vicieuses si répandues et si funestes au premier âge de la vie.

Mais ce que le comité a voulu surtout signaler à M. le ministre, c'est la nécessité d'allouer une somme suffisante pour permettre de tenir d'une façon complète le système de « comptabilité en nature », exigé par la loi, et d'organiser dans tous les départements la statistique annuelle de la mortalité des enfants, dont la loi a également édicté l'obligation. Actuellement, en effet, le travail, très considérable dans certains pays, qui comprend l'inscription des nourrissons, les avis de placement aux médecins inspecteurs, la délivrance des certificats aux nourrices, la correspondance, etc., est si peu rémunéré que les secrétaires de mairie auxquels il incombe ne peuvent y donner des soins suffisants; aussi le comité propose-t-il de leur allouer désormais 2 francs par nourrisson, lorsqu'il y a moins de 10 nourrissons dans la même commune; 1 franc par nourrisson au-dessus de 10 jusqu'à 100 nourrissons et 50 centimes au-dessus de 100 nourrissons. Quant à la statistique de la mortalité, il résulte de calculs basés sur son exécution partielle dans un certain nombre de départements, exécution dont les résultats seront prochainement connus, qu'elle épuiserait à elle seule les allocations actuelles du ser-

vice tout entier de la protection. Aussi conviendrait-il désormais, pour assurer à l'exécution de la loi l'étendue que sept années de tâtonnements permettent de considérer comme strictement indispensable, d'en porter la dépense au chiffre de 2000000 de francs, soit une augmentation du double sur l'exercice précédent; la part de l'État et celle des départements étant également divisée, c'est une augmentation de crédit de 500 000 francs que le comité sollicite de l'administration; nous savons que la semaine dernière celle-ci s'est engagée à la demander au Parlement. Quant aux départements, il convient de remarquer que, si cinq conseils généraux votent encore des crédits insuffisants, on n'en compte plus que cinq qui persistent à refuser leur participation.

Nous ne poursuivrons pas plus longtemps l'examen de ces détails budgétaires qui montrent tout au moins quelques-unes des difficultés de l'application de la loi Roussel, et nous examinerons brièvement comment fonctionne l'inspection médicale qui en doit être le rouage le plus essentiel. Aux termes de l'article 5 de la loi, dans les départements où l'utilité d'établir une inspection médicale des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde est reconnue par le ministre de l'intérieur, le comité supérieur consulté, un ou plusieurs médecins sont chargés de cette inspection; la nomination de ces inspecteurs appartient aux préfets. De fait, aujourd'hui cette inspection est plus ou moins complètement organisée dans 46 départements et, comme on devait s'y attendre, elle donne surtout des résultats dans ceux où le service des enfants assistés et celui de la protection ont été confiés aux mêmes personnes et à des médecins. Mais il faut encore reconnaître qu'en cette circonstance comme en tant d'autres, les avantages pour le corps médical sont bien loin de répondre aux sacrifices qu'il a acceptés et sa situation pécuniaire et morale n'en acquiert qu'un accroissement bien insuffisant. L'un des inspecteurs de ce double service, M. le docteur Coriveaud (de Blaye), a récemment insisté sur les difficultés qu'éprouve le médecin dans l'exercice de ces nouvelles fonctions, difficultés qu'on peut résumer ainsi : dépendance trop étroite vis-à-vis des commissions locales, rémunération insuffisante.

Le législateur de 1874, frappé des efforts tentés par un grand nombre de sociétés charitables, et désireux d'intéresser à son œuvre toutes les classes de la population, avait cru devoir mettre la vie des enfants du premier âge sous la protection de commissions associant, dans chaque commune, divers éléments charitables et susceptibles de se livrer à une propagande en faveur de l'hygiène bien entendue des nouveau-nés; cette tentative n'a évidemment pas réussi et il conviendrait d'en cesser l'exécution. Si l'on veut que l'inspecteur n'éprouve aucune entrave dans l'exercice de ses fonctions et qu'il soit à l'abri des mesquines taquineries de village, il importe de ne pas l'exposer à voir discuter légalement ses actes par des personnes toujours incompétentes, sinon quelquefois mal intentionnées; ces commissions locales, déclare M. Coriveaud, n'ont rien fait, ou quand elles ont usé des pouvoirs que la loi leur confère, elles ont entravé la mission du médecin, ruiné son crédit, annihilé son initiative.

On sait déjà à combien de jalousies un médecin occupant un poste administratif, quelque inférieur qu'il puisse être, est déjà en butte dans les petites villes de province, pour qu'il soit nécessaire de ne pas lui en créer de nouvelles de la part des « importances de clocher » qui ont pu s'introduire dans les commissions de contrôle. Mais si, d'autre part, il n'est pas moins nécessaire que le contrôle s'exerce et que les conflits possibles entre les municipalités et les inspecteurs soient soumis à une autorité spéciale, pourquoi donc ne pas charger les conseils et les commissions d'hygiène publique et de salubrité de surveiller l'exécution de cette loi? Ceux-ci, nous l'avons déjà dit ici, ont un fonctionnement si défectueux qu'on peut comprendre que les législateurs de 1874 n'aient pas songé à leur confier cette nouvelle branche de l'assistance, et que, cette fois comme pour tant d'autres, on a oublié qu'ils offraient toutes les garanties nécessaires, qu'ils répondaient parfaitement au cadre d'attributions dont on a voulu charger des commissions nouvelles. Mais si l'on veut donner à la médecine publique toute la puissance d'action qu'elle comporte et que le décret du 18 décembre 1848 permettait d'espérer, ce n'est pas en agissant ainsi qu'on y parviendra et qu'on pourra obtenir la réalisation des services que partout autour de nous les peuples étrangers s'empressent d'organiser. Pourquoi éparpiller de tous côtés les attributions et les services? Créer deci delà des commissions consultatives nombreuses, dont les pouvoirs, trop limités, ne peuvent donner à leurs membres qu'une autorité bien restreinte et surtout augmenter le nombre des agents chargés de l'exécution des mesures prescrites, sans pouvoir leur accorder une situation en rapport avec les services qu'on leur réclame? Les rapports du médecin inspecteur de la protection du premier âge sont, dans bien des cas, des plus délicats avec ses confrères, lorsqu'on objecte, par exemple, aux conseils qu'il donne telle ou telle indication formulée par l'un de ceux-ci; et les émoluments qui lui sont accordés sont si insuffisants, que l'on ne peut s'empêcher de reconnaître la nécessité de faire rentrer quelque jour ce service parmi ceux qui devront être entre les mains des inspecteurs de la santé publique, intermédiaires entre les conseils d'hygiène et l'administration, et pouvant se livrer exclusivement à l'accomplissement de leurs fonctions. Nous ne prendrons pour preuves à l'appui de cette manière de voir que ce passage caractéristique du rapport de M. Roussel : Là où le service de la protection a pu s'adapter à un service déjà organisé de médecine gratuite pour les pauvres et d'assistance médicale dans les campagnes, l'inspection médicale des nourrissons s'est généralement établie sans difficultés et les inspecteurs ont pu se contenter des rétributions les plus minimes; parfois même ils ont accepté cette charge nouvelle à titre gratuit. Mais ce sont de bien rares exceptions, et c'est pourquoi il nous est impossible de ne pas appeler de tous nos vœux, comme en 1880, le moment où toutes les parties de la France seront en possession d'un service de médecine publique comprenant, avec la constatation des naissances et des décès, les services de l'hygiène générale, des épidémies, des endémies, de la vaccine, du traitement des pauvres à domicile et de l'inspection des nourrissons.

Tels sont les points les plus importants examinés dans le dernier rapport du Comité supérieur de protection des enfants du premier âge; quelques réserves et quelques discussions qu'on puisse élever à l'égard de certains détails, il faut reconnaître qu'en somme la loi de 1874 est aujourd'hui presque partout en pleine voie d'exécution; ses bienfaits ne se sont pas fait attendre et l'on doit souhaiter à son auteur, comme à tous ceux qui ont charge de sa mise en œuvre et au corps médical tout entier, si intéressé dans la question, qu'elle réponde bientôt complètement à son but, qui est de renseigner le pays sur l'un des faits les plus importants de son économie sociale et de lui garantir la source même de sa vitalité et de sa prospérité.

A.-J. Martin.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie pathologique.

Recherches expérimentales et cliniques sur l'inhibition et la dynamogénie. — Application des connaissances fournies par ces recherches aux phénomènes principaux de l'hypnotisme, de l'extase et du transfert, par M. Brown-Séquard.

(Suite. — Voy. les numéros 3, 4 et 5.)

IV

Relations de l'inhibition et de la dynamogénie. — Les diminutions et les augmentations de puissance ou d'activité coexistent généralement sinon même toujours. La même excitation d'un point du système nerveux, qui, se propageant à distance, produit l'inhibition d'une propriété ou d'une activité dans certaines parties des centres nerveux, dans certains nerfs et dans certains muscles, d'une moitié du corps, produit aussi de la dynamogénie dans les parties homologues de l'autre moitié. Ceci a lieu quand la lésion excitatrice est unilatérale. Lorsque l'excitation porte à la fois sur les deux moitiés du corps, comme, par exemple, lorsqu'on fait une piqûre sur la ligne médiane, au niveau du bec du calamus, au bulbe rachidien, les effets inhibitoires se montrent dans certains organes et les effets dynamogéniques dans des organes différents. C'est ainsi, comme je le ferai voir tout à l'heure, que pendant que les puissances d'action de l'encéphale tout entier sont alors plus ou moins complètement inhibées, j'ai trouvé que les nerfs et les muscles du tronc et des membres, ainsi que la moelle épinière comme centre réflexe, sont plus ou moins dynamogéniés. Dans les cas d'excitation unilatérale, il arrive très souvent que dans une moitié du corps des effets inhibitoires se montrent dans des parties plus ou moins voisines d'autres où, au contraire, c'est de la dynamogénie que l'on constate. Il y a alors, comme dans les cas précédents, une sorte de rupture d'équilibre dans le degré d'énergie des propriétés ou dans les activités de diverses parties des systèmes nerveux et musculaire, rupture qui se manifeste par la perte ou la diminution de puissance dans certains points et l'augmentation de puissance dans d'autres. C'est une question non encore résolue de savoir si ce qui se perd dans un point n'est pas ce qui se montre en excès dans un autre et si, en réalité, il n'y a pas tout simplement un déplacement de force. Je ne le crois pas, car dans de nombreuses expériences il y a eu, en apparence au moins, bien plus de perte que de gain dans certains cas et l'inverse dans d'autres. Il est probable que c'est par une simple transformation de force là même où l'inhibition et la dynamogénie se produisent que ces changements dynamogéniques ont lieu.

Exemples de production simultanée d'inhibition et de dynamogénie. — Le plus remarquable de tous les faits de ce genre est celui que l'on observe quelquefois chez des animaux tués par une piqûre du bulbe rachidien, au niveau du bec du calamus. Cette partie est celle qui a le plus de puissance à cet égard, mais elle est loin d'être la seule qui soit capable de produire l'espèce particulière de mort dans laquelle il y a à la fois perte soudaine des activités cérébrales, cessation de toute respiration et arrêt des échanges entre les tissus et le sang. Il y a bien longtemps que j'ai trouvé que cette singulière espèce de mort peut être produite, chez les animaux, soit par une lésion des parties voisines du bec du calamus (surtout au point d'insertion des racines supérieures du spinal ou des autres parties de la base de l'encéphale, ou aussi du cervelet), soit par des irritations soudaines du nerf grand sympathique abdominal. Dans nombre de cas de mort par pendaison, par strangulation, par submersion ou par la guillotine, les phénomènes si intéressants de l'espèce spéciale de mort dont je m'occupe, ont été observés chez l'homme, sans être compris ou expliqués. Mais c'est surtout dans les morts subites qui ont lieu chez l'homme sous l'influence d'une lésion traumatique du tronc ou des membres, que ces phénomènes se montrent. La mort subite par émotion rentre sans doute dans cette catégorie. L'étude des divers phénomènes si curieux de cette espèce particulière de terminaison soudaine de la vie ne serait, certes, pas à sa place ici : je me bornerai conséquemment aux effets inhibitoires et dynamogéniques. L'inhibition se montre alors dans l'encéphale et dans les parties de la moelle épinière qui, avec l'encéphale, servent aux mouvements respiratoires. Les diverses activités du cerveau, qui se manifestent pendant l'état de veille, disparaissent et il y a perte de connaissance, de volonté, de l'action des sens et de la sensibilité; il y a, en outre, perte de la faculté réflexe et même souvent de l'excitabilité motrice de la base de l'encéphale et cessation de la respiration. Quelquefois il y a aussi une inhibition plus ou moins complète du cœur.

Des effets tout opposés se montrent ailleurs : j'ai trouvé que l'excitabilité des nerfs et des muscles dans les appareils respiratoire et locomoteur est considérablement augmentée. Les nerfs phréniques, les nerfs sciatiques et brachiaux, agissent sous l'influence d'excitations, trop faibles pour les mettre en jeu, soit chez des animaux vivants, soit chez ceux qui ont cessé de vivre par d'autres causes que celle existant dans ce cas spécial. De plus ces nerfs conservent leur excitabilité deux ou trois fois plus (et même davantage encore) qu'après la mort par d'autres causes. Ce que je viens de dire des nerfs est aussi ce que l'on observe pour le diaphragme et pour les muscles des membres et du tronc. On sait que chez les guillotinés l'irritabilité musculaire dure aussi très longtemps. J'en ai eu la preuve chez deux suppliciés que M. Gosselin a bien voulu faire mettre à ma disposition, en 1851. J'ai constaté chez tous les deux, bien que ce fût au cœur de l'été, la persistance de l'irritabilité musculaire treize heures et même, dans quelques points, treize heures et demie après la décapitation. Chez les animaux dont on a piqué le bulbe et qui meurent soudainement sans convulsions et avec arrêt des échanges entre les tissus et le sang, il y a en outre, le plus souvent, une notable augmentation de la faculté réflexe et de l'excitabilité motrice de la moelle épinière, cet organe étant ainsi dynamogénié en même temps que les muscles et les nerfs.

J'ai trouvé depuis plusieurs années déjà un autre exemple, très remarquable aussi, de production simultanée de dynamogénie et d'inhibition, sous l'influence d'une même cause. Si l'on écrase la tête d'un mammifère, de manière à ce que la partie postérieure de l'occipital coupe le bulbe rachidien, il se produit une telle augmentation de force dans le renflement lombaire de la moelle épinière que des convulsions d'une violence extrême surviennent immédiatement, durent longtemps (de vingt à quatre-vingt secondes ou même plus) et sont suivies non d'un état d'épuisement, mais, au contraire, d'une persistance remarquable de la faculté réflexe. J'ai vu celle-ci durer une minute et même une minute et demie après le dernier mouvement convulsif. Au contraire le renflement cervico-dorsal de la moelle épinière est influencé de façon à perdre plus ou moins complètement sa faculté réflexe et son excitabilité motrice. Il est rare qu'après l'écrasement de la tête il y ait plus qu'un très léger mouvement dans les membres thoraciques et quelquefois il n'y a absolument aucun mouvement. Si l'on pince les doigts de ces membres on n'observe en général aucune trace de réaction motrice. Le renflement cervico-dorsal est donc inhibé pendant que le renflement lombaire est dynamogénié. Ce n'est pas tout : les muscles et les nerfs des membres thoraciques ont une notable augmentation de leur excitabilité quant à son degré et à sa durée. Les membres postérieurs aussi ont souvent, malgré la violence des convulsions, un degré considé-

rable d'excitabilité de leurs nerfs et de leurs muscles et une très longue durée de cette excitabilité.

Si la base de l'encéphale peut, comme le montre l'expérience précédente, déterminer de la dynamogénie dans la portion de la moelle épinière qui donne origine aux nerfs des membres abdominaux, nous trouvons que cette portion de moelle peut, au contraire, être inhibée dans d'autres expériences, en même temps que de la dynamogénie se produit dans les nerfs et dans les muscles de ces membres. Dans un mode particulier d'expérience, j'ai obtenu souvent ces derniers effets. Si j'écrase la partie supérieure de la moelle lombaire, en évitant de léser le renflement d'origine des nerfs des membres pelviens, je constate le plus souvent que l'excitation produite par l'écrasement n'engendre aucun mouvement et que je ne puis pas produire de manifestation réflexe dans ces membres. Il y a donc d'ordinaire alors inhibition des propriétés motrices du renflement lombaire, mais en même temps, on peut constater que l'excitabilité des nerfs moteurs et des muscles dans ces membres est augmentée d'une manière plus ou moins notable. On trouve ensuite que la durée de cette excitabilité est accrue et que la rigidité cadavérique paraît tard et dure plus longtemps, ce qui montre clairement qu'il se produit alors de la dynamogénie dans les nerfs moteurs et dans les muscles.

L'irritation causée par la section d'un des nerfs sciatiques ou d'une moitié latérale de la moelle épinière ou de la base de l'encéphale, peut produire simultanément aussi des phénomènes inhibitoires et dynamogéniques, les uns d'un côté, les autres de l'autre. C'est ainsi que la section d'un des nerfs sciatiques augmente, en général, l'excitabilité des prétendus centres moteurs de la surface cérébrale du côté correspondant, en même temps qu'elle diminue l'excitabilité des parties homologues du côté opposé. Des effets analogues et d'ordinaire plus énergiques s'observent après la section transversale d'une moitié latérale de la moelle épinière et surtout du bulbe rachidien ou de la protubérance annulaire.

Il arrive même, mais cela est moins fréquent, que la section transversale d'un pédoncule cérébral produit des effets analogues (1). Je ne puis m'empêcher de faire remarquer en passant combien est fausse la doctrine fondée sur le fait que l'excitation de certains points de la surface cérébrale détermine des mouvements dans les membres du côté opposé. Il est clair que si, comme on le croit, les mouvements qui se produisent alors dépendaient d'un mécanisme semblable à celui qu'on suppose exister pour les mouvements volontaires, la section d'une moitié latérale de la protubérance annulaire à sa partie supérieure et surtout la section du pédoncule cérébral (et même celle d'une moitié latérale du bulbe au-dessus de l'entre-croisement des pyramides) devraient être suivies, sinon de la perte complète de la puissance d'action des prétendus centres moteurs des membres du côté opposé, mais au moins d'une diminution marquée de cette puissance. Or, nous voyons que ces hémisections de la base de l'encéphale augmentent cette puissance. Ce fait est décisif contre les théories admises à l'égard des prétendus centres psycho-moteurs.

Les mêmes sections, soit du sciatique, soit de certaines parties du centre cérébro-rachidien, produisent aussi des effets inhibitoires et dynamogéniques sur d'autres organes que le cerveau. Très fréquemment la section d'un des sciatiques inhibe ou dynamogénie les propriétés motrices de la moelle épinière, celles de la base de l'encéphale et celles des nerfs et des muscles des membres et du tronc. J'ajoute que toute irritation d'un des côtés du corps et surtout là où la sensibilité est très vive, comme à la peau, détermine souvent, sinon toujours, des changements consistant en une augmentation de puissance dans certains points et une diminution dans d'autres. Les centres nerveux, comme les nerfs et les muscles dans l'organisme entier, peuvent ainsi être modifiés dans leurs propriétés et secondairement dans leurs actions normales ou morbides, par une irritation qui peut n'être que très légère. Dans tous ces cas nous voyons apparaître de l'inhibition dans un point, et de la dynamogénie dans le point correspondant de l'autre côté.

Degré que peuvent atteindre l'inhibition et la dynamogénie. — Les irritations que l'on exerce mécaniquement ou par des changements chimiques ou thermiques de certains points de l'organisme peuvent produire le maximum de l'inhibition. Ainsi, le cœur peut être inhibé de telle façon que non seulement ses mouvements rhythmiques cessent, mais que son irritabilité musculaire elle-même disparaisse soudainement et définitivement. De même le cerveau peut perdre tout à coup ses puissances d'action et ne plus les recouvrer, quoi qu'on fasse. L'inhibition peut donc être absolue et persister. C'est ainsi que certaines paralysies absolument complètes durent toujours. La dynamogénie, à cet égard, diffère de l'inhibition : elle est sans limites. Elle peut atteindre une intensité vraiment prodigieuse. Nous en trouvons un exemple excellent dans nombre de cas d'hyperesthésie, chez l'homme comme chez les animaux. J'ai souvent entendu des mammifères pousser des cris de douleur au moindre contact d'une patte hyperesthésique à la suite de certaines lésions de la moelle épinière. Dans un cas d'irritation spinale causée par un coup sur la tête, l'hyperesthésie tactile était telle à la colonne vertébrale que le malade sentait les deux points de l'œsthésiomètre, même lorsqu'elles se touchaient presque (à 1/2 millimètre sinon moins), c'est-à-dire que la sensibilité était de *plus de cent fois* celle de l'état normal. Le nerf phrénique et le diaphragme, chez le lapin, peuvent être dynamogéniés à tel point, sous l'influence de l'irritation du bulbe rachidien, que leur excitabilité était *six fois, au moins*, celle que l'on constate au nerf phrénique, chez cet animal, à l'état normal. En effet, si je prends le cas d'un lapin exceptionnellement vigoureux et chez lequel le nerf phrénique a montré le maximum d'excitabilité que j'aie constaté après la mort par ouverture du thorax, je trouve que le plus grand éloignement de la bobine mobile (dans l'appareil à chariot), permettant la mise en jeu du nerf phrénique était de 44 centimètres, tandis que j'ai pu mettre en jeu ce nerf chez les lapins tués de la même manière, mais soumis préalablement à une influence dynamogénique, lorsque l'éloignement de la bobine mobile était de 105 à 110 centimètres. Or, bien que nous ne sachions pas exactement quels sont les degrés de l'excitation produite dans ces deux cas, nous savons, néanmoins, que l'on a une approximation en prenant le carré de ces chiffres. Le degré d'excitabilité du nerf normal peut ainsi être représenté par $44 \times 44 = 1936$, et le degré de l'excitabilité du nerf le plus dynamogénié peut être représenté par $110 \times 110 = 12100$, d'où il suit que l'excitabilité du premier nerf était à celle du second comme 1936 à 12100, c'est-à-dire moins que le sixième. J'ajoute que ce degré si excessif d'excitabilité du nerf phrénique est supérieur et de

(1) L'intérêt, je pourrais, je crois, dire l'importance de ces recherches me conduit à faire au texte les courtes additions suivantes : 1° ce n'est pas à un changement dans la circulation cérébrale qu'est dû le changement, — en plus d'un côté, en moins de l'autre — qu'on observe après les lésions dont j'ai parlé (au sciatique, à la moelle épinière, à l'encéphale), car on obtient les mêmes effets après avoir coupé les deux nerfs grands sympathiques cervicaux, et paralysé conséquemment les vaisseaux du cerveau et surtout ceux de sa surface ; 2° il arrive quelquefois, mais très rarement, que l'augmentation de puissance des centres moteurs, se manifeste du côté opposé à celui de la lésion (au sciatique ou ailleurs), tandis que de l'inhibition se montre du côté correspondant ; 3° il n'est pas rare que la zone motrice du côté opposé, bien qu'inhibée en grande partie, soit dynamogéniée dans quelques points, de telle sorte qu'à côté de parties dont l'excitabilité est diminuée ou même perdue, on en trouve d'autres dont l'excitabilité est plus ou moins considérablement accrue ; 4° la ligature préalable des carotides n'a aucune influence sur les effets des lésions irritatrices dont j'ai parlé, c'est-à-dire les changements d'excitabilité des prétendus centres moteurs ; 5° j'ai quelquefois constaté que si l'on excite, énergiquement, par le galvanisme, le côté de la surface cérébrale où l'on a produit de l'inhibition dans les expériences ci-dessus, on inhibe les centres moteurs du côté opposé, là où il y avait de la dynamogénie. Cet effet ne dure pas ordinairement, et non seulement l'excitabilité revient bientôt, mais elle acquiert de nouveau le degré souvent excessif d'intensité qu'elle avait avant la galvanisation.

beaucoup au maximum d'excitabilité des nerfs moteurs de la grenouille (1).

Je vais maintenant montrer que les principaux phénomènes de l'hypnotisme, tels qu'ils ont été exposés par Braid, sont des phénomènes d'inhibition et de dynamogénie.

(*A suivre.*)

Pathologie médicale.

RECHERCHE DE LA GLYCOSURIE CHEZ LES PALUDIQUES. PREMIÈRE SÉRIE D'EXAMENS RESTÉS NÉGATIFS, par M. le docteur F. SOREL, médecin-major de 1re classe.

(Fin. — Voyez numéro 6.)

XIII. — Chloro-anémie cachectique succédant à la cachexie, avec infiltration; souffle continu au cou. Accès le 18 décembre, vers onze heures du matin.

Le 18, soir, temp., 38°,9; urine colorée, acide, sans sucre.

Le 19, matin, temp., 37°,4; urine colorée, acide, sans sucre.— Le soir, temp., 39°,6; urine colorée, acide, sans sucre.

Le 20, matin, temp., 38°,6; (de la nuit) urine colorée, acide, sans sucre.— Le soir, temp., 41°,2; urine colorée, acide, sans sucre.

Le 21, matin, temp., 37°,4; (de la nuit) urine colorée, acide, sans sucre. — Le soir, temp., 36°,8; urine colorée, acide, sans sucre.

XIV. — Anémie simple. Accès le 7 décembre. Examen négatif.

XV. — Anémie simple. Accès le 18 décembre. Examen négatif.

XVI. — Anémie simple. Accès le 8 décembre. Examen négatif.

XVII. — Anémie simple. Accès le 20 décembre. Examen négatif.

XVIII. — Anémie simple. Accès les 16 et 17 décembre. Examen négatif.

XIX. — Arrive légèrement cachectique le 5 décembre; se relève très rapidement, aucun souffle; anémie simple; lors d'un accès, survenu le 24 décembre, examen négatif de l'urine.

XX.— Anémie marquée. Accès le 15 décembre. Résultats négatifs.

XXI. — Gou..., détenu de l'atelier n° 4, vingt-six ans, en Algérie de la fin de l'année 1880, contracte la fièvre en août 1881, arrive à Sétif le 21 novembre. Anémie palustre marquée; souffle continu au cou. Accès le 18 décembre, vers onze heures du matin.

Le 18, soir, temp., 40°,8; urine ambrée foncée, acide, sans sucre.

Le 19, matin, temp., 36°,2; urine ambrée pâle, acide, sans sucre. — Le soir, temp., 41°,9; urine ambrée pâle, faiblement acide, sans sucre.

Le 20, matin, temp., 38°,3; (de la nuit) urine ambrée pâle, faiblement acide, sans sucre. — Le soir, temp., 39 degrés; urine ambrée pâle, neutre, sans sucre.

Le 21, matin, temp., 36°,6; (de la nuit) urine ambrée, acide, sans sucre. — Le soir, temp., 36°,5; urine colorée (urates), acide, sans sucre.

XXII. — Anémie; pas de souffle au cou; l'urine, examinée le 15 décembre, au quatrième accès d'une rechute, n contient pas de sucre.

XXIII. — Vend...., cinquante-deux ans, détenu de l'atelier n° 4, condamné à la veille de sa retraite, a fait un premier séjour en Algérie de 1850 à 1869. Accès cette dernière année seulement. Revenu en 1878, contracte la fièvre aux Portes-de-Fer en août 1881, arrive à Sétif le 28 novembre. Accès à l'entrée; anémie simple; pas de souffle au cou.

Le 16 décembre, rechute pour la onzième fois depuis août dernier. Accès au petit jour; l'urine n'est pas sucrée. Accès plus marqué le 18.

Le 18, soir, temp., 40°,1; urine pâle, acide, sans sucre.

Le 19, matin, temp., 38°,2; urine pâle, acide, sans sucre. — Le soir, temp., 39°,2; urine pâle, acide, sans sucre.

Le 20, matin, temp., 37°,3; (de la nuit) urine ambrée, neutre, sans sucre. — Le soir, 38°,1; urine pâle, faiblement acide, sans sucre.

Le 21, matin, temp., 36°,6; (de la nuit) urine ambrée, pâle, faiblement acide, sans sucre. — Le soir, temp., 37 degrés; urine pâle, acide, sans sucre.

XXIV. — Anémie cachectique chez un homme primitivement très robuste. Accès du 29 novembre au 13 décembre inclus; aucun souffle au cou; urine non sucrée. Accès le 21 décembre, vers onze heures du matin, prenant fin le 22 dans la journée. Les divers examens de l'urine restent négatifs.

XXV. — Anémie marquée; souffle continu au cou. Accès le 21 décembre; urine non sucrée.

XXVI. — Anémie marquée. Accès les 24 et 25 décembre; urine non sucrée.

XXVII. — Chloro-anémie cachectique; souffle continu au cou, mais en plus bruit de souffle au cœur, inconstant, systolique, ayant son maximum d'intensité un peu au-dessus du mamelon, au niveau du troisième espace intercostal, le long du bord gauche du sternum. Ce souffle est très doux et sans propagation.

L'urine n'est pas sucrée, et les examens restent négatifs pendant les accès survenus les 22, 23 et 24 décembre.

XXVIII. — Tric..., vingt-cinq ans, détenu de l'atelier n° 4, en Algérie du mois de juillet 1881, contracte la fièvre en septembre, arrive à Sétif le 21 novembre. Chloro-anémie cachectique à la suite de fièvre et de diarrhée; souffle continu au cou, et mêmes symptômes cardiaques inconstants que le précédent. Ce souffle, qui est plus marqué pendant l'état de fièvre, paraît se produire dans l'oreillette droite et reste sans propagation. Ne pourrait-il être dû à l'arrivée du sang de la grande coronaire, chassé par la contraction du muscle cardiaque pendant la systole, et trouvant dans l'oreillette une très faible pression? ou n'est-ce pas là un bruit extra-cardiaque? La fièvre reparaît le 21 décembre, vers onze heures du matin.

Le 21, soir, temp., 41°,8; urine ambrée pâle, acide, sans sucre.

Le 22, matin, temp., 40 degrés; (de la nuit) urine ambrée (urates), acide, sans sucre; (du matin) urine colorée (urates), acide, sans sucre.— Le soir, temp., 41°,4; urine jaune, acide, sans sucre.

Le 23, matin, temp., 40°,1; urine jaune pâle, acide, sans sucre. — Le soir, temp., 40 degrés; urine ambrée, acide, sans sucre.

Le 24, matin, temp., 38 degrés; urine ambrée foncée, acide, sans sucre. — Le soir, temp., 39°,8; urine ambrée, acide, sans sucre.

Le 25, matin, temp., 36 degrés; urine jaune foncé, acide, sans sucre. — Le soir, temp., 39 degrés; urine ambrée, acide, sans sucre.

Le 26, matin, temp., 36°,2; urine ambrée, faiblement alcaline, sans sucre. — Le soir, temp., 36°,8; urine ambrée, acide, sans sucre.

Epistaxis dans la nuit du 22 au 23 décembre. Injections sous-cutanées de la solution tartrique de sulfate de quinine le 23 décembre, matin et soir, soit 1 gramme et demi en deux fois.

La fièvre n'a cédé que momentanément; de gros râles s'entendent dans la poitrine; signes d'œdème généralisé, avec congestion plus ou moins passive; et la mort a lieu le 4 janvier, à six heures du matin.

Températures. — Le 27 décembre, matin, 38°,2; soir, 37°,6. — Le 28, matin, 36 degrés; soir, 39°,5.— Le 29, matin, 37 degrés; soir, 40°,1. — Le 30, matin, 36°,5; soir, 40°,5. — Le 31, matin, 36 degrés; soir, 41°,1.— Le 1er janvier, matin, 36°,2; soir, 40°,8. — Le 2, matin, 39°,2; soir, 40°,6. — Le 3, matin, 36°,2; soir, 37°,5.

L'urine, examinée plusieurs fois, reste toujours indemne de sucre, et celle recueillie sur le cadavre deux heures après la mort n'en contient pas davantage; elle est ambrée, de réaction acide, sans albumine et sans sucre.

Autopsie le 5 janvier. — Cadavre émacié.

Poumons. — Affaissés en avant; aucune adhérence pleurale; emphysème marginal. En arrière, engouement hypostatique généralisé; congestion avec œdème. Quelques fragments pris au niveau où l'engouement passe à l'hépatisation sous forme de noyaux diffus ne surnageant pas.

Cœur. — Hydropéricarde. Le cœur est petit; la substance musculaire du ventricule droit, très mince, est macérée à la surface. Point d'altération valvulaire.

Abdomen. — Absence absolue d'ascite. — *Foie* brun marron, un

(1) Je renverrai le lecteur désireux de connaître les détails de plusieurs des faits mentionnés dans ce mémoire et de ceux d'autres faits que je n'ai pas donnés ici (et en particulier les faits relatifs à l'inhibition et à la dynamogénie causées par le chloroforme, l'acide prussique, la digitaline, un froid intense, etc.) aux *Comptes rendus de la Société de biologie* pour 1880 et 1881 et aussi aux *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, nos du 27 juin et du 28 novembre 1881.

peu friable, pesant 1880 grammes. — *Rate* augmentée de volume; elle mesure 20 centimètres dans sa longueur et 12 centimètres dans sa plus grande largeur; son poids est de 690 grammes; sa surface est normale, à peine s'il existe un peu de périsplénite au sommet; pas d'épaississement marqué de la capsule; elle est consistante à la coupe, sans sécheresse.

Les *reins* sont normaux. Rien de saillant du côté de l'intestin.

Ce cas représente une des formes du tellurisme aigu, ce n'est pas la cachexie vraie.

Malades civils. — XXIX. — Anémie marquée ; pas de souffle au cou; souffle cardiaque systolique ayant son maximum d'intensité le long du bord gauche du sternum, au niveau du quatrième espace intercostal. Ce souffle, plus rude que celui des malades précédents, est constant et se propage en haut et en bas; il paraît engendré par une insuffisance fonctionnelle de la tricuspide.

Accès le 21 décembre, tout au matin; urine non sucrée.

XXX. — Anémie simple; pas de souffle. Examen négatif dans la recherche du sucre, lors d'un accès de fièvre, le 23 décembre. Sorti de l'hôpital le 31 décembre, revenu le 12 janvier au troisième jour d'une rechute. Temp., 39 degrés; urine ambrée, acide, sans sucre. Nouvel examen négatif le 13 au matin. Temp., 36 degrés. Apyrexie le soir et les jours suivants.

XXXI. — Anémie simple; pas de souffle. Accès le 23 décembre tout au matin, se reproduisant le 24. Résultats négatifs.

XXXII. — Fébricitant simple. Accès le 24 décembre tout au matin; absence de sucre dans l'urine. Accès le 25. Même résultat négatif.

XXXIII. — Per...., seize ans, italien, apprenti maçon, huit ans d'Algérie, aucun antécédent palustre, contracte la fièvre le 11 décembre 1881, entre à l'hôpital le 17 décembre. C'est un jeune garçon impubère, aux organes génitaux peu développés, et ayant les apparences d'un enfant de douze ans. Etat général très bon du reste, aucun bruit de souffle.

Le 17, soir, temp., 39°,4; sulfate de quinine, 1 gramme; urine ambrée pâle, acide, sans sucre.

Le 18, matin, temp., 36°,8; sulfate de quinine, 1 gramme; (de la nuit) urine pâle, acide, sans sucre. — Le soir, temp., 39°,5; urine pâle, acide, sans sucre.

Le 19, matin, temp., 37 degrés; sulfate de quinine, 1 gramme; urine ambrée pâle, acide, sans sucre. — Le soir, temp., 38°,4; sulfate de quinine, 20 centigrammes; urine pâle, acide, sans sucre.

Le 20, matin, temp., 36°,8; sulfate de quinine, 1 gramme; urine pâle, acide, sans sucre. — Le soir, temp., 38°,2; urine ambrée pâle, faiblement acide, sans sucre.

Le 21, matin, temp., 37 degrés; sulfate de quinine, 1gr,10; urine ambrée pâle, acide, sans sucre. — Le soir, temp., 38°,1 ; urine ambrée pâle, faiblement acide, sans sucre.

Le 22, matin, temp., 37°,2; sulfate de quinine, 1gr,10; urine ambrée pâle, acide, sans sucre. — Le soir, temp., 37°,2; urine ambrée pâle, acide, sans sucre.

XXXIV. — Fébricitant simple sujet à des accès de temps à autre. Accès les 25, 26 et 27 décembre. L'urine ne contient pas de sucre.

XXXV. — Fébricitant simple. Accès le 25 décembre. L'urine ne réduit pas la liqueur cupro-potassique.

Je rendrai très prochainement compte d'une deuxième série d'examens analogues.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Extension continue dans le traitement des fractures de la cuisse.

M. le docteur Faucon, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté catholique de Lille, nous écrit une lettre à propos d'un ancien article sur « l'extension continue dans le traitement des fractures de la cuisse ».

Pour M. Faucon, Gurdon-Buck, chirurgien de l'hôpital de New-York, « a créé de toutes pièces » l'appareil que préconise M. Tillaux. Nous ne sommes pas de cet avis : « Les emplâtres adhésifs » dont le rôle est absolument capital, sont bien antérieurs à Gurdon-Buck, qui ne saurait, à aucun titre, en revendiquer la première application. Et puis ne doit-on pas « entourer ensuite le membre d'un bandage, comme à l'ordinaire »? Ne place-t-on pas « quatre attelles gouttières pour la cuisse, garnies de flanelle et destinées à envelopper la fracture »? Enfin ne décrit-on pas longuement une « bande périnéale » fort compliquée, pour la contre-extension totalement supprimée dans l'appareil contemporain?

M. Gurdon-Buck, comme M. Tillaux, comme M. Faucon lui-même, n'a donc pas « créé » l'appareil contemporain, dont nul ne peut revendiquer la propriété totale, et je persiste dans mon affirmation première : « Cet appareil n'a pas d'inventeur; il est fait de pièces et de morceaux; plusieurs chirurgiens y ont apporté leur concours, et des efforts combinés de Nélaton, Broca, Bœckel, Le Fort, Millies-Lacroix et Tillaux, *pour n'en citer que quelques-uns*, est sorti un appareil qui nous semble parfait. »

Si j'avais voulu faire un historique complet, j'aurais cité, parmi tant d'autres, avec Gurdon-Buck, avec vous, monsieur Faucon, M. Trélat, qui, en 1875, était déjà « extenseur » avec un appareil simple et efficace. Je n'aurais pas oublié M. Hennequin, M. Hennequin surtout dont je connaissais les résultats superbes pour les avoir appréciés à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Labbé. Si quelqu'un eût dû réclamer, c'est certainement M. Hennequin.

Il ne l'a point fait, car le but de mon article était évident : je voulais montrer simplement, comment d'étape en étape, et sous nos yeux, on est arrivé à l'appareil contemporain. Et je n'ai pris que les traits les plus essentiels; mais je n'ignorais pas qu'un acheminement analogue et indépendant pouvait se produire dans d'autres milieux et sous la direction d'autres praticiens. C'est ce qu'a fait à Lille M. Faucon en 1879; il a, pour sa part, simplifié l'appareil.

« Si je viens aujourd'hui, écrit à ce sujet M. Faucon, vous prier d'inscrire mon nom parmi les *vulgarisateurs* de l'appareil américain, ce n'est pas pour soulever une question de priorité, la chose n'en vaut pas la peine. C'est surtout pour réclamer, en faveur de l'enseignement médical libre, sa place au soleil de tous dans le champ scientifique moderne. » C'est là un désir légitime; nous devons y faire droit, et à ce titre, nous aurions été heureux — n'eût été son étendue, — de publier l'intéressante lettre de M. Faucon.

P. Reclus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 6 FÉVRIER 1882.
PRÉSIDENCE DE M. AD. WURTZ.

Après le discours d'usage du président, discours consacré d'abord à la mémoire des membres décédés dans l'année (MM. Delesse, H. Sainte-Claire Deville, Bouillaud, Bussy et Lavant), appréciation des résultats fournis par le *Congrès des électriciens*, l'Académie proclame les prix décernés pour 1881, et rappelle les prix proposés pour les années suivantes. En voici la liste pour ce qui concerne la médecine :

I. — Prix décernés.

Chimie. — *Prix Jecker :* Le prix est décerné à M. A. Le Bel.

Anatomie et zoologie. — *Grand prix des sciences physiques :* Etude comparative de l'organisation intérieure des divers crustacés édriophthalmes qui habitent les mers d'Europe. Le prix est décerné à M. Yves Delage. — *Prix Savigny :* Le prix n'est pas décerné.

Médecine et chirurgie. — *Prix Montyon :* La commission décerne trois prix : à M. Bérenger-Féraud, à M. Favre, à M. Paul

Richer. Elle accorde trois mentions honorables : à M. Dastre, à M. Dejerine, à M. Toussaint, et cite honorablement dans le rapport MM. Beaunis, Budin, Martin-Damourette et Hyades, Guinand, Lombard, Pacini. — *Prix Bréant :* Le prix est décerné à M. Léon Colin. — *Prix Godard :* Le prix est décerné à M. Dubar. — *Prix Serres* : Le prix est décerné à M. Edouard van Beneden. — *Prix Lallemand :* Le prix est décerné à M. le docteur Luys.

Physiologie. — *Prix Montyon* (Physiologie expérimentale) : Le prix est décerné à M. d'Arsonval. — *Prix Lacaze :* Le prix est décerné à M. Brown-Séquard.

Prix généraux. — *Prix Montyon* (Arts insalubres) : Le prix est décerné à MM. Camille Vincent et Tilloy-Delaune. Une indemnité de cinq cents francs est accordée à Mlle de Rostaing.

II. — Prix proposés pour les années 1882, 1883, 1884, 1885 et 1886.

Agriculture. — 1882. *Prix Vaillant :* De l'inoculation comme moyen prophylactique des maladies contagieuses des animaux domestiques.

Anatomie et zoologie. — 1882. *Grand prix des sciences physiques :* Etude du mode de distribution des animaux marins du littoral de la France. — 1883. *Grand prix des sciences physiques :* Développement histologique des insectes pendant leurs métamorphoses. — 1882. *Prix Savigny* — 1882. *Prix Thore.* — 1882. *Prix da Gama Machado :* Sur les parties colorées du système tégumentaire des animaux ou sur la matière fécondante des êtres animés. — 1883. *Prix Bordin :* Recherches relatives à la paléontologie botanique ou zoologique de la France ou de l'Algérie.

Médecine et chirurgie. — 1882. *Prix Montyon.* — 1882. *Prix Bréant.* — 1882. *Prix Godard.* — 1884. *Prix Serres.* — 1883. *Prix Chaussier.* — 1885. *Prix Dusgate.* — 1882. *Prix Lallemand :* Travaux relatifs au système nerveux.

Physiologie. — 1882. *Prix Montyon* (Physiologie expérimentale). — 1883. *Prix L. Lacaze.*

Prix généraux. — 1882. *Prix Montyon* (Arts insalubres).

Tableau des prix par année.

1882. — *Prix Jecker :* Chimie organique. — *Prix Barbier :* Décerné à celui qui fera une découverte précieuse dans les sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique, et dans la botanique ayant rapport à l'art de guérir. — *Prix Vaillant :* De l'inoculation comme moyen prophylactique des maladies contagieuses des animaux domestiques. — *Prix Montyon :* Médecine et chirurgie. — *Prix Bréant :* Décerné à celui qui aura trouvé le moyen de guérir le choléra asiatique. — *Prix Godard :* Sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires. — *Prix Lallemand :* Destiné à récompenser ou encourager les travaux relatifs au système nerveux, dans la plus large acception des mots. — *Prix Montyon :* Physiologie expérimentale. — *Prix Montyon :* Arts insalubres.

1883. — *Prix L. Lacaze :* Décerné à l'auteur du meilleur travail sur la physique, sur la chimie et sur la physiologie. — *Prix Bordin :* Recherches relatives à la paléontologie botanique ou zoologique de la France ou de l'Algérie. — *Prix Chaussier :* Décerné à des travaux importants de médecine légale ou de médecine pratique.

1884. — *Prix Serres :* Sur l'embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine.

1885. — *Prix Dusgate :* Décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort, et sur les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts invite l'Académie à choisir un délégué au Congrès médical qui doit se réunir à Séville au mois d'avril prochain.

M. le ministre du commerce transmet une demande, avec pièces à l'appui, de M. Pierre Verdier, propriétaire à Barbasan (Haute-Garonne), à l'effet d'être autorisé à exploiter, pour l'usage médical, trois sources d'eaux minérales, désignées sous les n°s 1, 2 et 3, qu'il possède sur le territoire de cette commune. (*Commission des eaux minérales.*)

M. le docteur *Capmas*, médecin de l'Asile national du Vésinet, adresse un mémoire manuscrit intitulé : *Etude clinique sur le nitrate d'argent dans le traitement des affections du système nerveux;* il demande le renvoi de ce mémoire à la commission du concours du prix Desportes de 1882. (Inscrit sous le n° 2.)

M. le docteur *L. Huette* fils fait hommage d'une Notice, publiée par M. le baron de *Girardot*, sur M. le docteur *Charles Huette* (de Montargis).

M. *le Secrétaire perpétuel* présente, au nom de M. le docteur *Mathias Duval*, un *Précis d'anatomie à l'usage des artistes.*

M. *Larrey* dépose : 1° la suite du manuscrit de M. le docteur *Feuvrier* sur *la campagne de Tunisie;* 2° une note de M. le docteur *Tholozan* sur *Deux petites épidémies de peste dans le Khorassan.*

M. *Dujardin-Beaumetz* offre : 1° son *Rapport au conseil d'hygiène de la Seine sur les mesures contre la propagation de la rage;* 2° une Note de M. le docteur *Galippe* sur *l'action physiologique du hoang-nan.*

M. *Guyon* présente, au nom de M. le docteur *Mazaé Azéma*, un mémoire sur *la variole à l'île de la Réunion. (Commission de vaccine.)*

M. *Rochard* fait hommage, de la part de M. le docteur *Aubert*, d'une note manuscrite sur *l'assainissement des casernes au moyen de l'acide sulfureux.*

M. *Vulpian* offre : 1° au nom de M. le professeur *Hayem*, un volume intitulé : *Leçons sur les modifications du sang sous l'influence des agents médicamenteux et des pratiques thérapeutiques;* 2° de la part de M. *Reyne*, une thèse portant le titre suivant : *De la crise hématique dans les maladies aiguës à défervescence brusque.*

Élection. — Il a fallu trois tours de scrutin pour résoudre l'énigme que la commission de présentation s'était plu à poser en plaçant sur une seule ligne et par ordre alphabétique les candidats à la succession de Littré, dans la classe des associés libres. 94, 93 et 92 membres ont successivement pris part à ces trois scrutins; c'est dire que l'Académie était presque au complet; car si l'on retranche des 110 membres dont elle se compose les 6 sièges vacants et les 5 académiciens que l'âge ou la maladie tiennent constamment éloignés de ses séances, on voit combien les bancs se trouvaient garnis pour cette élection si disputée et combien les candidats avaient su en faire retrouver le chemin même à ceux de leurs électeurs qu'on n'y voit que « dans les grandes occasions ».

Dès le premier tour, M. Mesnet a devancé ses concurrents avec 32 voix contre 23 à M. Worms, 22 à M. Krishaber, 16 à M. Magitot et 1 bulletin blanc; au second tour, M. Mesnet détachait un certain nombre des voix de M. Magitot et obtenait 40 suffrages contre M. Worms se maintenant à 23, M. Krishaber à 22 et M. Magitot à 9. MM. Mesnet et Worms restant seuls au scrutin de ballottage, au troisième tour M. *Mesnet* était enfin *élu* par 56 voix contre 33 à son concurrent.

Dangers et impuretés du chloroforme. — M. J. Regnauld, prenant occasion du réveil récent devant la Société de chirurgie et de la Société de pharmacie, de la question « chronique et périodique » des impuretés du chloroforme, rappelle qu'en 1879 il avait présenté un procédé très simple de purification du chloroforme et indiqué quelques réactions chimiques choisies de façon à ce que, dans certains cas douteux, le chirurgien puisse les exécuter lui-même ; le réactif consiste dans une solution de permanganate de potasse additionnée d'une certaine proportion de potasse caustique et lorsque 1 centimètre cube de cette solution additionnée pendant une dizaine de minutes avec 5 centimètres cubes de chloroforme conserve sa couleur violet pourpre, on admet que ce dernier est pur, tandis qu'au contraire si, dans le même temps, elle verdit par la réduction du permanganate en manganate potassique, le chloroforme est déclaré impur, dangereux. Or, M. Regnauld ayant depuis examiné un certain nombre d'échantillons de chloroforme qui offraient tous les caractères propres à l'anesthésie, a trouvé cependant que les uns verdissent rapidement le réactif, plusieurs moins vite et quelques-uns lentement et, pour peu qu'on agite vivement le liquide avec 1/100 environ d'acide sulfurique concentré, puis qu'on le décante et le filtre avec de la magnésie en excès, tous les échantillons cessent de verdir le permanganate, de sorte qu'il suffit d'un instant pour mettre sur le même pied des produits qu'un chirurgien, en cas d'accident, aurait classés en inoffensifs et

dangereux. De plus, des flacons de chloroforme longtemps exposés à la radiation solaire et, par conséquent, chargés de principes pernicieux et suffocants, ne verdissent plus le réactif. Celui-ci pèche donc à la fois par excès et par défaut, « parlant quand il pourrait se taire et muet lorsqu'il devrait parler ».

Les impuretés du chloroforme qu'on emploie dans les hôpitaux et dans la médecine civile paraissent bien rares à M. *Gosselin;* et il n'a jamais eu de motifs pour croire que le chloroforme qu'il avait employé avait été l'occasion de dangers ou même d'inconvénients. Non pas qu'il nie ces dangers, bien qu'ils deviennent de moins en moins communs, et que M. Duret ait pu établir qu'il n'y avait en France qu'un cas de mort sur 5200 anesthésies, ce chiffre étant, il est vrai, plus élevé en certain pays, notamment en Amérique. Quant aux inconvénients, tels que céphalalgie, malaises, vomissements, ils deviennent de moins en moins nombreux et, comme tous les malades endormis dans une même séance avec le même chloroforme ne les éprouvent pas, il faut les considérer comme dus à certaines idiosyncrasies. Aussi, faisant en outre remarquer que les impuretés du chloroforme auxquelles ont été attribués certains accidents n'ont pu être définies, il croit qu'il est facile de s'en mettre à l'abri en pratiquant l'anesthésie peu à peu, graduellement et avec des intermittences réglées de façon à ne pas surcharger le bulbe rachidien, et de telle sorte, par exemple, que lorsque le malade a fait 120 à 130 inspirations, ce qui suffit le plus souvent pour que l'anesthésie soit complète, il ait respiré environ 90 fois le chloroforme et 25 ou 30 fois de l'air pur. L'axiome formulé jadis par Sédillot est toujours vrai : on peut sans inconvénients administrer le chloroforme, même impur, pourvu qu'on sache le donner et qu'on surveille attentivement son malade.

Le chloroforme mis habituellement à la disposition des chirurgiens est très rarement impur, vient déclarer à son tour M. *Verneuil*, et il suffit de le sentir pour s'assurer de sa qualité. On observe cependant quelquefois des inconvénients à la suite de son inhalation chez quelques malades, surtout chez des dyspeptiques ayant des affections du foie, des alcooliques, des hystériques, etc. Les qualités du chloroforme sont donc d'importance secondaire, à moins qu'il ne soit tout à fait détestable et, ce qui le prouve encore, c'est que les inconvénients sont plus fréquents lorsqu'il est administré par des mains moins habituées, au commencement de chaque année, par exemple, lorsque les élèves changent dans les services hospitaliers. Il est cependant une autre cause d'accidents, c'est la susceptibilité plus ou moins grande du pharynx à l'action locale de cet anesthésique, produisant des spasmes de la glotte et certains accès de suffocation; ce qui le prouve, c'est la facilité avec laquelle on peut endormir, sans jamais avoir ces inconvénients, les malades trachéotomisés en versant quelques gouttes du liquide à l'extrémité du tube.

M. *Maurice Perrin* combat les opinions des préopinants; il croit qu'il y a des chloroformes insuffisants pour donner l'anesthésie ou ne pouvant la donner sans divers inconvénients, non pas à une seule personne, mais à toutes les personnes qui en font usage; il rappelle qu'en 1870, il a administré lui-même, dans les conditions les plus défectueuses, du chloroforme pur sans jamais avoir d'accidents, et que cependant, depuis cette époque, il a observé des effets tout autres et s'est trouvé plusieurs fois dans la nécessité d'employer un temps interminable avant d'obtenir l'anesthésie. Un chloroforme avec lequel il avait observé des accidents nombreux fut ensuite rectifié et il cessa alors de les présenter; c'est donc au chloroforme qu'il faut attribuer cette différence. M. Perrin est d'autant plus disposé à croire qu'il en est ainsi que les accidents se produisaient aussi bien chez les adultes, chez les femmes et même chez les enfants. Quelle est la cause des impuretés du chloroforme? Il l'ignore; mais il en retient qu'il importe de n'employer cet anesthésique que lorsqu'il est récemment préparé et mis à l'abri de la lumière.

J'ai voulu simplement, réplique M. *Regnauld*, mettre en défiance les médecins contre un réactif qui avait été considéré jusqu'ici comme excellent pour reconnaître la pureté du chloroforme; cependant, que des traces d'alcool, une faible quantité des corps gras avec lesquels on a luté les flacons viennent s'ajouter au liquide, le permanganate alcalinisé se colorera en vert, quelque pur que soit le liquide, tandis qu'un chloroforme manifestement altéré pourra sembler pur à la réaction. L'odeur peut assurément suffire à reconnaître la pureté du chloroforme; toutefois, il convient de ne le sentir qu'après évaporation sur le linge, les impuretés, moins volatiles, étant alors plus appréciables. M. Regnauld se cite enfin lui-même comme un exemple des idiosyncrasies individuelles en ce qui concerne l'action de cet anesthésique; il lui a toujours été rebelle et n'éprouve que des phénomènes d'excitation très intenses en même temps que des vomissements et des vertiges nauséeux.

Société médicale des hôpitaux (1).

SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Rapport sur les maladies régnantes : M. E. Besnier (discussion). — Blépharite tuberculeuse : M. Gérin-Roze. — Tympanisme sous-claviculaire dans la pleurésie : M. Féréol.

M. *E. Besnier* donne lecture de son rapport sur les maladies régnantes pour les mois d'octobre, novembre et décembre 1881. La température moyenne a été de 6°,3; la hauteur des eaux de pluie de 90mm,4; la tension électrique de 64; les vents dominants variables.

La mortalité générale du quatrième trimestre s'est montrée supérieure à la moyenne calculée pour la même période des neuf années précédentes. Elle a été de 15 474 décès pour l'année entière, la moyenne annuelle calculée pour les dix dernières années n'étant que de 12 843. Les *affections des voies respiratoires* sont entrées dans leur période d'augment qui s'étend jusqu'au mois d'avril. Durant le quatrième trimestre, la *pneumonie* a fourni 192 décès; la *bronchite* 46 et la *pleurésie* 64. — La *diphthérie* a justifié par l'ascension de sa courbe multi-annuelle, les craintes déjà formulées à son sujet; la mortalité de cette redoutable affection s'est accrue pendant le quatrième trimestre : on a relevé 605 décès. Depuis dix ans, le nombre des décès par diphthérie, pour la ville entière, a été de 16 629, tandis que la fièvre typhoïde n'en a fourni que 13 004 et les trois fièvres éruptives réunies 11 100. Il y a là un danger toujours croissant qui mérite d'attirer l'attention du monde médical et de l'administration. Dans le seul service de M. Archambault, à l'hôpital des Enfants-Malades, on a relevé pendant le quatrième trimestre 54 cas de diphthérie dont 20 cas de croup; 34 enfants ont succombé. M. Archambault a expérimenté l'action thérapeutique de la pilocarpine et est arrivé à la conclusion que cette substance est toujours impuissante contre la diphthérie et parfois même nuisible. La statistique des hôpitaux pour l'année 1881 donne : 1255 cas de diphthérie dont 829 suivis de mort, c'est-à-dire 66 pour 100. L'angine couenneuse seule

(1) PILULES DE HOANG-NAN. La formule des pilules de Lesserteur (et non Lacerteur) employées par M. Gingeot dans le cas de rage qu'il a communiqué à la *Société médicale des hôpitaux* (*Gaz. heb.*, n° 5, p. 81), doit être rétablie de la manière suivante :

Poudre de hoàng-nàn, *dix centigrammes.*
Réalgar... } ââ *soixante-quinze milligrammes* (et non *centigrammes*).
Alun..... }
Miel...... } ââ q. s.
Vinaigre.. }
Pour *une* pilule (et non pour *huit* pilules).

représenté 529 cas, ayant fourni 300 décès, soit 52 pour 100; le croup, 686 cas, 29 décès, soit 77 pour 100. La mortalité est d'ailleurs plus grande chez les garçons (84 pour 100) que chez les filles (75 pour 100). — La *variole* est en décroissance depuis le printemps de 1881. Elle a causé à Paris, dans le quatrième trimestre, 117 décès; dans les hôpitaux seuls : 278 cas et 51 décès. La *rougeole* a suivi sa marche saisonnière normale : 48 décès en octobre, 49 en novembre, 54 en décembre. La *scarlatine* semble augmenter constamment de fréquence et de gravité; après avoir fourni 95 décès en 1879 et 356 en 1880, elle a atteint le chiffre de 452 en 1881. — On a relevé 404 décès par *fièvre typhoïde* à Paris pendant le quatrième trimestre; 988 cas dans les hôpitaux dont 212 mortels, soit une proportion de 21 pour 100. Elle présente une morbidité plus grande chez les hommes, mais une mortalité plus considérable chez les femmes; le coefficient mortuaire est de 21 pour les hommes, 24 pour les femmes, 14 pour les garçons, 21 pour les filles.

M. *Dujardin-Beaumetz* a expérimenté la pilocarpine dans la diphthérie et a constaté son inefficacité absolue. — Il se demande si les services spéciaux de diphthéritiques ne créent pas des foyers de contagion pour certains quartiers de la ville?

M. *E. Besnier* ne possède pas de renseignements statistiques établis à ce point de vue spécial, il ne serait pas éloigné cependant de partager l'opinion de M. Dujardin-Beaumetz. Quant aux hôpitaux où sont soignés les enfants diphthéritiques, la mortalité y est effrayante; les enfants qui y sont admis pour des affections diverses ou ceux qui séjournent dans les services de maladies chroniques contractent la diphthérie et bien peu échappent à la mort. Il y a là des conditions lamentables auxquelles il faudrait s'efforcer de porter remède.

M. *Damaschino* a soigné l'an dernier, dans son service de crèche, un enfant atteint de croup, avec la pilocarpine en injections sous-cutanées; l'enfant a guéri. Depuis lors, il n'a enregistré que des insuccès avec ce genre de traitement.

M. *Desnos* a employé deux fois la pilocarpine contre la diphthérie. Dans un premier cas bénin, la guérison a été obtenue; le second malade, gravement atteint, a succombé. Même dans le premier cas, il n'a pu constater nettement l'action salutaire du médicament.

M. *Zuber* pense que les travaux de statistique médicale doivent autant que possible porter sur une base uniforme; à ce point de vue, l'armée constitue un champ de recherches excellent. Or, dans l'armée française, on enregistre chaque année environ 2000 cas de variole donnant 200 décès, tandis que, dans l'armée allemande, de 1873 à 1878, on ne relève que 85 cas et pas un décès; en 1879, 13 cas, aucun décès. Cette différence étonnante entre les deux pays tient évidemment à ce que, dans l'armée allemande, les vaccinations et revaccinations sont pratiquées avec un soin minutieux et que c'est jusqu'à cinq ou six fois que les hommes incorporés sont revaccinés. La population civile en Allemagne, pour laquelle de semblables précautions ne sont pas prises, fournit à la variole un tribut égal à celui que l'on constate en France.

M. *E. Besnier* fait remarquer tout l'intérêt de ce renseignement trop peu connu; il regrette que la plupart des médecins instruits se préoccupent peut-être trop exclusivement du côté purement scientifique des questions dans l'intérêt des générations futures, et témoignent une indifférence presque absolue pour les études qui intéressent directement la vie des générations actuelles. Lorsqu'un cas de variole contractée à l'hôpital se montre dans un service, c'est-à-dire dix jours au moins après l'entrée du malade, une minutieuse enquête démontre, à coup sûr, ou que l'isolement des varioleux en traitement n'est réalisé que d'une façon fictive, les élèves et les infirmiers circulant librement dans toutes les salles sans distinction, ou que le malade a réussi à se soustraire par un moyen quelconque à la revaccination. La revaccination avec le vaccin de génisse donne, dans les hôpitaux, d'excellents résultats, il serait à désirer que la revaccination en ville fût pratiquée aussi régulièrement et avec autant de soin.

M. *Dujardin-Beaumetz* signale l'état d'insalubrité déplorable des services de crèche dans les hôpitaux; les mères malades sont réunies avec celles qui sont saines, il en est de même des nourrissons; la surveillance est dans ces salles absolument insuffisante, et la mortalité y atteint des proportions effrayantes. C'est ce qu'il observe chaque jour à Saint-Antoine.

M. *Moutard-Martin* demande à M. Dujardin-Beaumetz de formuler les réformes qu'il croit nécessaires.

M. *Blachez* a, dans son service de Necker, une crèche qu'il considère également comme très mal organisée. Il croit que la première réforme à demander est celle du lait qui, le plus souvent, est aigri ou à une température trop basse, par suite du manque d'appareils de chauffage. Le blanchissage des langes, et en particulier des langes de laine, est absolument insuffisant; de plus, le personnel chargé du soin des enfants n'est pas assez nombreux; il faudrait à la tête de chaque crèche une surveillante spéciale, laïque ou religieuse, et non une sœur qui soit chargée en même temps d'un autre service. On sait combien les soins maternels sont en général mal entendus et quelle surveillance de tous les instants exigent les enfants à la mamelle.

M. *Damaschino* : La crèche, à l'hôpital Laennec, est séparée des autres bâtiments et possède une cuisine, une glacière pour la conservation du lait, et deux chambres d'isolement pour les maladies contagieuses.

M. *Gérin-Roze* dirige également, à l'hôpital Tenon, une crèche fort bien installée. Il croit que les mauvais résultats obtenus dans les services de crèche tiennent le plus souvent au mauvais vouloir ou à l'impéritie des mères, quelquefois même à leur désir de se débarrasser de leur enfant; il faut donc une surveillance constante et rigoureuse de la part du personnel.

M. *Grancher* a dans son service une crèche dont la religieuse dépend d'un service de chirurgie voisin, aussi la salle des nourrissons est-elle absolument abandonnée.

M. *Moutard-Martin* proteste du bon vouloir de l'administration qui cherche à réaliser dans les crèches des nouveaux hôpitaux tous les perfectionnements désirables; quant à la surveillance, il est d'avis que le chef de service devrait s'en occuper lui-même davantage. Enfin, le lait des hôpitaux, au moins à son arrivée, est excellent, surtout celui qui est désigné sous le nom de lait pur et qui n'est pas écrémé.

— M. *Gérin-Roze* présente un malade qui, épuisé par les privations, a contracté, l'an dernier, une bronchite accompagnée d'hémoptysies, d'amaigrissement, de perte des forces et d'enrouement persistant. Aujourd'hui, on constate chez ce malade des signes évidents de tuberculose pulmonaire au sommet du poumon droit et tous les symptômes d'une laryngite tuberculeuse : l'examen laryngoscopique ne laisse aucun doute à ce sujet. Depuis plusieurs mois, ce malade souffrait d'une conjonctivite peu intense, bornée à un seul œil, avec épiphora et sensation de graviers; on constate sur la conjonctive palpébrale une coloration rouge foncé avec quelques points jaunes exulcérés qui font admettre à M. Gérin-Roze l'existence d'une blépharite tuberculeuse.

— M. *Féréol* adresse quelques objections à la communication récente de M. Grancher sur *le tympanisme sous-claviculaire dans la pleurésie* (voy. le numéro du 20 janvier). Il pense que les catégories établies par M. Grancher sont peut-être trop tranchées; il croit en outre que souvent on pourra trouver des renseignements plus précis dans l'examen du

sommet du côté opposé à l'épanchement. Enfin, ne serait-il pas préférable, surtout chez la femme dont la voix communique si peu de vibrations aux parois thoraciques, de rechercher, au lieu de ces vibrations, la résonnance vocale à l'auscultation; les modifications de cette dernière peuvent toujours être facilement perçues. — M. Grancher est-il bien sûr que, dans la première catégorie qu'il a établie, ne rentrent pas des faits de congestion simple ou tuberculeuse du poumon, supposé sain? Chez un homme de soixante ans, atteint de pleuropneumonie de la base droite, M. Féréol a constaté jusqu'à la mort l'association des signes représentés par le schéma: son +, respiration +, vibrations +; cependant, à l'autopsie le sommet du poumon était fortement congestionné et, bien que crépitant, infiltré d'un œdème considérable. — Le troisième type décrit par M. Grancher ne se comprend pas très bien tout d'abord. L'œdème pulmonaire, concomitant de l'hydrothorax, signalé comme pouvant fournir l'association de signes: son +, respiration —, vibrations —, est-il généralisé, ou localisé à la base, à la racine du poumon; amène-t-il alors un certain degré de compression bronchique? Ce fait semblerait pouvoir rentrer assez légitimement dans la deuxième catégorie représentée par le schéma: son +, vibrations +, respiration —; c'est celle d'ailleurs qui satisfait le mieux l'esprit et semble le plus solidement établie. M. Féréol en a vérifié récemment encore l'exactitude sur un malade de son service atteint de pleurésie droite, diagnostiquée diathésique d'après les signes indiqués par M. Grancher. Aujourd'hui, l'épanchement a disparu, mais les lésions tuberculeuses du sommet évoluent et ne sont plus douteuses.

— A cinq heures et quart, la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Prix de la Société. — Présentation d'une pièce: fracture de l'extrémité inférieure de la jambe avec luxation du pied en dehors. — Eléphantiasis de la face; présentation d'une malade. — Sarcome récidivé de la joue; opération; érysipèle; guérison. — Rapports. — Angiome fibreux de l'orbite. — Présentation d'un malade: réduction d'une luxation de l'épaule datant de plusieurs mois. — Présentation d'un malade: aï douloureux. — Angiome caverneux.

La Société de chirurgie décernera en janvier 1884 les prix Gerdy et Demarquay; elle désigne les sujets suivants:

Prix Gerdy: Des tubercules localisés au point de vue chirurgical.

Prix Demarquay: De l'étiologie de l'érysipèle.

Les mémoires doivent être déposés sur le bureau avant le 15 novembre 1883.

— M. *Nicaise*. Une femme de cinquante et un ans entre à l'hôpital Laennec, il y a deux mois, avec une luxation du pied en dehors consolidée; il était question de tenter une opération quand la malade fut prise d'érysipèle compliqué de pleurésie, et mourut en quelques jours. Dans le courant de l'année 1881, cette femme s'était fracturé la malléole externe, et le pied était resté luxé en dehors. M. Nicaise présente la pièce anatomique; on voit que le tendon du jambier postérieur est rompu, que l'extrémité inférieure du tibia est dépourvue de cartilage; la malléole interne a été arrachée; la malléole externe est fracturée et déplacée; la face supérieure de l'astragale regarde en dehors.

M. *Verneuil* montre un spécimen en plâtre qui a une grande analogie avec la pièce présentée par M. Nicaise. La pièce osseuse intermédiaire au tibia et au péroné est fournie par le tibia ou par le péroné fracturé. On voit sur la pièce présentée par M. Nicaise que les muscles péroniers ne peuvent servir à rien, et qu'on peut les sectionner sans inconvénient.

M. *Larger*. Au moment du traumatisme, il est difficile de se prononcer sur l'utilité ou l'inutilité des muscles. De même, les nerfs lésés sont parfois le point de départ de l'atrophie musculaire.

— M. *L. Labbé* présente une jeune fille atteinte d'éléphantiasis de la face. Elle a vingt ans; à l'âge de treize mois, une tumeur parut à la racine du nez; à cinq ans, cette tumeur étant très développée, un médecin fit une opération qui fut bientôt suivie de récidive. Aujourd'hui le globe de l'œil est caché derrière la tumeur, mais il est intact. M. Labbé pense qu'il y a lieu d'intervenir chirurgicalement.

M. *Verneuil* croit qu'il s'agit d'une variété de tumeurs décrite il y a vingt-cinq ou trente ans, par Valentine Mott, sous le nom de *pachydermocèle*. Alors on n'avait pas de notions sur la structure de ces tumeurs. Depuis, on sait que ce sont des névromes plexiformes considérables occupant des branches du plexus cervical superficiel. Valentine Mott les appelait aussi éléphantiasis mous. Ces tumeurs sont opérables. M. Depaul a vu un petit enfant qui portait au cou une grosse tumeur de ce genre; opération suivie de guérison. C'est sur cette pièce que M. Verneuil étudia l'anatomie pathologique des éléphantiasis mous.

M. *Després*. Il y a dans le livre d'Alard, publié en 1825, des figures représentant exactement cette lésion; dans le livre de Godard sur l'éléphantiasis, on trouve des observations analogues. Pour M. Després, la malade de M. Labbé a un éléphantiasis de la face. Une opération ne la guérira pas pour longtemps, parce que l'éléphantiasis est sujet à récidive quand bien même on opérerait dans les tissus sains.

M. *Trélat*. Il faut enlever la tumeur en faisant une opération autoplastique convenable. Si l'on tient compte de l'apparence extérieure du derme, si l'on tient compte du toucher, de l'ancienneté de la tumeur, on voit qu'on est en présence d'une tumeur vasculaire avec tissus fibreux et adipeux hypertrophiés.

Les névromes plexiformes n'atteignent pas ce volume et ne modifient pas la structure de la peau, comme on le constate ici. M. Trélat a vu deux cas d'éléphantiasis de la face chez des enfants: les traits étaient conservés quoique difformes; ici on voit une sorte de lipome flasque et amaigri.

M. *Verneuil*. M. Trélat croit à une tumeur érectile modifiée; mais ici les nodosités sont produites par des névromes et non par des caillots sanguins. Le derme n'est pas malade, comme dans l'éléphantiasis. Les éléphantiasis récidivent quand l'opération est incomplète; d'ailleurs il ne s'agit pas ici d'un éléphantiasis.

M. *Després*. Depuis quinze ans cette tumeur augmente sans provoquer de douleur; ce n'est pas un névrome plexiforme. Ce n'est pas une tumeur érectile transformée; elle n'en a pas la consistance.

M. *Terrillon*. Il ne faut pas confondre la tumeur qu'on appelle éléphantiasis, en France, avec celles ainsi appelées dans les pays chauds. L'éléphantiasis des pays chauds est de nature entozoïde; un entozoaire pénètre dans les lymphatiques et les obstrue, c'est le *Filaria sanguinis*.

M. *Guéniot* a présenté en 1870 un enfant de deux ans qui avait à la région fronto-sourcilière droite une tumeur de 8 centimètres sur 6. On fit l'opération. La tumeur était formée par tous les éléments hypertrophiés de la peau, avec prédominance du tissu graisseux.

M. *Le Fort* a pu assister au développement de ces tumeurs; ce ne sont pas des tumeurs érectiles transformées.

M. *Trélat* a étudié avec M. Monod les transformations des

tumeurs érectiles, et il y a rencontré des dépendances fibreuses et graisseuses.

M. *Lannelongue*. Les tumeurs érectiles transformées deviennent parfois très volumineuses; mais on retrouve toujours en un point la coloration bleuâtre, vasculaire de la tumeur érectile.

M. *Labbé*. Même au début, la tumeur n'a pas présenté une coloration bleuâtre, un aspect érectile.

— M. *Gillette* lit une observation de sarcome récidivé de la joue droite; guérison sans fistule du canal de Sténon réséqué; érysipèle; guérison. Un homme de trente-deux ans, lymphatique, fut opéré en 1879 par M. Richet d'une tumeur de la joue droite; érysipèle; guérison.

En 1880, la tumeur récidive et atteint bientôt le volume d'une petite noix. Anesthésie locale par l'éther. La tumeur s'était développée dans la petite parotide accessoire qui accompagne le canal de Sténon. Erysipèle quatre jours après l'opération; puis formation d'une collection purulente à la nuque; guérison.

—M. *Pozzi* lit un rapport sur diverses observations adressées à la Société de chirurgie par M. Millot-Carpentier:

1° Opération de taille pour un calcul formé autour d'un haricot;

2° Kyste de l'ovaire; ovariotomie; guérison;

3° Kyste multiloculaire de l'ovaire avec hypertrophie de l'utérus; ovariotomie et ablation de l'utérus; pansement de Lister; guérison;

4° Kyste multiloculaire de l'ovaire; douze ponctions successives; ovariotomie; mort;

5° Autre observation d'ovariotomie suivie de guérison.

— M. *Peyrot* lit une note sur un angiome fibreux développé dans la loge musculaire de l'œil droit, et qui a amené l'atrophie de cet œil. Jusqu'à l'âge de dix ans la malade ne remarqua rien d'anormal; elle a vingt-trois ans aujourd'hui. Il se développa d'abord sur la partie moyenne du nez une petite tumeur qui fut détruite par les caustiques. L'œil droit fut peu à peu repoussé en avant par la tumeur. Opération le 3 octobre; érysipèle; guérison. La tumeur a 6 centimètres de longueur sur 4 centimètres de largeur; aspect homogène; c'est un angiome fibreux. M. Poncet a fait l'examen histologique; il a trouvé du tissu fibreux traversé par de nombreux sinus sanguins; peu d'artères. Presque toutes les cellules sont infiltrées de pigment. Pour M. Poncet, c'est un fibrome caverneux et mélanique. Pour M. Peyrot, c'est un angiome transformé. On n'a pas trouvé trace du tissu normal du globe oculaire.

— M. *Polaillon* présente un homme de vingt-quatre ans qui se luxa l'épaule gauche en août dernier; la luxation, qui était intra-coracoïdienne, ne fut pas reconnue. Le 20 décembre, M. Polaillon fit des tractions jusqu'à 115 kilogrammes pendant quinze minutes; la luxation devint sous-coracoïdienne. Quelques jours après, il fit la section sous-cutanée de brides fibreuses externes; nouvelles tractions; réduction. Le malade peut faire presque tous les mouvements.

— M. *Larger* présente un malade porteur d'un aï douloureux.

— M. *Reclus* lit un travail sur les angiomes caverneux en communication directe avec la veine jugulaire.

Conclusions : il existe à la région cervicale des angiomes réductibles d'un diagnostic difficile. Ces angiomes communiquent avec la veine jugulaire sans l'intermédiaire de valvules. Si on les vide, ils se remplissent rapidement. Ces tumeurs doivent être séparées des angiomes en général.

L. Leroy.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Des pseudo-contractures : M. Dally. — Traitement local des laryngites : M. Gouguenheim.

M. *Dally* lit une note sur les pseudo-contractures en réponse aux objections qui lui ont été adressées par M. Féréol dans la dernière séance. Il pense que, s'il y a un incontestable avantage à avoir isolé certaines entités morbides des groupes complexes dans lesquels elles se trouvaient confondues, si l'on peut s'applaudir d'avoir jeté quelque lumière dans l'étude des encéphalites et des myélites, il est regrettable à tous égards de voir englober sous le nom d'hystérie une foule de phénomènes très dissemblables. De l'hystérie, affection *ab utero*, caractérisée par des vapeurs, des suffocations avec sensation de *boule*, des convulsions, des désirs érotiques, *que le mariage guérissait jadis, et dont on ne parlait qu'entre hommes et à voix basse*, on a fait aujourd'hui une maladie tellement générale que M. Féréol a pu prononcer le mot de *diathèse* hystérique; tous les phénomènes nerveux non classés sont hystériques, même en l'absence de l'utérus. Cette confusion dans le langage scientifique est des plus regrettables; en quoi les accidents d'ordre nerveux déterminés par la chloro-anémie, les chagrins, les émotions vives, sont-ils du domaine de l'hystérie? M. Dally rappelle que la malade dont il a parlé a été atteinte brusquement, à San-Francisco, où régnait une sorte d'épidémie de rhumatisme musculaire; rien dans les détails de son observation, rien dans l'état mental ou affectif de cette jeune fille n'autorise à mettre l'hystérie en cause. Les contractures hystériques cessent pendant le sommeil et s'accompagnent d'anesthésie et d'analgésie; il n'en est pas ainsi dans le cas qu'il a cité. Quant au point de départ du trouble fonctionnel, M. Dally persiste à le localiser dans le cerveau, la contracture n'apparaissant ou n'augmentant que lorsqu'on vient à diriger les préoccupations de la malade vers son membre lésé; la contracture de la jambe aurait certainement disparu comme celle du bras si l'on n'avait employé d'imprudentes manœuvres de force et une thérapeutique trop active. Il reconnaît cependant qu'il y a un élément médullaire secondaire dans cette contracture, puisqu'il y a un certain degré d'atrophie des muscles gastro-cnémiens, lésion sans doute incurable. La contracture véritable est d'origine médullaire; celle qui se montre autour d'une articulation douloureuse n'est qu'une contraction pathologique passagère, une pseudo-contracture. Quant aux guérisons merveilleuses par *les voyages aux Pyrénées* elles peuvent, sans contredit, se produire lors de ces accidents d'ordre spécial qui relèvent de ce que M. Dally a nommé l'*état malicieux*, mais un semblable résultat ne pourrait être obtenu chez la jeune malade dont il a rapporté l'observation.

M. *Féréol* est d'avis que le cerveau n'agit dans des cas de ce genre que par l'intermédiaire de la moelle; il faut que cette dernière soit dans un état tout spécial d'opportunité morbide pour que l'influence de la cérébration se manifeste par de semblables phénomènes. Il y a la plus grande analogie entre ce cas et la contracture de *vigilance musculaire* signalée par M. Verneuil.

M. *Martineau* est d'avis qu'il est fâcheux de considérer l'hystérie comme intimement liée aux affections du système utéro-ovarien. Il a examiné dans son service environ 6000 femmes atteintes d'affections utéro-ovariennes, sans constater chez elles les signes de l'hystérie. Certes, les maladies utérines donnent lieu à un grand nombre de troubles sympathiques, et il n'y a rien d'étonnant à ce que, chez une femme prédisposée, c'est-à-dire antérieurement affectée

d'hystérie, une lésion de l'utérus détermine des accidents convulsifs; mais jamais il n'a vu l'hystérie se développer de toutes pièces sous l'influence d'une affection utérine.

M. *Féréol* fait observer que les recherches récentes ont montré, que c'est surtout l'ovaire qui est en cause dans l'hystérie; c'est la conclusion des travaux de Charcot. L'hystérie serait une névrose réflexe prenant son point de départ dans l'ovaire.

M. *Dally* pense que, si l'on se rangeait à l'opinion de M. Martineau, il faudrait changer de toute nécessité le nom de l'hystérie, qui correspond à une affection tout autre, depuis longtemps observée et décrite. Pour lui, la guérison subite des contractures hystériques, même anciennes, sous l'influence d'une vive émotion morale, démontre bien que c'est dans l'organe de l'idéation, dans le cerveau, qu'il faut chercher le point de départ des accidents.

M. *Martineau*. Je m'inscris en faux contre l'opinion qui place le point de départ de l'hystérie dans l'ovaire. Jamais je n'ai déterminé d'attaque hystérique en comprimant l'ovaire d'une femme atteinte de lésion de cet organe. Qu'une hystérique ait, du côté des ovaires, des points névralgiques au niveau desquels la compression, très douloureuse, détermine des convulsions, il n'y a là rien d'étonnant, puisque l'on trouve chez ces mêmes malades divers autres points dont la compression produit les mêmes résultats.

M. *N. Gueneau de Mussy* fait remarquer que si l'on veut chercher dans une lésion de l'utérus ou de l'ovaire la cause de l'hystérie, on fera certainement fausse route. L'appareil génésique ne se compose pas seulement des organes génitaux; il y a un certain département de l'axe cérébro-spinal qui préside aux fonctions génésiques et qui doit être mis en cause dans la pathogénie de l'hystérie. C'est ainsi qu'il faut comprendre, suivant lui, les rapports intimes qui existent entre la névrose convulsive et l'appareil génital. Il a observé très souvent le point ovarien et déterminé des attaques par la compression à ce niveau.

M. *E. Labbé* a plusieurs fois rencontré chez des hystériques certains points douloureux, par exemple de névralgie intercostale, dont la compression suffisait à déterminer des attaques convulsives.

— M. *Gouguenheim* lit une note sur *le traitement local des laryngites*. Ce traitement, jugé depuis longtemps fort utile, a été rendu plus facile par les progrès de la laryngoscopie. Il n'y a guère qu'une contre-indication à sa mise en pratique, c'est le jeune âge des malades; l'incurabilité de l'affection du larynx n'est pas toujours une raison suffisante d'abstention. Dans les laryngites aiguës le traitement local est le plus souvent inutile; on pourrait cependant lors de laryngite suraiguë menaçante recourir à des scarifications. Dans les laryngites chroniques, c'est moins la nature même de la laryngite que le degré d'inflammation, d'épaississement ou d'ulcération de la muqueuse qui doit fournir les indications thérapeutiques. Les topiques que l'on devra employer de préférence sont : le chlorure de zinc en solution au trentième; le sulfate de zinc au cinquantième ou même plus dilué; l'iode uni à la glycérine, au trentième : la teinture d'iode étant trop irritante à cause de l'alcool. Les sels de fer et l'alun sont peu avantageux; il en est tout autrement du chlorate de potasse en solution concentrée pour modifier les ulcérations. Le nitrate d'argent au vingtième et même au soixantième est très douloureux; il demande d'agir avec grande prudence, car il faut toujours redouter les accidents de spasme glottique. On obtient parfois une tolérance plus grande de la muqueuse au moyen d'un badigeonnage préalable avec l'extrait de coca dilué dans un peu d'eau. Dans la laryngite syphilitique secondaire, le nitrate d'argent modifiera d'une façon rapide les lésions papulo-érosives; mais il perd toute action contre la laryngite tertiaire. Dans ce cas, lors d'ulcérations, on pourra employer l'iodoforme, mais il faut avant tout instituer le traitement interne à l'iodure de potassium. Dans la laryngite tuberculeuse, si les lésions sont peu intenses et non ulcéreuses, on tirera de très bons effets du chlorure de zinc ou du chlorate de potasse; si les lésions sont localisées à un segment et s'accompagnent d'ulcération rapide et profonde, c'est au chlorate de potasse qu'il faut recourir; parfois on obtiendra la cicatrisation de l'ulcère. Dans la forme grave, avec tuméfaction généralisée et inflammation vive et douloureuse, les attouchements avec la glycérine morphinée seront un utile palliatif, tout autre traitement devant rester infructueux. Les pansements intra-laryngiens ne doivent pas être faits avec des pinceaux dont les poils peuvent toujours se détacher, mais avec une petite éponge solidement fixée à l'extrémité d'une baleine courbe.

M. *N. Gueneau de Mussy* pense que le nitrate d'argent peut rendre plus de services que ne l'a dit M. Gouguenheim. Pour lui il en a retiré d'excellents effets dans un cas de laryngite œdémateuse grave chez un jeune enfant, dans deux cas de laryngite variolique avec menace d'asphyxie et aussi dans plusieurs cas de laryngite tuberculeuse; il a même vu chez un tuberculeux l'aphonie disparaître et a pu constater, à l'autopsie, la cicatrisation presque complète d'une vaste ulcération laryngée.

M. *Féréol* a également employé avec succès les attouchements du larynx avec le nitrate d'argent chez les tuberculeux. Il fait observer d'ailleurs que le danger de spasme avec ce topique est sans doute plus grand lorsqu'on le porte, ainsi que le fait M. Gouguenheim, jusque dans l'intérieur du larynx; dans les simples badigeonnages de l'épiglotte et de l'orifice supérieur il n'a jamais vu se produire aucun accident.

M. *Gouguenheim* redoute en effet le spasme douloureux déterminé par le nitrate d'argent; il n'a d'ailleurs jamais constaté l'efficacité de ce caustique dans la laryngite ou l'épiglottite tuberculeuse.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Travaux à consulter.

Traitement des fractures de la cuisse chez les enfants, par M. Lentze. — Le membre est recouvert de bandes de diachylon et de flanelle et suspendu verticalement à une poulie munie d'un contrepoids (2 kilos suffisent). L'appareil est très bien supporté par les petits blessés. (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 52.)

De la bronchectasie congénitale, par M. Grawitz. — Le titre suffit pour faire comprendre le but de l'auteur qui a rencontré plusieurs fois chez des fœtus à terme ou des nouveau-nés, des dilatations bronchiques parfaitement caractérisées. Il fait observer que ce fait de l'emphysème congénital est depuis longtemps admis par les cliniciens, mais que les anatomistes ne l'admettent point. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXII.)

De l'électrothérapie du cerveau, par M. Löwenfeld. — Recherches nouvelles sur des lapins. Résultats principaux :

1° Dans la direction descendante (le pôle positif au front, le pôle négatif à la nuque), les courants qui traversent le cerveau déterminent un rétrécissement des vaisseaux de la pie-mère;

2° Dans la direction contraire, ils en provoquent la dilatation;

3° Dans la direction transversale, on observe de la dilatation à l'un des pôles, du rétrécissement à l'autre;

4° Les courants d'induction dirigés le long de la tête, déterminent une congestion du cerveau.

L'auteur annonce un travail complet sur la matière. (*Cent. für med. Wiss.*, 1881, n° 8.)

BIBLIOGRAPHIE

Travaux d'obstétrique et de gynécologie, 1 vol. in-8°, par le professeur C. Pajot. — Lauwereyns, 1882.

Nous trouvons réunis sous ce titre des travaux fort divers dont les plus importants se rapportent à l'obstétrique. La gynécologie proprement dite ne figure que pour une part fort restreinte. Tout d'abord l'auteur nous offre sous une forme très sommaire, presque aphoristique, une sorte de programme de pratique obstétricale. Il n'y faut pas chercher un enseignement complet et régulier; mais un résumé rapide, une indication des points les plus importants. De temps en temps M. Pajot développe quelques parties qui ont été, de sa part, l'objet d'études particulières. A ce titre, nous signalerons d'intéressants détails sur le choc fœtal et les procédés d'exploration qui permettent de le percevoir entre le quatrième et le cinquième mois de la grossesse; le chapitre consacré à l'examen synthétique du mécanisme des accouchements, « mécanisme unique dans tous les accouchements spontanés, quelles que soient la présentation et la position et la discussion de la loi générale de ce mécanisme ».

Après cet exposé dogmatique des éléments de l'obstétrique, nous trouvons une série de chapitres isolés, sans autre lien que le sujet commun qu'ils ont en vue et dans lesquels le professeur résume ses opinions sur beaucoup de questions à l'ordre du jour, développe les idées qui lui sont propres, expose ses différents travaux. C'est une sorte de miscellanée où domine la note critique présentée avec cette allure vive et dégagée qui caractérise en quelque sorte la manière de l'auteur.

On lira avec intérêt une discussion étendue sur la céphalotripsie et ses indications; sur la méthode opératoire particulière proposée par M. Pajot : la céphalotripsie répétée sans tractions, applicable aux cas de rétrécissements extrêmes du bassin; une critique fort vive, quoique très bienveillante, du forceps à aiguille de M. Tarnier.

L'anesthésie obstétricale mitigée que l'on a vulgarisée en France dans ces derniers temps n'a pas les sympathies de l'auteur. Tout en préconisant l'anesthésie complète dans la plupart des opérations obstétricales, il repousse cette demi-anesthésie, ce qu'il appelle l'anesthésie homœopathique, qu'il déclare absolument illusoire. Le chloroforme ne doit être donné pendant le travail que sur une indication, et les phénomènes d'un accouchement normal et régulier ne constituent pas pour lui « une indication ».

Comme nous l'avons dit, la partie du volume consacrée à la gynécologie proprement dite est fort restreinte. Elle contient une analyse critique fort étendue du *Traité des maladies utérines* de Courty, et du *Traité clinique des maladies des femmes* de Gaillard-Thomas. M. Pajot fait un éloge particulier de ce dernier ouvrage. Plusieurs articles sur la stérilité et ses causes, sur le traitement du catarrhe utérin, des déviations utérines, l'influence de la grossesse sur ces déviations présentent des aperçus nouveaux et des observations intéressantes, dans lesquelles la leçon est souvent égayée par ces pointes d'esprit gaulois que ne dédaigne pas M. Pajot, « grave plus qu'un évêque quand il faut l'être, mais toujours disposé à s'en dédommager ».

VARIÉTÉS

Le divorce et l'aliénation mentale.

Trois de nos confrères, MM. Blanche, Charcot et Legrand du Saulle, ont été entendus par la commission du divorce pour donner leur avis sur la question de savoir si la folie doit figurer parmi les cas de divorce. Nous croyons savoir que tous trois ont été d'accord pour répondre négativement, sauf quelques nuances dans les motifs de leurs opinions respectives. Pour notre part, nous les approuvons formellement.

La considération la plus générale à faire valoir est que l'aliénation mentale est une maladie, et qu'aucune maladie, même le cas d'impuissance, n'est une cause de dissolution du mariage. L'aliéné est un homme atteint dans sa santé intellectuelle et morale, comme d'autres le sont dans leur santé physique; il mérite la même sollicitude, sinon une plus grande, sauf qu'il peut y avoir lieu de prendre, contre les effets de son égarement d'esprit, certaines précautions de sécurité pour lesquelles il n'est besoin ni de divorce ni de séparation de corps.

Secondement, la folie chronique, quoique souvent incurable, ne l'est pas nécessairement. Quelle cruelle et inique situation que celle d'un des époux rentrant au foyer domestique après une guérison imprévue, et y trouvant l'autre époux engagé dans les liens d'un nouveau mariage ! La folie circulaire donne de ces surprises : on nous dit que M. Blanche en a cité un exemple remarquable devant la commission; la folie avait duré seize ans! La paralysie générale est incurable, nous le voulons bien, mais personne ne niera qu'elle puisse présenter des rémissions si longues et si complètes que les plus expérimentés se prennent à les espérer définitives, et qu'en tout cas il y a nécessité de rendre le malade à sa famille. Quant aux cas où le mal fait des progrès à peu près continus, et autorise à coup sûr un pronostic funeste, eh bien, comme l'a dit un de nos confrères (M. Charcot, croyons-nous), la seule conduite qu'on puisse dicter aux familles c'est de redoubler de soins et de prendre patience. Quant à l'épilepsie, qui ne l'a vue, chez les jeunes gens, se limiter à un ou deux accès pour ne plus se reproduire jamais? Ce sont ces cas-là surtout que Foville croyait pouvoir rapporter à l'éruption de grosses molaires ou de la dent de sagesse. Il y a des épilepsies vermineuses; nous avons connu un commis de librairie chez lequel les accès ont entièrement disparu pendant les douze ou quinze ans qu'il a encore vécu après avoir rendu un ténia.

Bien d'autres considérations se présentent à l'esprit, mais d'une nature moins strictement scientifique. Nous n'en voulons relever qu'une. Il n'est pas rare de rencontrer des gens assez dépourvus de sens moral pour spéculer, par un mariage, sur la maladie d'autrui. Les affections lentes à se caractériser, mais souvent reconnaissables de bonne heure, la phthisie, l'aliénation mentale, se prêtent particulièrement à ce genre de calcul. La perspective du divorce serait un encouragement de plus, et d'autant plus tentant, en ce qui concerne la folie, qu'il serait plus aisé d'accomplir après mariage, sur le faible d'esprit, quelque acte de spoliation.

A. D.

Faculté de médecine de Lyon.

M. Morat, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Lille, a été délégué, en la même qualité, à la Faculté de médecine de Lyon, pendant la durée du congé accordé à M. Picard, titulaire de la chaire.

A ce sujet, MM. les agrégés de la Faculté viennent d'adresser à M. le ministre de l'instruction publique la lettre suivante, dont il serait difficile de contester l'opportunité, autant que la convenance.

« Monsieur le ministre,

» Les agrégés de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon viennent d'apprendre avec une légitime émotion la nomination d'un professeur de la Faculté de Lille comme délégué dans les mêmes fonctions à la Faculté de Lyon, pour remplacer, pendant l'année scolaire 1882, M. le professeur Picard dans la chaire de physiologie. C'est un devoir pour les agrégés de suppléer dans leur enseignement les professeurs absents ou empêchés; mais c'est aussi une de leurs

plus précieuses prérogatives, et, pour ainsi dire, leur véritable raison d'être. Leur droit, toujours respecté, se trouve donc méconnu dans cette circonstance, et l'avenir même de l'agrégation serait inévitablement compromis si le rôle de ses membres devait ou pouvait être ainsi amoindri.

» Confiants dans votre haute équité, les agrégés de la Faculté de Lyon appellent votre attention, Monsieur le ministre, sur une mesure qui va manifestement à l'encontre de leur droit le plus incontestable, et ils vous prient d'agréer, etc.

» Lyon, le 7 février 1882. »

Nécrologie : Auguste Cossy. — C'est avec une peine profonde que nous signalons une nouvelle victime du devoir professionnel, dans la personne de M. le docteur Cossy (Auguste), qui vient de mourir emporté par une angine diphthéritique contractée à l'hôpital des Enfants-Assistés, où il remplissait, auprès de M. Parrot, les fonctions de chef de clinique. C'est dans cette maison que succombait au même mal, il y a moins d'un an, Clozel de Boyer, et qu'ont été frappés également deux internes, MM. Herbelin et Carette. Un autre chef de clinique du même service y avait déjà contracté l'angine diphthéritique à laquelle il a heureusement échappé. Cossy était de nationalité suisse. Il n'avait que trente-deux ans et était marié depuis dix mois seulement. Il avait été premier interne; il s'était livré aux travaux expérimentaux dans le laboratoire de M. Vulpian, et avait publié un mémoire remarqué sur *les épanchements dans les ventricules cérébraux.*

Le bruit de sa mort a eu un écho au *Conseil supérieur de la protection des enfants du premier âge,* où M. Liouville s'est fait le premier l'interprète de l'émotion générale, aussitôt suivi par MM. Bergeron, Béclard et Marjolin. L'attention de l'administration a été appelée sur l'urgence qu'il y aurait à résoudre la question de l'isolement pour les maladies contagieuses. Nous ajouterons que la première réforme à accomplir serait de changer à l'hospice des Enfants-Assistés la salle des diphthéritiques, qui est beaucoup trop exiguë. A cette occasion, M. Marjolin a insisté sur les réformes à opérer au *Dépôt,* « ce funeste réceptacle de tant de misères. » M. le secrétaire d'Etat du ministère de l'intérieur a promis au comité tout le concours et tout le dévouement de son administration.

— A. Vidau. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de notre ancien collaborateur, M. Alfred Vidau, pharmacien de première classe, ancien professeur agrégé du Val-de-Grâce, mort le 12 février dernier, à l'âge de trente-huit ans. Doué d'une intelligence vive et pénétrante, très laborieux et très actif, M. Vidau paraissait devoir parcourir une brillante carrière dans l'armée lorsque des considérations personnelles l'engagèrent à donner sa démission. Le travail excessif auquel il s'était donné tout entier avec tant de zèle et une ardeur si opiniâtre a certainement rendu plus rapide la marche de la cruelle maladie à laquelle il a succombé.

— Philippar. — Nous devons aussi un mot de sympathie et de regret à la mémoire d'un honnête et estimable médecin que n'ont pas oublié tous ceux qui ont été attachés à un titre quelconque à l'hôpital militaire du Gros-Caillou. Médecin requis à cet hôpital, Philippar y est resté pendant près de vingt ans un modèle de dévouement et d'activité charitable.

Administration générale de l'Assistance publique. — Concours public pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. Ce concours sera ouvert le lundi 20 mars 1882, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le 16 février 1882, et sera clos définitivement le 4 mars, à trois heures.

Muséum. — M. Gibier (Paul), interne en médecine des hôpitaux de Paris, est nommé aide-naturaliste près la chaire de pathologie comparée au Muséum d'histoire naturelle.

Bienfaiteurs de l'Association générale des médecins de France. — M. le docteur Brun, trésorier de l'Association, a reçu les dons suivants : de MM. les docteurs Amodru, 1000 fr.; Jourdanet, 500 fr.; Bucquoy, 100 fr.; Wickham (Georges), 25 fr.; Wickham (Robert), 20 fr.; Jules Cloquet (le baron), 1000 fr.; Pfeiffer, 50 fr.; Hugot (de Laon), 250 fr.; Bourdin (de Choisy-le-Roi), 80 fr.; la Société médicale du IXe arrondissement de Paris, 100 fr. Total, 3125 fr.

Asiles d'aliénés. — Le Conseil général de la Seine a voté, dans sa séance de vendredi dernier, sur le rapport de M. le docteur Loyseau, un agrandissement considérable de l'asile public d'aliénés de la Ville-Evrard. Le nombre des lits sera porté de 150 à 300, moitié pour les hommes, moitié pour les femmes. Ces 150 nouveaux lits à créer exigeront la construction de six nouveaux pavillons pour l'habitation des malades et de deux pavillons pour le service des bains et des cuisines, soit une dépense de 1 427 552 fr. 45 c.

Mortalité a Paris (6e semaine, du vendredi 3 au jeudi 9 février 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 225 910 habitants. — Nombre total des décès : 1357, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 10. — Rougeole, 26. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 52. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 13. — Infections puerpérales, 13. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 45.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 242. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 71. — Bronchite aiguë, 62. — Pneumonie, 154. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 39; au sein et mixte, 20; inconnu, 7. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 126; de l'appareil circulatoire, 81; de l'appareil respiratoire, 137; de l'appareil digestif, 51; de l'appareil génito-urinaire, 20; de la peau et du tissu lamineux, 1; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 1; épuisement, 1; causes non définies, 0. — Morts violentes, 37. — Causes non classées, 14.

Conclusions de la 6e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1278 naissances et 1357 décès. Les nombres accusés par les précédents bulletins étaient : 1182, 1179, 1265, 1289. Le chiffre de 1357 décès relevé dans le bulletin de ce jour est donc supérieur à chacun des chiffres des quatre dernières semaines. La comparaison avec la 5e semaine des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques fait ressortir : une atténuation pour la diphthérie (52 décès au lieu de 64 pendant la 5e semaine), pour la variole (10 au lieu de 11); une aggravation pour la rougeole (26 décès au lieu de 21), pour la scarlatine (3 au lieu de 2), l'érysipèle (13 au lieu de 4), l'infection puerpérale (13 au lieu de 9). Les décès par fièvre typhoïde (31) et par coqueluche (5) ont atteint le même chiffre que durant la 5e semaine.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

Avis. — L'*Annuaire statistique de la ville de Paris pour* 1880 vient de paraître. Cet ouvrage est tenu gratuitement à la disposition : des médecins des hôpitaux; des médecins de l'état civil; des médecins des bureaux de bienfaisance; et de tous les praticiens qui ont bien voulu collaborer à l'enquête sur la morbidité par affections épidémiques, en avisant le service des cas d'invasion des maladies infectieuses qu'ils étaient appelés à constater. L'envoi du volume à tout praticien appartenant à l'une des catégories qui viennent d'être indiquées aura lieu sur une simple lettre faisant connaître son désir de recevoir l'*Annuaire.* Il lui sera également possible de se le faire délivrer au bureau de la *Statistique municipale,* avenue Victoria, n° 1, soit en se présentant lui-même, soit en donnant à une autre personne l'autorisation écrite de le retirer.

Ceux qui, sans avoir un titre administratif à la remise gratuite de ce document, seront désireux de l'acquérir, pourront se le procurer, au prix de 6 francs, chez M. Georges Masson, libraire, 120, boulevard Saint-Germain.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imprimerie Emile Martinet, rue Mignon, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 23 février 1882.

PROHIBITION ET INSPECTION DES VIANDES AMÉRICAINES TRICHINÉES. — HÔPITAUX SPÉCIAUX DE VARIOLEUX. — DE LA CURE RADICALE DES HERNIES ET DE SES RÉSULTATS DÉFINITIFS.

Séance de l'Académie de médecine : Prohibition et inspection des viandes américaines trichinées. — Hôpitaux spéciaux de varioleux.

En dehors d'une intéressante présentation d'un placenta double qui a permis à M. Tarnier d'appeler de nouveau l'attention des praticiens sur la nécessité d'étaler les membranes lorsqu'elles sortent par la vulve, afin d'examiner soigneusement si le prolongement membraneux, restant fréquemment dans l'utérus, ne renferme pas des rameaux des vaisseaux ombilicaux, indices de l'existence d'un placenta accessoire; en dehors aussi d'une importante communication sur un cas d'hallucinations unilatérales de l'ouïe consécutives à une inflammation chronique de l'oreille moyenne, à propos de laquelle M. Ball exprime de nouveau l'opinion que les hallucinations exigent, pour se produire, une excitabilité toute spéciale, rendant l'encéphale apte à réagir au moindre prétexte et aussi une sensation venant mettre en mouvement le mécanisme automatique des centres nerveux, la séance de l'Académie a été presque tout entière remplie par l'examen de deux graves questions d'hygiène publique.

C'est surtout de la prohibition des viandes de porc dites américaines que l'Académie a eu à s'occuper ou plutôt de l'inspection micrographique que l'administration a essayé de pratiquer au moment de leur introduction en France. La discussion n'est pas close et recommencera mardi prochain; il est vrai qu'elle ne pouvait vraiment aboutir à la suite du rapport dont M. Chatin a donné lecture. Jamais, pensons-nous, pareille situation ne s'était présentée : une commission de trois membres avait été nommée pour examiner un mémoire de M. Decaisne sur cette question; deux des membres de cette commission étaient du même avis et tous deux défavorables à la prohibition comme à l'inspection de ces viandes, et c'est M. Chatin, seul partisan de l'opinion adverse, qui a été chargé de faire le rapport de la commission. C'est donc en présence du rapport de la minorité que l'Académie se trouvait, et le rapporteur ne s'était pas même cru obligé à faire connaître l'opinion de la majorité de la commission dont il émane. Cette bizarrerie devait naturellement réagir sur la discussion,

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Les vivisections devant le parlement allemand.—Influence des brouillards sur l'accroissement de la mortalité à Londres. — La crémation à Bruxelles. — Longues recherches nécessitées pour une identité difficile à établir.

La question des vivisections, qui passionne si fort nos voisins d'outre-Manche, paraît intéresser vivement aussi nos voisins d'outre-Moselle. Dans sa séance du 23 janvier dernier, le parlement allemand prit en considération le rapport d'une commission nommée pour examiner un certain nombre de pétitions provenant de sociétés ou de particuliers, demandant la restriction ou la prohibition de la vivisection. Le rapport fut présenté de la part de la commission, par le professeur Hüter, député de Greifswald, et terminé par la proposition suivante : « Considérant : 1° que, dans l'intérêt de la science, les vivisections paraissent être indispensables aux institutions enseignantes; 2° que les changements dans le code pénal, désirés par les pétitionnaires, ne semblent nullement nécessaires; 3° que les pétitionnaires ont la faculté de porter leurs plaintes sur les abus des vivisections devant les autorités locales qui régissent les établissements d'enseignement : — la Chambre passe à l'ordre du jour. »

Deux des membres de la commission se sont déclarés défavorables aux vivisections et ont proposé que toutes les expériences sur les animaux, lorsqu'elles sont douloureuses, à moins d'être faites dans un but hautement scientifique, soient punies d'une amende de 600 marks (750 francs) ou d'un emprisonnement correspondant. Dans la discussion qui s'éleva à ce sujet à la Chambre, M. von Minnigerode proposa comme amendement que les pétitions fussent renvoyées au chancelier de l'empire. Le professeur Virchow prit la parole pour combattre comme fausse l'assertion des pétitionnaires, qui avaient prétendu que les expériences étaient pratiquées,

d'autant que M. le ministre du commerce ayant demandé, par une lettre lue au commencement de la séance, l'opinion formelle de l'Académie sur le point en litige, il devenait nécessaire de lui adresser, non plus l'expression d'une opinion individuelle, mais l'avis de la majorité de ses membres. Le renvoi à la commission était la conclusion toute naturelle d'un débat si singulièrement engagé; il n'est pas douteux d'ailleurs que l'Académie, si l'on en juge par la discussion à laquelle elle s'est préalablement livrée, ne soit contraire, sauf un seul membre, à l'inspection micrographique des viandes américaines. Quels en sont les motifs?

On sait qu'on a fait grand bruit, il y a un an, de la constatation de trichines en abondance dans les jambons et lards américains; l'Académie eut à s'en occuper pendant plusieurs séances. Le gouvernement crut devoir par un décret de février 1881 prohiber complètement l'introduction de ces viandes dans notre pays; mais afin de ne pas entraver les engagements commerciaux en cours d'exécution, il en autorisa momentanément l'entrée après un examen microscopique pour lequel il créa un service spécial au Havre. Il se proposait de lever le décret d'interdiction en étendant le service d'inspection micrographique et le rendant obligatoire, lorsqu'un changement ministériel fit proposer une autre solution; une proposition de loi, actuellement soumise à la Chambre des députés, demande que « les viandes de porc salées, de provenance étrangère, accompagnées d'un certificat attestant que la viande a subi une préparation complète et qu'elle répond au type connu dans le commerce sous le nom de *fully cured*, pourraient être importées en France. Ces certificats seront établis, aux lieux d'origine, à la diligence et aux frais des intéressés, par des experts locaux dont la qualité sera justifiée et la signature dûment légalisée par les agents consulaires de la République... Au moment de l'acquit des droits de douane en France, les importateurs devront faire constater que les viandes qu'ils se proposent de livrer à la consommation sont saines, qu'elles sont dans un état parfait de conservation et que la salaison en est complète. Cette constatation sera faite, aux frais des importateurs, par des inspecteurs désignés par les préfets des départements frontières. » Quant à l'importation en France des viandes hachées non cuites, telles que saucisses, saucissons, cervelas, etc., et de boyaux destinés à ces préparations culinaires, elle serait absolument interdite. D'autre part, un député, M. Gaudin, a repris, sur son initiative personnelle, la proposition de loi complètement prohibitive avec obligation de l'expertise micrographique que le gouvernement avait retirée, de sorte que la commission spéciale de la Chambre des députés se trouve en présence de ces deux propositions et qu'elle hésite à prendre un parti dans un sens ou dans l'autre et à adopter les sanctions pénales (2 mois à 6 mois de prison et une amende de 100 francs à 500 francs) qu'on réclame contre les importateurs, tant qu'elle ne sera pas complètement renseignée sur l'influence que les viandes américaines peuvent avoir sur la santé publique. C'est à cette occasion que l'Académie est consultée, et il est probable, d'après les renseignements qui nous sont fournis, que la commission parlementaire se décidera d'après les conclusions mêmes de l'Académie.

Or, trois faits dominent la question : 1° on importe en France annuellement, depuis quelques années, de 30 à 40 millions de kilogrammes de ces viandes; elles sont manifestement trichinées et, cependant, aucun cas de trichinose n'a été observé qui puisse leur être attribué ; 2° l'examen microscopique ne peut se pratiquer sur des quantités si considérables que d'une manière toute superficielle, sur des morceaux pris au hasard, sous peine de durer un temps indéfini et d'exiger un très nombreux personnel; 3° cette inspection spéciale est illusoire, parce que les viandes américaines sont alors expédiées en Angleterre, en Belgique, en Allemagne, en Espagne, où on leur donne la forme extérieure des jambons d'York, de Mayence, de Bayonne et elles peuvent ainsi entrer en libre pratique par nos frontières de terre; M. Leblanc n'a-t-il pas fait remarquer que, par ce procédé, les importations de ces viandes n'avaient pas diminué depuis le décret de prohibition?

L'Académie de médecine est donc consultée sur les dangers d'une maladie qui n'existe pas dans notre pays, qui n'y a jamais été constatée qu'une fois par l'ingestion de la viande d'un porc abattu dans la localité même; maladie contre laquelle nos habitudes culinaires nous prémunissent; faut-il donc, dans ces conditions, retirer de la consommation des viandes à très bon marché, rendant les plus grands services aux populations ouvrières et rurales? Ainsi que tous les orateurs, sauf M. Chatin, l'ont déclaré à tour de rôle, il est préférable d'informer de nouveau le public par tous les moyens de publicité possibles que la cuisson prolongée de ces viandes (une heure par kilogramme, comme M. Vallin l'avait recommandé l'hiver dernier devant l'Académie) suffit pour les rendre inoffensives. Tout au plus, mais seulement en cas de danger manifeste, pourrait-on, comme le fait observer M. Bouchardat, exiger qu'elles ne soient vendues que cuites.

---

dans les universités, en grande partie par les étudiants. Comme M. Hüter, il s'attacha aussi à démontrer que les vivisections étaient indispensables aux progrès de la science médicale. Le ministre de l'instruction publique, M. von Gossler, présenta à ce sujet quelques remarques intéressantes.

« Je me suis, dit-il, efforcé de me faire une opinion, par l'étude des travaux scientifiques. Comme résultat de cette étude, je ne puis que vous recommander d'adopter la proposition de la commission. Il faut bien reconnaître que la plus grande partie des horreurs mises sur le compte de la vivisection ne sont nullement fondées; la majorité du public ne comprend pas bien quels sont les résultats des expériences sur les animaux. La médecine ne peut se dispenser de ces expériences. C'est cependant le devoir le plus sacré de ceux qui dirigent les universités, de limiter le plus possible les vivisections; et on a fait d'honorables efforts dans cette voie. N'introduisez pas chez nous l'état de choses qui existe en Angleterre. Dans l'Allemagne du Nord, les expériences sont établies par l'autorité d'État, et sont exécutées sous la direction de personnes distinguées dont la patrie peut être fière à bon droit. En Prusse, aucune plainte ne s'est élevée. On ne peut faire chez nous de ces exhibitions publiques d'animaux souffrants dont il a été question en Angleterre; et s'il y en avait, il s'élèverait contre elles une réaction de la part de la science elle-même. Je veux seulement dire ceci : si vous prenez le parti de renvoyer les pétitions à l'examen du chancelier, eh bien, soit, car vous penserez accomplir un devoir; si vous décidez le contraire, vous pouvez être sûrs que, autant que je puisse me former une opinion, nous pouvons avoir pleine confiance que tous les excès seront entièrement évités dans le champ d'action de la science. »

L'amendement de M. von Minnigerode fut rejeté, et la motion de la commission adoptée à une grande majorité.

— La statistique municipale de Londres, dans son dernier

Une objection peut, il est vrai, être présentée et M. Legouest l'a soulevée : une viande trichinée est-elle saine et l'ingestion de trichines, même mortes, est-elle sans inconvénient? M. Rochard y a répondu en insistant sur l'apparence magnifique des jambons américains trichinés et M. Bouley en rappelant que les trichines mortes ne sont plus que de l'albumine, a signalé des expériences récentes montrant qu'elles se digèrent alors comme toutes les matières albuminoïdes.

L'inspection micrographique à nos frontières de terre et de mer est impossible et illusoire; l'inspection aux ports américains est-elle plus facile à réaliser? Il faudrait, pour se prononcer à cet égard, être plus au courant que nous le sommes des mesures usitées dans les immenses usines dans lesquelles se pratique la salaison des viandes de porc aux États-Unis, notamment à Chicago, et connaître, ce que le gouvernement n'a pas encore dit, les résultats des démarches diplomatiques qui ont eu lieu à ce sujet. En tout cas, les hygiénistes pourront penser que toutes les mesures administratives qu'il faudra prendre, dans un cas comme dans l'autre, seront facilement et promptement éludées par le commerce et ils attendront qu'on veuille bien leur indiquer les dangers des viandes trichinées bien cuites pour demander une mesure prohibitive quelconque contre leur importation si utile à l'alimentation publique. L'hygiène consiste, il est vrai, à prévoir; mais l'expérience est faite depuis si longtemps en France sur cette question spéciale, qu'il faut évidemment partager l'avis que le Comité consultatif d'hygiène publique émettait, quoi qu'on en ait dit, même alors que le ministre auprès duquel il est institué édictait la prohibition; l'Académie répondra évidemment, mardi prochain, au gouvernement que l'usage des viandes américaines, même trichinées, pourvu qu'elles soient suffisamment cuites, est sans danger pour l'alimentation publique.

Tout autre sans doute serait l'avis que l'Académie aurait pu émettre à propos de la question soulevée par une lettre de M. le ministre de l'instruction publique écrite au nom d'une commission médicale anglaise (sans doute une commission du Local Government Board ou la commission des bills parlementaires de l'Association médicale britanique), lettre demandant de connaître les résultats d'une enquête qui aurait été faite à Paris sur l'influence qu'exerce sur leur voisinage la présence des hôpitaux spéciaux de varioleux. Les divers membres de l'Académie les plus compétents en ces matières ont dû reconnaître qu'aucune enquête n'avait eu lieu à cet égard, mais que de nombreuses recherches avaient été entreprises en France dans cette direction, entre autres par MM. Léon Colin, Fauvel et Vallin, Bertillon, E. Besnier. Cette question préoccupe vivement l'opinion publique à Londres; les voisins de l'un des hôpitaux spéciaux pour les affections contagieuses, le Small-pox Hampstead Hospital, ont réclamé contre les dangers auxquels cet hôpital les exposait et aussi contre la dépréciation qu'il causait à la valeur de leurs propriétés et la Chambre des lords, le 7 mars 1881, à la suite de plusieurs arrêts des juridictions inférieures, déclara que « cet hôpital portait préjudice aux voisins et que le conseil métropolitain des hôpitaux n'était pas moins responsable qu'un simple particulier envers les intéressés qui réclament des dommages-intérêts ». Or les frais de justice seuls s'élèvent à 1 million de francs dans cette affaire. Les voisins des autres hôpitaux de contagieux existant à Londres paraissent très disposés à porter les mêmes plaintes, si bien que les hygiénistes anglais se préoccupent vivement en ce moment de l'avenir de ces utiles institutions. Faut-il, comme on vient de le faire, aménager un vieux navire pour en faire sur la Tamise un hôpital de varioleux? Convient-il de demander à la législation de nouvelles garanties contre des plaintes trop intéressées et nullement en rapport avec les exigences de la santé publique? A Paris également on a signalé des cas de variole autour des services spéciaux de varioleux, mais, ainsi que M. Vallin l'a montré dans l'article de la *Revue d'hygiène* (avril 1881) auquel nous avons emprunté les renseignements qui précèdent, il serait facile d'empêcher cette propagation en réglant avec un plus grand soin le fonctionnement intérieur de ces établissements, les relations du dedans avec le dehors par le personnel de service, les visiteurs, les fournisseurs, en assurant la désinfection du personnel et du matériel. Vaut-il mieux en tout cas laisser 100 varioleux abandonnés dans des maisons communes, engendrer silencieusement autour d'eux 1000 cas nouveaux de variole que les concentrer dans un hôpital autour duquel viendront peut-être éclore 50 cas de variole? L'Académie sera quelque jour, nous l'espérons, mise à même de faire connaître à son tour son opinion en faveur de l'isolement des affections contagieuses, affections dont l'influence est réelle en notre pays et moins problématique que celle sur laquelle son avis était aujourd'hui sollicité.

---

bulletin hebdomadaire, appelle l'attention sur ce fait que l'effet combiné du brouillard épais et du froid a une fois de plus élevé le chiffre de la mortalité de cette ville à un point qui est rarement atteint, sauf dans les épidémies les plus meurtrières. Depuis les épidémies de choléra de 1849, 1854 et 1866, la mortalité de Londres s'est élevée à un chiffre anormal dans trois occasions, et chaque fois la mortalité excessive a été causée par le brouillard et la température basse. Dans la semaine finissant le 20 décembre 1873, à la suite du brouillard mémorable qui fut si fatal aux bestiaux de l'exposition d'Islington Cattle, la proportion de mortalité s'éleva à 37°,5; dans la semaine terminée le 7 février 1880, et qui avait été remarquable par son brouillard et son froid intenses, la proportion s'éleva à 46°,7; et enfin la semaine dernière, sous l'influence du brouillard intense de la semaine et de quelques jours de température basse, on constata la proportion exceptionnelle de 35°,3.

L'analyse de l'âge des morts de la dernière semaine montre que l'excès de mortalité dû aux effets du brouillard et du froid affecte tous les groupes d'âges de la population de Londres; toutefois cet effet nuisible est moindre parmi les enfants au-dessous d'un an, tandis qu'il est plus marqué parmi les personnes assez âgées. Pour les maladies, les effets les plus fâcheux du brouillard se sont manifestés dans celles des organes respiratoires, dont la mortalité de 415, 543 et 647 dans les trois premières semaines, s'est élevée à 994, dont 696 pour les bronchites, et 185 pour la pneumonie, dépassant ainsi de 427 la moyenne mensuelle ordinaire. Le caractère particulièrement fatal du brouillard de Londres peut être tiré de ce fait, que la proportion de la mortalité métropolitaine s'éleva de 26,4 et de 27,1 dans les deux premières semaines, à 35,3; tandis que dans les vingt-sept villes de province, ayant une population totale supérieure à celle de Londres, la proportion ne s'éleva que de 23,4 et 23,1 à 25,2. Ainsi la proportion de mortalité à Londres pour la semaine dernière dépassa la mortalité moyenne des vingt-sept

De la cure radicale des hernies et de ses résultats définitifs.

Il est peu de mots qui, longtemps, aient sonné plus mal à l'oreille des chirurgiens sérieux que ceux de « cure radicale des hernies ». On avait vu se succéder tant de méthodes, prônées un jour, évanouies le lendemain, qu'on semblait ne plus poursuivre cette décevante chimère. Les dangers à courir étaient trop graves et les résultats trop inconstants; aussi les opérations sanglantes étaient proscrites, et tous, sauf quelques médecins interlopes, avaient recours à l'application des seuls bandages.

La révolution que les pansements antiseptiques ont opérée dans la chirurgie devait changer certains facteurs du problème, et le procès s'est instruit à nouveau; en effet, les dangers de l'intervention ont diminué considérablement, et les chances de mort sont à peu près écartées. Mais, pour accepter définitivement cette opération, il reste à établir que la somme d'avantages qu'elle apporte est encore supérieure aux risques que l'on court, quelque minimes qu'ils soient; et ce travail n'a jamais été fait d'une manière bien exacte.

On répète souvent, et nous n'avons guère de statistique sérieuse pour combattre cet argument sans cesse invoqué, que la récidive est fatale et rapide. Qu'importerait alors la guérison prompte de la plaie opératoire si la hernie doit bientôt et sûrement reparaître? Ce ne serait qu'un trompe-l'œil, une duperie si le malade, aussitôt hors des mains de l'opérateur, voyait la tumeur se reproduire.

Heureusement certains chirurgiens ont pu suivre leurs malades; ils les ont revus longtemps après l'opération, et ont recherché si la guérison s'était maintenue. Les statistiques de ce genre ne sont pas encore bien nombreuses. Il en est une cependant que nous signalerons au lecteur, et qui se trouve consignée dans une thèse présentée à la Faculté de médecine de Bâle. Ce travail consciencieux, — et nous devons reconnaître que les Universités suisses nous en envoient souvent de semblables, — est dû à M. V. Guénod, élève du professeur Socin. Il nous rapporte trente-quatre observations où le temps écoulé entre l'opération et l'examen définitif varie entre neuf et quarante-trois mois. Il y a là de quoi puiser les éléments d'une étude sérieuse.

I

Il est incontestable que les opérations sanglantes, depuis les barbares interventions du moyen âge, la castration, la suture royale, le procédé de l'Espagnol, le point doré, jusqu'à la méthode plus savante de Gerdy et ses nombreux dérivés, ont eu pour résultat « des cures radicales », une véritable guérison de la hernie. Mais ces succès sont-ils fréquents, et dans quelles conditions les a-t-on obtenus? Il faut, en effet, distinguer les cas, car on ne peut comparer, par exemple, au point de vue de la curabilité, les hernies chez les jeunes et les hernies chez les vieux.

Les hernies des jeunes guérissent, le plus souvent, par l'application bien faite d'un simple bandage, porté avec quelque persévérance; le sac s'oblitère, l'anneau se rétrécit, et la hernie disparaît, quitte à se reformer plus tard si les précautions suffisantes n'ont pas été prises. Ici l'opération sanglante serait coupable, et ce n'est qu'après l'échec bien constaté des pelotes qu'on pourrait y recourir. Pour qu'une statistique « de cure radicale » par opération sanglante ait quelque valeur, il faut donc qu'elle vise, soit les jeunes chez lesquels le bandage a été impuissant, soit les hernieux qui ont dépassé la trentaine.

Il est encore une autre distinction nécessaire. Nous devons écarter de la statistique les cas où l'opération de « la cure radicale » a été pratiquée à l'occasion d'un étranglement, car les conditions sont alors plus propices. Les manœuvres de la kélotomie ordinaire même amènent parfois la guérison complète sans qu'il soit besoin d'exciser le sac et de suturer les anneaux. Les incisions pour le débridement et l'ouverture du sac, la compression soutenue que le pansement exerce sur la région tout entière et sur la séreuse enflammée, ont souvent déterminé des adhérences solides, la coalescence des parois du sac, un adossement des piliers de l'anneau. L'inflammation de la séreuse joue un rôle trop important pour qu'on puisse assimiler la cure radicale après kélotomie à celle que l'on tente lorsque la hernie n'est pas incarcérée.

Ainsi allégée de tous les éléments qui pourraient en amoindrir la portée, la statistique de Guénod s'appuie sur un nombre de cas, restreint sans doute, mais qui n'est pas sans valeur. Nous y trouvons 19 cas, dont 17 de hernies inguinales et 2 de hernies crurales; il n'y a pas eu de cas de mort, et, pour cette série du moins, le *primo non nocere* demeure acquis. Deux malades sortis guéris de leur plaie n'ont pu être retrouvés. Restent 17 opérés, et voici les résultats obtenus : examinés du neuvième au quarante-troisième mois, 9 d'entre eux présentaient une récidive; 8 par conséquent étaient guéris, soit une somme de succès qu'on peut évaluer à 47 pour 100. La statistique de Czerny (de Heidel-

---

villes de province de 10 pour 100; et comme la température de l'air dans les villes de province diffère à peine de celle de la métropole, cet excès de mortalité peut être attribué aux effets pernicieux du brouillard de Londres.

— La crémation, acceptée en principe sinon en fait dans un grand nombre de pays d'Europe, aux Etats-Unis, etc., a été l'objet d'une discussion approfondie à l'université de Bruxelles, dans sa séance du 6 février dernier. Plusieurs orateurs ont pris la parole pour en démontrer les avantages au point de vue hygiénique, M. Crock entre autres, pour réduire à leur juste valeur les inconvénients signalés au point de vue de la médecine légale. MM. Wilde et de Pacpe ont pris la parole à ce sujet. « Je pose, a dit ce dernier, le dilemme suivant : ou l'hygiène publique doit primer le prétendu intérêt de la justice, ou bien cet intérêt doit avoir le pas sur l'hygiène de toute une population. Dans le premier cas, nous serons tous à l'abri des miasmes pestilentiels, de la corruption des eaux, en un mot, de tous les dangers dont la décomposition lente des cadavres au sein de la terre nous menace. Dans le second cas, nous serons tous sacrifiés à un intérêt fort contestable de la justice, qui peut et doit prendre toutes ses mesures immédiatement après le décès. Dans la supposition même que les constatations faites après la mort eussent été insuffisantes, et que, plus tard, quelque crime soit soupçonné dont la crémation rendrait la recherche impossible, la question est de savoir si cet intérêt d'un seul doit primer les intérêts de tous. D'ailleurs je retourne l'argument contre mes adversaires. Si l'incinération des corps ne peut être faite, parce que la justice y trouverait son action compromise, alors il faut être logique, et au lieu de permettre au corps de se décomposer dans la terre, il faut tous les embaumer et les conserver indéfiniment. »

Nous ne pouvons qu'approuver M. de Pacpe d'avoir cherché à concilier les intérêts de la justice avec ceux de l'hygiène, mais nous ferons remarquer que l'emploi des

berg) est un peu moins favorable : sur 8 cas il y a eu 3 succès et 5 récidives, soit 37 pour 100 tout au plus.

M. Guénod a classé, avec raison, dans les récidives tous les cas où une hernie d'un volume quelconque s'était reformée. Il n'en est pas moins vrai que, nombre de fois, l'opération a été utile, et une tumeur gênante, volumineuse ou irréductible a été souvent remplacée par une tumeur de grosseur médiocre, réductible, et qu'un bandage pouvait maintenir. Il en a été ainsi dans 5 des 9 observations de récidive. Les malades insistaient eux-mêmes sur les avantages qu'ils avaient retirés de leur opération; d'ailleurs n'avait-il pas eu les bénéfices d'une guérison présumée pendant un temps qui a varié de deux à vingt-deux mois?

Ces chiffres sont probants, et nous pouvons en conclure que « la cure radicale » n'est pas toujours un leurre, comme on n'avait pas craint de l'affirmer sous le coup d'une réaction trop violente après les opérations sans mesure pratiquées à une certaine époque. Des individus de tout sexe et de tout âge, pour des hernies de toute espèce que le bandage n'avait pu guérir ou même contenir, ont été débarrassés de cette infirmité pénible par une opération devenue peu grave, et qui, dans la statistique que nous citons, n'a jamais provoqué la mort. Il ne faut donc pas la proscrire *a priori*, mais chercher à établir prudemment quelles en sont les indications.

II

On sait en quoi consiste l'opération de « la cure radicale » et sa grande simplicité : on met à nu le sac par des incisions analogues à celles de la kélotomie; on le dissèque, on l'isole avec soin, on l'ouvre, et l'on réduit les anses intestinales; s'il y a de l'épiploon adhérent, on le résèque après ligature. Le collet, complètement mobilisé, est suturé aussi haut que possible ou bien il est étreint dans une anse de catgut, au-dessous de laquelle on pratique l'ablation du sac. Si l'anneau qui a livré passage à la hernie est trop lâche, on peut en aviver les bords, que l'on adosse, ainsi que les lèvres de l'incision cutanée; un tube draine la plaie, et le pansement de Lister doit exercer sur le tout une compression suffisante.

La simplicité de cette opération nous amène tout d'abord à une indication précise; comme cette ligature du collet, cette ablation du sac ne peuvent, d'aucune manière, aggraver le pronostic, il faudra, dans tous les cas d'étranglements, compléter la kélotomie et pratiquer la cure radicale toutes les fois que l'intervention du chirurgien sera nécessaire. La chose nous semble assez évidente pour ne pas nous sentir le besoin d'insister.

Voici d'ailleurs les résultats que, d'après Guénod, donne la kélotomie complétée : sur 25 opérations de hernies incarcérées, dont 15 inguinales et 10 crurales, il y a eu 4 morts; — mais la lecture des observations prouve que cette terminaison fut la conséquence directe de lésions intestinales. — 4 des 21 autres malades n'ont pu être retrouvés; restent 17, qui ont fourni 3 récidives et 14 guérisons complètes. Le résultat, très supérieur à celui qu'on obtient dans les hernies non étranglées, tient sans doute à plusieurs causes: d'abord les hernies étranglées ne sont pas d'ordinaire les plus grosses; leur collet est plus étroit et leurs anneaux moins relâchés; puis l'irritation de la séreuse doit rendre les adhérences plus faciles et plus étendues.

III

Les indications de cure radicale dans les hernies non étranglées sont encore bien mal posées, et nous voyons chaque chirurgien obéir à ses inspirations bien plus qu'à une règle précise. Il nous semble cependant qu'il faudrait s'abstenir lorsque la tumeur se réduit facilement et qu'un bandage peut la maintenir. Dans ces conditions, si le malade est jeune, on peut même obtenir la cure radicale avec une pelote bien appliquée. Si l'on échoue, si la hernie persiste, pourvu qu'elle soit réductible et reste maintenue, nous ne voyons pas qu'il y ait à essayer de l'opération sanglante, qui, bien que peu redoutable aujourd'hui, n'en est pas moins sérieuse. On risque de compromettre l'existence pour un résultat fort aléatoire.

Nous savons bien que tous les chirurgiens ne sont pas aussi réservés. M. Guénod, qui expose la pratique du professeur Socin, publie des observations où la cure radicale a été tentée pour des hernies même contenues. La relation de ces cas est malheureusement très écourtée, et le motif de l'intervention ne se dégage pas d'une manière suffisante. Avait-on essayé de l'application d'un bandage? Si on l'avait fait, ne s'était-on pas lassé trop vite? Nous le croirions volontiers puisque l'un des enfants n'était âgé que de deux ans et demi.

Nous n'oserions prétendre que, chez les jeunes, l'opération radicale ne doit jamais être tentée lorsque la hernie peut être contenue; mais on ne saurait recommander une trop grande prudence et l'intervention devrait être pour ainsi dire commandée par quelque condition particulière. Nous obser-

---

substances embaumantes ne sera pas plus favorable aux expertises médico-légales que la crémation elle-même; car ces substances, pour être douées de propriétés antiseptiques suffisantes, doivent être d'une nature et d'une concentration telles que dans certains cas d'empoisonnement, par exemple, elles pourront rendre la recherche des substances toxiques absolument impossible.

— Ce n'est pas sans raison que les questions d'identité passent pour constituer une des parties les plus délicates de la médecine légale; mais nous croyons que jamais cause n'a été aussi palpitante que celle dont nous allons raconter les péripéties, et qui vient de faire le tour de la presse anglaise. Il est vrai que de grands intérêts pécuniaires étaient en jeu.

Un intrépide chasseur anglais, M. Henri Powell, était parti, avec sa jeune femme, à la tête d'une nombreuse troupe de gens expérimentés dans les chasses d'Afrique, pour chasser le lion dans l'intérieur de l'Abyssinie. Pendant quelque temps on eut des nouvelles de l'expédition, puis toute communication cessa. Tout ce qu'on put savoir, c'est que des Européens avaient été massacrés par quelque tribu africaine, sur laquelle on ne pouvait donner que des indications vagues. M. Powell étant possesseur d'une très grande fortune dont ses frères devaient hériter, l'un d'eux partit à la recherche du voyageur.

Allant droit devant lui et interrogeant les indigènes des différentes provinces qu'il avait à traverser, il arriva chez un chef qui le reçut en grande cérémonie et lui donna une fête superbe, suivie d'une danse à laquelle devait assister la sultane favorite. Quelle ne fut pas la surprise de M. Powell frère en reconnaissant sur le chef crépu de la sultane, dont c'était d'ailleurs le seul vêtement, le chapeau en satin bleu de sa belle-sœur! Le crime était enfin découvert, et le chef fut contraint d'avouer qu'il avait trempé dans le massacre. Il raconta que les restes des voyageurs avaient été dispersés, et qu'il ne restait absolument que les crânes amoncelés dans le

vons, — et M. Ed. Brissaud a vu un cas absolument identique, — un enfant de six ans dont la hernie ombilicale est surveillée avec soin; elle est maintenue par des bandages dont on a varié la forme et la pression; la tumeur n'en persiste pas moins et se reproduit dès que la pelote est enlevée. Or, il existe des troubles gastriques très prononcés et des vomissements que nous ne pouvons jusqu'ici rattacher qu'à la présence de la hernie. Nous n'avons point encore osé assumer la responsabilité d'une opération, mais il y aurait peut-être lieu d'intervenir.

Chez l'adulte, l'opération ne nous semble indiquée que pour les hernies irréductibles et mal contenues. Il y a là, en effet, un danger permanent; la tumeur peut s'enflammer ou s'étrangler. D'ailleurs, sans tenir compte de ces redoutables complications, les troubles digestifs, les dyspepsies invétérées sont trop souvent causées par des hernies de cette nature pour qu'on n'essaye pas de les guérir au plus tôt.

L'idée de traiter ces hernies irréductibles et qui paraissent avoir perdu droit de domicile dans le ventre ne date pas du renouveau de la « cure radicale ». On s'y est employé bien avant et nous avons vu y réussir deux de nos maîtres: MM. Trélat et Broca. Par le repos au lit, les purgatifs fréquents, une compression énergique et pratiquée méthodiquement avec la bande de caoutchouc bien appliquée sur la tumeur, protégée par une épaisse couche de ouate; puis, entre temps, le refoulement par un sac rempli de petit plomb, nous avons vu céder de grosses hernies qui réintégraient la cavité abdominale.

Il y a trois ans, notre confrère le docteur Marsoo nous appelait pour un meunier vigoureux dont l'activité et l'énergie étaient en partie paralysées par une énorme hernie inguino-scrotale, irréductible depuis quelques mois et qui de temps en temps s'enflammait d'une manière inquiétante. Une bande élastique fut étroitement appliquée pendant deux heures chaque jour; on faisait sur la tumeur une sorte de spica compressif; en ajoutant d'ailleurs les prescriptions ordinaires: repos horizontal, purgatif, sac de plomb, ne furent point non plus négligés. La semaine n'était pas écoulée que les anses intestinales étaient réduites.

Mais c'est là un fait exceptionnel; d'habitude le traitement est beaucoup plus long; il nécessite de grands soins, une certaine habileté, une très grande prudence, et peu de malades d'ailleurs ont la patience de s'y soumettre jusqu'à complète guérison. Nous pensons alors que l'opération radicale est permise et que les avantages que l'on peut en retirer sont supérieurs aux risques que l'abstention fait courir. Certainement, la statistique n'est pas très favorable et la récidive, — nous l'avons vu, — survient dans plus de la moitié des cas. Mais, outre qu'on réussit près d'une fois sur deux, on obtient des améliorations qui ne sont pas à dédaigner; la hernie reformée est d'un volume moindre souvent et un bandage peut la maintenir. On a tenté la cure radicale, et l'on a fait, au demeurant, une opération palliative.

IV

En résumé, nous voyons que, grâce à l'innocuité que le pansement de Lister lui assure, l'opération de la cure radicale ne doit plus être repoussée d'une façon systématique comme elle l'était encore il y a une dizaine d'années. Mais comme la récidive est fréquente, que les échecs l'emportent sur les succès, cette opération ne doit pas être faite à l'aveugle et l'on doit chercher à établir les indications précises d'une intervention régulière.

Lorsque la hernie est incarcérée, pas de doute possible: la kélotomie doit être complétée par la suture du collet aussi haut que possible et l'ablation du sac. Les succès sont alors remarquables, et sur dix-sept cas on note trois récidives et quatorze guérisons. M. Guénod formule cette opinion dans les termes suivants: « L'ablation du sac et la suture du collet ne compliquant nullement le pronostic de la kélotomie, mais augmentant, au contraire, ses chances de réussite, devront toujours être pratiquées dans les cas d'étranglement. »

Chez les enfants, où l'application méthodique d'un bandage suffit d'ordinaire, on n'aura pas recours à l'opération sanglante; mais, si la pelote échoue malgré des efforts consciencieux, si la hernie grossit, on peut tenter la cure radicale, d'autant qu'à cet âge la réussite est presque assurée. Guénod compte cinq succès sur cinq interventions.

Il faudrait être plus réservé encore chez les adultes, et l'opération ne serait permise que si la hernie ne peut être contenue, si elle devient irréductible, provoque des troubles digestifs ou si des complications, inflammation ou étranglement, sont à redouter. Les échecs sont fréquents, il est vrai, mais du moins, s'il y a récidive, on peut espérer que la hernie reproduite sera moins volumineuse et qu'un bandage pourra la contenir.

Paul Reclus.

---

grand temple. Ce fut là que M. Thomas Powell, après bien des recherches, parvint à reconnaître le crâne de son frère. Il le rapporta en Angleterre, croyant que cette pièce suffirait pour établir la mort de son frère et le faire entrer en possession de l'héritage; mais l'identité ne parut pas suffisante aux juges et sa demande fut rejetée.

C'est ici que triomphèrent la persévérance anglaise et la médecine légale. M. Th. Powell se rappela que son frère, avant de s'embarquer à Southampton, avait été opéré par un dentiste renommé de cette ville, qui lui avait extrait ou aurifié plusieurs dents. Le crâne fut reconnu par l'artiste dentaire, qui n'hésita pas à prêter serment sur l'identité de son travail; et qui plus est, il pouvait fournir la preuve en produisant le modèle en cire de la mâchoire du pauvre Henri Powell, et ce moulage s'appliquait parfaitement sur les os du crâne rapporté d'Abyssinie. On admit le praticien à prêter serment, et le partage de l'héritage ne rencontra plus d'obstacle.

L. H. Petit.

Union des femmes de France. — Les cours organisés par l'Union des femmes de France, à l'usage des infirmières et garde-malades, et comprenant dix-huit leçons sur l'anatomie, l'hygiène, les pansements, quelques notions sur les maladies, les soins aux malades et aux blessés, la pharmacie, le fonctionnement des hôpitaux, auront lieu deux fois par semaine, à dater du mois de mars, le soir, à huit heures, dans les mairies ou les écoles municipales des IVe, VIe, VIIIe, XIe, XVe et XVIIIe arrondissements. Ils comprennent l'ensemble des connaissances indispensables à toute personne voulant donner ses soins à un malade.

Des affiches apposées dans les arrondissements désignés plus haut, et des feuilles déposées dans les mairies, donneront tous les détails sur l'organisation de l'enseignement, avec l'indication des jours et heures des cours.

Des cours sur les mêmes sujets sont faits tous les mercredis au siège de l'Union des femmes de France (40 *bis*, rue du Faubourg-Poissonnière).

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

Note sur les propriétés convulsivantes de la morphine, par M. Grasset, professeur à la Faculté de Montpellier, et M. Amblard, préparateur à la même Faculté.

Depuis les beaux travaux de Cl. Bernard sur les alcaloïdes de l'opium, on a admis une différence radicale, une opposition absolue entre la morphine et la thébaïne (chacun de ces alcaloïdes pris ici comme représentant son groupe). Et on a accepté ce fait étonnant d'un végétal contenant des substances à propriétés diamétralement opposées.

Les expériences que nous poursuivons et dont nous publions les premiers résultats (nous réservant de les compléter et de les publier ensuite *in extenso*), semblent faire tomber cette opposition en montrant que, si la morphine est différente de la thébaïne, elle ne lui est pas du moins absolument et diamétralement opposée, en ce sens qu'elle aussi possède des propriétés convulsivantes parfaitement caractérisées, non pas seulement chez les animaux à sang froid (ce qui est bien connu), mais chez les mammifères (ce qui est moins connu).

Nous observons sur des chiens et nous administrons (par voie hypodermique) des quantités faibles ou moyennes (de 1 à 15 centigrammes) de chlorhydrate de morphine (quantités qui n'ont rien à voir avec les doses toxiques de 1 à 2 grammes qui entraînent, tout le monde le sait, de grandes crises convulsives).

Si la dose est seulement de 1 ou 2 centigrammes, on peut voir, chez certains animaux, une première phase de convulsions, qui précède le sommeil ou en marque le début. Mais ces mouvements, qui commencent de deux à cinq minutes après l'injection, ne durent pas plus de quatre à cinq minutes en général et restent toujours très faibles. De plus, ils ne se produisent pas chez tous les chiens. Nous n'y attachons pas grande importance.

Avec ou sans ces symptômes, quelle que soit la dose (de 1 à 15 centigrammes), arrive ensuite le sommeil. L'animal, que nous laissons en liberté (simplement retenu par une longue chaîne), luttant plus ou moins contre ce sommeil, finit par se coucher et par dormir très calme. Nous n'avons rien à dire sur cette phase bien étudiée et bien décrite par tout le monde.

Mais, plus tard, un temps variable (le plus souvent de trente à soixante minutes) après l'injection, l'animal continuant à dormir et étant absolument abandonné à lui-même, on voit survenir une contraction partielle, isolée, dans une patte; quelques secondes ou même quelques minutes se passent; puis elle se renouvelle. Ensuite, c'est une vraie secousse convulsive qui agite tout le corps ou au moins le train postérieur; après un nouveau temps de repos, ces phénomènes se reproduisent, s'accentuent et se rapprochent.

Après cette phase de contractions partielles ou de convulsions légères, séparées par d'assez longs repos, survient la période des vraies convulsions. Alors, de dix à seize fois par minute, très régulièrement, à chaque inspiration, le train postérieur présente une série de mouvements convulsifs, qui se généralisent quelquefois au train antérieur et à la tête. Le type est toujours le même : convulsions cloniques entraînant le corps en flexion forcée, rapprochant la tête de la queue dans une série d'oscillations.

Ces convulsions très remarquables et souvent très violentes se produisent tout à fait spontanément. Quelquefois, une excitation extérieure les provoque ; mais ce n'est pas nécessaire et, en tous cas, elles continuent alors que le calme est redevenu complet autour de l'animal.

Dans certains cas, une excitation répétée sur l'animal (comme une série de petits chocs sur la patte postérieure), exagère d'abord les convulsions et les fait disparaître ensuite ; mais elles reprennent bientôt spontanément. De même, si on éveille l'animal vivement, si on le change brutalement de place, les convulsions se suspendent un peu, mais pour recommencer bientôt après.

Quelquefois, l'animal continue à dormir pendant cette phase convulsive tout aussi profondément qu'avant. Mais, le plus souvent, le sommeil est un peu plus léger, il est plus facilement interrompu par les excitations extérieures. Ou, du moins, il y a entre la phase de sommeil calme et la phase de convulsions une petite période de demi-réveil ou de sommeil plus léger, après laquelle le chien retombe complètement endormi et secoué par ses convulsions.

Au début des convulsions, l'animal semble réveillé par elles ou préoccupé par ce qui se passe du côté de ses pattes postérieures. Il porte la tête vers le train postérieur comme s'il y éprouvait quelque sensation anormale. Puis, quand ses pattes remuent convulsivement, il cherche à les immobiliser en se roulant en boule et en posant sa tête dessus. Mais les convulsions continuent, le secouent tout entier et les pattes finissent par échapper et reprendre leur liberté de convulsions.

Cette période convulsive dure fort longtemps, plus d'une heure. Seulement, elle est par moments interrompue par des temps de calme. Ces phases de repos sont courtes et rares. On peut voir, pendant une heure entière, l'animal secoué par ces convulsions.

Il y a, suivant les cas (suivant les doses et les animaux), des différences nécessaires entre les diverses expériences. Mais le fait même de leur production, suivant les règles posées, n'a jamais manqué. Une particularité remarquable, quand l'état convulsif est complètement caractérisé, est l'apparition d'une crise convulsive au moment de chaque inspiration.

Il est classique d'opposer les résultats obtenus avec la morphine chez la grenouille et chez le chien. Nos expériences prouvent que cette opposition n'existe pas. Nous avons vu, en effet, comme Witkowski, que la morphine (à dose suffisante) produit d'abord, chez la grenouille, une sorte de diminution dans l'action cérébrale volontaire, qui représente le sommeil, et qu'ensuite, secondairement, survient la phase consécutive des convulsions. C'est tout à fait ce qui se passe chez les chiens dans nos expériences : période de sommeil calme d'abord, période convulsive ensuite.

Nous ne croyons pas que ces faits de convulsions, chez le mammifère, par la morphine, aient été notés jusqu'à aujourd'hui. Il est, en effet, impossible de les confondre avec les convulsions notées dans l'empoisonnement par des doses très élevées de morphine ; ainsi Cl. Bernard ne note de convulsions que dans une expérience où l'animal avait reçu 2 grammes de morphine.

Aux doses que nous employons, Cl. Bernard a décrit des phénomènes d'excitabilité au début et au déclin du sommeil. Mais c'est là encore un tout autre ordre de faits. Nos animaux ne s'agitaient nullement ; ils n'avaient rien de cette activité cérébrale exagérée. Ils restaient endormis, couchés, narcotisés ; seulement leurs membres étaient secoués par de violentes convulsions.

Certains auteurs ont décrit les phénomènes résultant de l'exagération des réflexes dans le morphinisme aigu, Laborde et Calvet tout spécialement. Mais ils n'ont pas décrit les convulsions spontanées ou survivant à leur provocation. Du reste, l'état des réflexes est très variable aux divers moments de l'action morphinique : c'est ce qui explique les divergences des auteurs, qui admettent, les uns le maintien ou la diminution, les autres l'exagération.

Il n'y a qu'un phénomène déjà décrit qui, sous certains rapports, se rapproche des convulsions que nous venons d'étudier : c'est le clignotement convulsif signalé par Laborde.

C'est là un fait du même ordre. Seulement, comme l'animal lutte contre le sommeil à ce moment, ce clignotement n'a guère plus d'importance que le balancement du corps ou de la tête avant la narcose complète et a, par suite, bien moins de valeur démonstrative que les convulsions des membres sur lesquelles nous attirons l'attention.

Si ces observations (que nous donnons encore sous réserves et pour provoquer le contrôle expérimental) sont confirmées par les recherches ultérieures, il en résultera que :

1° La morphine a une action convulsivante manifeste chez le chien, déjà à doses faibles ou moyennes (de 1 à 15 centigrammes);

2° La morphine n'est donc pas diamétralement opposée à la thébaïne, puisqu'elle a à un certain degré la propriété caractéristique de ce dernier alcaloïde (1);

3° Les effets excito-moteurs constatés par tous dans l'action de l'opium ne doivent pas être exclusivement attribués aux alcaloïdes dits convulsivants, mais aussi dans une certaine mesure aux alcaloïdes dits soporifiques (2);

4° L'action de la morphine sur les mammifères n'est pas opposée à l'action de la morphine sur la grenouille, comme on le dit classiquement;

5° Toutes les recherches sur l'antagonisme des divers médicaments avec la morphine doivent être reprises en étudiant séparément les substances qui combattent les effets soporifiques et celles qui combattent les effets excito-moteurs de cet alcaloïde.

Pathologie externe.

Pronostic de la fracture du col du fémur chez les vieillards, par M. Aimé Guinard, interne des hôpitaux.

Par une de ces coïncidences si fréquentes en clinique, on pouvait voir récemment, dans le service de M. Verneuil, à la Pitié, trois vieilles femmes atteintes de fracture du col fémoral. La moins âgée de ces malades a soixante et onze ans, et se trouve, comme les deux autres, dans une gouttière de Bonnet depuis trois mois; on peut donc considérer la guérison comme assurée dans ces trois cas; ce qui doit sembler surprenant si l'on se rappelle que les auteurs s'accordent à reconnaître l'extrême gravité des fractures du col chez le vieillard.

Dans le courant de septembre, une quatrième malade est arrivée dans le même service, avec une semblable fracture; au bout de quelques jours, elle fut prise d'accidents adynamiques auxquels elle succomba en très peu de temps. La lésion locale était-elle plus grave que chez les voisines? Le traitement a-t-il été différent? Non, l'autopsie a démontré que la lésion du fémur ne pouvait en aucune façon expliquer la mort : le foyer de la fracture n'était nullement enflammé, et les désordres locaux étaient relativement minimes. Quant au traitement, il a été identiquement le même dans les quatre cas.

Lorsque la même lésion produit, chez des malades placés dans le même milieu, des effets aussi différents, c'est dans l'état général des sujets qu'il faut en rechercher la cause? En effet, l'autopsie a révélé chez la malade qui a succombé, une lésion rénale qui avait donné lieu, pendant la vie, à l'albuminurie. Depuis longtemps M. Verneuil a remarqué que les vieillards qui meurent de fracture du col ont toujours un viscère malade. Et comme le rein est souvent atteint de néphrite interstitielle chez le vieillard, on comprend que la fracture du col présente, chez ce dernier, une gravité exceptionnelle. En sorte que, dans l'espèce, nous pouvons dire : voici quatre malades atteintes de fracture du col, trois d'entre elles guérissent parce que leurs viscères sont en bon état. Quant à celle qui a succombé, elle est morte d'une lésion rénale, ayant subi, *à l'occasion* d'un traumatisme, une poussée aiguë fatale. Ces idées ont été soutenues dans un travail fait sous l'inspiration de M. Verneuil (thèse de Damian. Paris, 1876). Mais comme cette thèse n'est malheureusement pas très connue, nous croyons pouvoir insister à nouveau sur ce point en apportant un fait de plus à l'appui des conclusions qu'elle contient. Voici ce fait :

Obs. — La nommée Nant. S..., âgée de soixante-seize ans, entre le 20 septembre à la Pitié. Elle est couchée au n° 26 de la salle Lisfranc, service de M. Verneuil. Au premier abord elle semble de chétive apparence, mais elle affirme avoir toujours eu une excellente santé, et on ne trouve rien dans ses antécédents qui puisse faire penser à l'existence d'une diathèse quelconque : scrofule, syphilis, etc... Elle n'a jamais cessé de faire son métier de ménagère, et se trouvait en pleine santé lorsque, le 19 septembre, elle tomba dans un escalier et se fractura le col du fémur du côté droit. Nous n'insistons pas sur les signes classiques de cette fracture, qui se trouvent tous réunis : le raccourcissement du membre, la rotation du pied en dehors, l'impotence fonctionnelle, l'élargissement du grand trochanter, ne laissent aucun doute sur le diagnostic. On place la malade dans une gouttière de Bonnet, et on pratique l'extension continue.

Le 22 septembre, la malade ne souffre pas et se trouve bien dans la gouttière.

Le 25, un peu de délire la nuit. Ce matin, vive céphalalgie; langue épaisse, chargée, pâteuse et amère. On donne un purgatif salin.

Le 26, état général mauvais; pas de sommeil; pas d'appétit; nausées après les repas; peau chaude et sèche; ventre légèrement ballonné.

Le 27, état général adynamique très prononcé; langue sèche, noire au milieu et rouge sur les bord, comme cela se rencontre si communément dans les affections rénales. La palpation des reins par la région lombaire provoque des deux côtés une douleur vive. L'analyse des urines décèle la présence d'une notable quantité d'albumine, bien que l'examen antérieur n'ait pu faire soupçonner une maladie des reins. On prescrit le régime lacté et les eaux alcalines.

Mais les jours suivants, les symptômes s'aggravent progressivement, et la malade meurt le 3 octobre dans l'adynamie.

Autopsie le 5 octobre. — L'articulation de la hanche droite est disséquée avec soin. Le col est brisé au niveau de son insertion sur le grand trochanter, et le foyer de la fracture n'est nullement enflammé. La capsule n'est pas déchirée, en un mot la fracture est aussi simple que possible. Les viscères sont sains, à l'exception des reins. Le droit est surtout altéré; il est petit et lobé; la capsule est adhérente, et on trouve plusieurs petits kystes à la périphérie. A la coupe, le tissu est dur, on constate un commencement d'atrophie de la substance corticale avec congestion de la substance médullaire. Le rein gauche présente des lésions identiques à un degré moins avancé. Le foie, la rate, le cœur paraissent normaux. Les poumons sont légèrement emphysémateux, mais ne présentent pas de trace de pneumonie. C'est à peine si l'on trouve un peu de congestion à la base et à la partie postérieure du côté droit.

Nous ne transcrirons pas ici les observations détaillées des trois autres malades : La première, Annette B..., âgée de soixante et onze ans, est entrée le 6 août à la Pitié (salle Lisfranc, n° 5), et n'a commencé à se lever que le 12 octobre : sa fracture est parfaitement consolidée. Une autre malade, Marie B..., n° 14 de la même salle, a soixante-quatorze ans; le 29 juillet en tombant de sa hauteur sur le trottoir elle s'est fracturé le col du fémur gauche; elle est dans une gouttière de Bonnet, depuis le 30 juillet, et ne peut encore se lever. La troisième enfin, Jacqueline P..., âgée de quatre-vingt-

(1) Ce résultat paraît intéressant à rapprocher des recherches de M. Grimaux, qui a dérivé de la morphine (considérée comme phénol) des alcaloïdes que M. Bochefontaine a reconnus être, l'un convulsivant (codéthyline : éther éthylique), l'autre soporifique (codeine artificielle : éther methylique).

(2) En tenant compte de la composition ordinaire des opiums, 5 centigrammes de morphine représentent tout au plus 1 milligramme de thébaïne. Or, nos expériences démontrent que 5 centigrammes de morphine sont beaucoup plus convulsivants (chez le chien) que 1 milligramme de thébaïne. La dose correspondante d'opium est donc plus excito-motrice par la morphine que par la thébaïne, ce qui n'est pas conforme à l'opinion générale.

quatre ans, est dans le service depuis le 19 juillet. Le 9, elle s'est fracturé le col du fémur, du côté droit, en tombant dans un escalier.

Chez ces trois malades, l'examen des viscères a été pratiqué avec le plus grand soin. Les reins, en particulier, paraissaient absolument sains et les urines normales. Le foie, la rate, le cœur, les poumons ne présentaient aucun signe de lésion. En un mot, nos trois malades étaient indemnes de toute tare organique au moment de leur accident. Naut. S..., au contraire, ainsi que l'autopsie l'a démontré, avait les reins malades, et nous sommes naturellement conduits à admettre qu'elle est morte d'une lésion rénale à l'occasion d'un traumatisme. Les faits nombreux rassemblés par M. Paul Bruchet, dans sa remarquable thèse, démontrent surabondammemt combien les traumatismes sont graves chez les brightiques; il nous semble donc évident que l'atrophie sénile des reins a été, chez notre malade, la cause efficiente, tandis que la fracture du col n'a été que la cause occasionnelle de la mort. Nous nous croyons donc autorisé à conclure que, si le pronostic de la fracture du col est moins grave chez l'adulte que chez le vieillard, c'est en raison de la fréquence de la néphrite interstitielle chez ce dernier.

Tous les auteurs s'accordent à dire que la fracture du col est très grave chez le vieillard. Mais quand il s'agit d'expliquer la raison de cette gravité, les interprétations diffèrent. Malgaigne, par exemple, avance que d'ordinaire « une fièvre intense enlève le malade du septième au dix-septième jour », avec délire nerveux ou fièvre à forme adynamique. Pour M. Gosselin, il y aurait là une fièvre inflammatoire « dont la cause est dans un travail de résorption qui se produirait au niveau du tissu spongieux broyé, et qui mérite par là même le nom de fièvre osseuse septicémique ». Enfin on trouve dans les auteurs des cas nombreux de fractures du col dans lesquels la mort est attribuée au marasme, à l'épuisement, ou à la congestion pulmonaire hypostatique. Nous ne pouvons discuter ici toutes ces opinions, car la question nous paraît jugée. Le délire nerveux, la fièvre osseuse septicémique, le marasme, l'épuisement sont des hypothèses qui n'expliquent rien.

Quant à la prétendue congestion hypostatique, qui surviendrait chez les vieillards à la suite d'un décubitus dorsal prolongé on peut se demander pourquoi elle ne se produit que chez les vieillards atteints de fracture du col, et pourquoi elle ne se rencontre pas chez *tous* les vieillards dans le même cas. Trois de nos malades âgées de soixante et onze, de soixante-quatorze et de quatre-vingt-quatre ans, restent deux et trois mois étendues dans une gouttière de Bonnet sans avoir la moindre trace de congestion pulmonaire, et l'on veut admettre que la quatrième, après dix jours de décubitus dorsal dans les mêmes circonstances, pourra succomber à une pneumonie hypostatique! Cela nous paraît inadmissible, et nous pensons qu'à tous les âges de la vie on peut garder la position horizontale pendant un temps relativement long, sans grand dommage pour les viscères thoraciques. Faisons donc désormais disparaître toutes ces hypothèses, qui ont la prétention de donner la raison de la gravité des fractures du col chez le vieillard, et remplaçons-les par l'explication que M. Verneuil a basée sur la clinique et l'anatomie pathologique.

En résumé, d'accord avec tous les auteurs, nous dirons : le pronostic de la fracture du col du fémur est grave chez le vieillard.

Cette gravité est due à ce que les affections viscérales (et en particulier les lésions rénales si fréquentes dans la vieillesse) subissent une poussée aiguë à l'occasion du traumatisme, et entraînent rapidement la mort.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

NOTE SUR LES EEFETS DE L'HYPNOSE SUR QUELQUES ANIMAUX, par M. *H. Milne-Edwards*. — M. Harting, professeur à l'Université d'Utrecht, adresse à M. Milne-Edwards la note suivante :

Il y a quelques années, je fis un grand nombre d'expériences sur des animaux hypnotisés de la manière bien connue : des poules, des pigeons, des lapins, des cobayes, des grenouilles. Or, si l'hypnotisation était plusieurs fois répétée sur le même individu, son système nerveux s'en trouvait fortement ébranlé. J'avais six poules qui, à des intervalles de deux ou trois jours, furent soumises à l'hypnotisation; après trois semaines environ, une des poules commençait à boiter; bientôt, une hémiplégie se déclara et l'animal mourut. Il en fut de même des cinq autres poules. Toutes furent atteintes d'hémiplégie, les unes après les autres, bien qu'après des espaces de temps différents. En trois mois, toutes les poules étaient mortes. Cette expérience doit nous rendre très circonspects, lorsqu'il s'agit d'appliquer l'hypnotisme à l'espèce humaine.

« De concert avec le directeur de la ménagerie du Muséum d'histoire naturelle, j'ai pris les mesures nécessaires, ajoute M. Milne-Edwards, pour répéter les expériences de M. Harting soit sur des oiseaux, soit sur des mammifères; mais, *a priori*, je dois déclarer que, en provoquant fréquemment, chez les femmes hystériques, la production de phénomènes analogues à ceux dont les effets ont été si funestes sur les poules, on risque, ce me semble, de nuire à l'état de ces malades. En effet, d'après les renseignements que j'ai pu recueillir à cet égard, j'ai lieu de penser que les personnes soumises fréquemment à des influences de ce genre se perfectionnent peu à peu comme *sujets de démonstration*, et cela me paraît indiquer que, par l'habitude du fonctionnement pathologique du système nerveux, le mal devient de plus en plus grave. A mon avis, il convient donc de ne pas pratiquer souvent l'hypnotisation, ou d'autres actions analogues, sur les hystériques. »

SUR LES DIVERS ÉTATS NERVEUX DÉTERMINÉS PAR L'HYPNOTISATION CHEZ LES HYSTÉRIQUES, par M. *J.-M. Charcot*.

L'hypnotisme, considéré dans son type de parfait développement, tel qu'il se présente fréquemment chez les femmes atteintes d'hystéro-épilepsie à crises mixtes, comprend plusieurs états nerveux, dont chacun se distingue par une symptomatologie particulière. D'après mes observations, ces états nerveux sont au nombre de trois, à savoir : 1° l'*état cataleptique;* 2° l'*état léthargique;* 3° l'*état somnambulique*.

Chacun de ces états peut se présenter primitivement et persister isolément : ils peuvent aussi, dans le cours d'une même observation, chez le même sujet, être produits successivement dans tel ou tel ordre, au gré de l'observateur.

1° *De l'état cataleptique*. — Cet état peut se présenter primitivement sous l'influence d'un bruit intense, d'une lumière vive placée sous le regard, en conséquence de la fixation prolongée des yeux sur un objet quelconque. Il se développe consécutivement à l'état léthargique, lorsque les yeux, clos jusque-là, sont mis à découvert par l'élévation des paupières.

Le sujet cataleptisé a les yeux ouverts, le regard fixe; il reste immobile, comme pétrifié. Les membres gardent, pendant un temps relativement fort long, les attitudes variées qu'on leur imprime. Lorsqu'on les déplace, ils donnent la sensation d'une grande légèreté, et les articulations ne font éprouver aucune résistance; la *flexibilitas cerea* n'appartient pas à l'état cataleptique. Les réflexes tendineux sont abolis ou très affaiblis; le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, dont il s'agira plus loin, fait complètement défaut. Les tracés pneumographiques accusent de longues pauses respiratoires, représentées par des lignes horizontales qu'interrompent, de loin en loin, des dépressions peu profondes.

La persistance fréquente de l'activité sensorielle permet souvent d'impressionner le sujet cataleptique par suggestion et de susciter chez lui des impulsions automatiques variées.

2° *De l'état léthargique.* — Il se développe chez un sujet cataleptisé, lorsqu'on détermine chez lui l'occlusion des deux yeux, ou lorsqu'on le place dans l'obscurité. Il peut se manifester primitivement sous l'influence de la fixation du regard.

Dans cet état, les yeux sont clos, les globes oculaires convulsés. Le corps est affaissé, les membres sont flasques et pendants. Les mouvements respiratoires, étudiés à l'aide du pneumographe, se montrent profonds et précipités, d'ailleurs assez réguliers.

Les réflexes tendineux sont toujours remarquablement exaltés. Dans tous les cas, on constate l'existence du phénomène que j'ai proposé de désigner sous le nom d'*hyperexcitabilité neuro-musculaire*, et qui consiste dans l'aptitude que présentent les muscles à entrer en contracture sous l'influence d'une excitation mécanique portée sur le tendon, sur le muscle lui-même, ou sur le nerf dont il est tributaire. Tant que dure l'état léthargique, on fait céder rapidement la contracture ainsi produite, en portant l'excitation sur les antagonistes des muscles contracturés. Les excitations limitées au tégument externe ne produisent pas les contractures dont il s'agit.

Dans l'état léthargique, les tentatives faites pour impressionner le sujet par voie d'intimation ou de suggestion restent, en général, sans effet.

3° *Etat somnambulique.* — Il peut être déterminé directement par la fixation du regard, ou en conséquence d'une excitation sensorielle faible, répétée et monotone. On le produit chez les individus plongés, soit dans l'état léthargique, soit dans l'état cataleptique, en exerçant sur le vertex une friction légère.

Le sujet, dans cet état, a les yeux clos ou demi-clos. Abandonné à lui-même, il paraît engourdi plutôt qu'endormi. La résolution des membres n'est jamais très prononcée. Les réflexes tendineux sont normaux. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire, décrite plus haut, n'existe à aucun degré. Par contre, certaines excitations cutanées légères, promenées à la surface d'un membre, développent dans ce membre un état de rigidité qui diffère de la contracture liée à l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, en ce qu'elle ne cède point, comme celle-ci, à l'excitation mécanique des muscles antagonistes, tandis qu'elle cède rapidement sous l'influence des excitations cutanées faibles qui l'ont fait naître.

Il y a habituellement, dans cet état, exaltation de certains modes encore peu étudiés de la sensibilité cutanée, du sens musculaire et de quelques-uns des sens spéciaux. Il est, en général, facile de provoquer chez le sujet, par voie d'injonction, les actes automatiques les plus compliqués et les plus variés.

Lorsque chez lui on exerce une légère compression des globes oculaires, l'état léthargique remplace l'état somnambulique; si, au contraire, relevant les paupières, on maintient, dans un lieu éclairé, l'œil ouvert, l'état cataleptique ne se produit pas. La relation est donc plus directe entre l'état léthargique et l'état somnambulique qu'elle ne l'est entre celui-ci et l'état cataleptique.

J'ai négligé à dessein, dans l'exposé qui précède, de considérer les formes frustes ou irrégulières de l'hypnotisme. Je me propose d'examiner ces formes en particulier dans un autre travail.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet : 1° une réclamation de M. Walter Knaggs concernant un Mémoire qu'il a adressé le 27 septembre 1881 à l'Académie sur la découverte d'un *remède contre la morsure des serpents venimeux;* 2° un produit pharmaceutique, envoyé par MM. Payroulon et Renoult, et destiné à remplacer la quinine dans le traitement de la fièvre.

M. le ministre du commerce prie l'Académie, sur la demande de la commission de la Chambre des députés, chargée de l'étude d'un projet de loi sur l'inspection des viandes de porc de provenance étrangère, de vouloir bien délibérer d'urgence sur cette question. (Voy. plus loin.)

M. le docteur *Picot* (de Bordeaux) envoie une note manuscrite sur le *Traitement de la colique de plomb aiguë par l'extrait de belladone et l'huile de croton tiglium.* (Renvoi à l'examen de MM. Moutard-Martin et Bernutz.)

M. le docteur *Richard* (de Philippeville) adresse une note manuscrite sur *le parasite de la malaria.* — Renvoi à MM. Pasteur, Léon Colin et Laboulbène, déjà chargés de l'examen des mémoires de M. le docteur Laveran sur ce même sujet.

M. *Bruel*, pharmacien à Paris, envoie un *pli cacheté*, dont le dépôt est accepté.

M. le docteur *Simorre* (de Contres) adresse une lettre sur le *traitement de l'angine couenneuse.*

M. le docteur *Rothe* (d'Altenbourg) envoie une note manuscrite sur le *traitement de la diphthérie*, pour le concours du prix Saint-Paul de 1882. (Inscrite sous le n° 2.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. *Lavergne*, ses *Rapports sur le service des Enfants assistés et sur la protection du premier âge* dans le département de l'Allier pour 1880 (*Commission de l'hygiène de l'enfance*); 2° de la part de M. *J. L. Soubeiran*, une brochure sur *les Pyrénées-Orientales et leur hydrologie;* 3° au nom de M. le docteur *J. Mikulicz* (de Vienne) une étude sur la *gastroscopie et l'œsophagoscopie.*

M. *Noel Gueneau de Mussy* présente une brochure de M. le docteur *Barety* (de Nice) sur le *magnétisme animal.*

M. *Hillairet* offre, au nom de M. le docteur *Fouilhoux* (de Clermont-Ferrand), une étude manuscrite sur la *fièvre jaune à bord de la frégate-hôpital* l'Amazone *devant Vera-Cruz en 1862.* (*Commission des épidémies.*)

Hôpitaux spéciaux de varioleux. — M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie une demande adressée par une commission médicale anglaise qui s'occupe en ce moment du danger qui peut résulter pour les habitants du voisinage de la présence d'hôpitaux spéciaux pour les varioleux; cette commission croit qu'une enquête a été faite sur cette question à Paris et elle désirerait en connaître les conclusions. Malheureusement, ainsi que s'accordent à le déclarer MM. Hillairet, Marrotte, Proust, Larrey et Bouchardat, aucune enquête officielle de ce genre n'a jamais été faite dans la capitale, et l'on peut tout au plus signaler des travaux particuliers faits en ce sens par M. Léon Colin à l'occasion du dépôt de varioleux à Bicêtre pendant le siège, par MM. Fauvel et Vallin dans leur rapport sur l'isolement des contagieux au Congrès international d'hygiène de Paris, par M. Bertillon dans ses relevés hebdomadaires de statistique et dans une communication à la Société de médecine publique, et par M. Besnier dans ses rapports trimestriels à la Société médicale des hôpitaux.

Placenta double. — La pièce d'anatomie pathologique que M. *Tarnier* place sous les yeux de ses collègues est surtout intéressante par les conditions cliniques au milieu desquelles elle a été recueillie; elle provient d'une femme accouchée à la Maternité, il y a trois jours, normalement, d'un enfant vivant, s'étant présenté par le sommet. La sage-femme put amener très aisément le placenta au dehors; mais elle s'aperçut bientôt qu'une portion des membranes résistaient aux tractions douces qu'elle pratiquait. Dans ces cas, M. Tarnier recommande à ses élèves de ne jamais tirer avec force et d'appliquer, sur les membranes adhérentes, un fil servant à les extraire dans les heures ou dans les jours qui suivent. Il fut ainsi fait, mais une hémorrhagie survint bientôt, au milieu de laquelle un placenta supplémentaire fut expulsé. Le premier pesait 410 grammes et celui-ci 140 grammes. Entre les deux existe un pont membraneux qui aurait pu se rompre, si bien que le placenta principal une fois expulsé, on aurait pu croire la délivrance complète, alors que l'utérus aurait retenu le placenta accessoire. On peut donc supposer, fait remarquer M. Tarnier, que des faits analogues peuvent quelquefois se produire et, lorsqu'une femme meurt de septicémie par putréfaction d'un cotylédon placentaire, il ne faut pas trop se hâter de déclarer que la délivrance a été faite avec négligence.

Comment reconnaître l'existence de ces placentas accessoires? Après l'expulsion du placenta hors de la vulve, il est fréquent d'observer un prolongement membraneux restant dans l'utérus qui retient une partie des membranes de l'œuf. Pour M. Tarnier, cette rétention ou plutôt cette retenue des membranes peut être due à trois causes principales : 1° très souvent à l'adhérence anormale des membranes; 2° à l'entortillement des membranes autour d'un caillot qui ne peut pas facilement traverser l'orifice interne de l'utérus rétracté et 3° à l'existence d'un placenta accessoire. Dans les deux premiers cas, le pont membraneux qui s'étend de l'utérus au placenta expulsé ne contient pas de vaisseaux, tandis que, lorsqu'il s'agit d'un placenta accessoire, on trouve dans le pont membraneux des rameaux des vaisseaux ombilicaux; il devient dès lors facile avec un peu d'attention, et en prenant la précaution d'étaler les membranes qui sortent par la vulve, de se mettre en garde contre cette disposition.

M. *Blot* considère que, si par adhérence M. Tarnier entend le pincement d'un faisceau de membranes par l'orifice

interne, cela n'est pas rare, si l'on veut surtout faire une délivrance hâtive; mais l'adhérence véritable des membranes de la face interne de l'utérus est beaucoup moins commune. Il croit qu'il convient de patienter, de ne pas tirer, parce qu'on déchirerait la membrane, parce que le plus souvent le col s'entr'ouvre et le pincement disparaît.

M. *Tarnier* réplique qu'il a observé très fréquemment des adhérences anormales des membranes, adhérences qui nécessitent en effet la temporisation, comme il vient de le dire.

Hallucinations de l'ouïe consécutives à une inflammation chronique de l'oreille moyenne. — M. *B. Ball*, candidat dans la section de pathologie médicale, soumet à l'Académie quelques considérations sur un cas d'hallucinations unilatérales de l'ouïe, consécutives à une inflammation chronique de l'oreille moyenne. Il s'agit d'un malade qui reçut à l'école, pendant son enfance, un soufflet sur l'oreille, et eut peu de temps après une fièvre typhoïde, une otorrhée purulente et une perforation de la membrane du tympan, alors constatée par M. Tillaux. Depuis ce temps cet homme est devenu lourd et paresseux, il est indifférent à tout. Le calme plat de son esprit est cependant traversé de temps à autre par des accès de violence; c'est un faible d'esprit, un impulsif qui éprouve en même temps des hallucinations de l'ouïe du côté malade. D'abord il entendait des bourdonnements, puis des bruits imitant celui d'un ruisseau. Bientôt il entendit des voix, il se crut interpellé par les personnes qui passaient à côté de lui. Cependant il se fit ce raisonnement que, puisque sa maladie d'oreille lui avait donné ces bourdonnements, elle pouvait bien également lui faire entendre des paroles. Soumis à un traitement approprié, le malade voit ses hallucinations diminuer à mesure que sa maladie d'oreille guérit. Ainsi, chez ce malade, il existe des hallucinations limitées du côté gauche et liées très manifestement à une lésion de l'oreille du même côté. Pour M. Ball les hallucinations sont psycho-sensorielles à l'exception de quelques fausses perceptions de l'ordre le plus élémentaire qui sont purement sensorielles; elles exigent, pour se produire, une prédisposition individuelle, cérébrale ou psychique, une excitabilité toute spéciale qui rend l'encéphale apte à réagir au moindre prétexte et à transformer sur-le-champ les impressions que lui fournissent les organes des sens. Les hallucinations exigent aussi, pour se produire, une sensation qui vient mettre en mouvement le mécanisme automatique des centres nerveux; c'est toujours un phénomène pathologique. M. Ball repousse, en outre, toute différence fondamentale entre les hallucinations et les illusions. Ainsi donc, lésions de l'écorce cérébrale, des couches optiques et des centres sensoriels, lésions des fibres de transmission qui les relient aux parties voisines et à la surface extérieure du corps, lésions de la moelle épinière et des nerfs périphériques, maladies des organes des sens, ce seraient là autant de causes qui, réagissant sur un terrain déjà prédisposé, pourraient donner naissance à des hallucinations. — Le mémoire de M. Ball est renvoyé à la section.

Prohibition et inspection des viandes trichinées. — M. Decaisne avait présenté, il y a quelques mois, à l'Académie, une communication dans laquelle il s'efforçait de démontrer la nécessité de retirer le décret qui avait prohibé l'entrée en France des viandes de porc provenant des Etats-Unis, ainsi que les difficultés de réaliser l'inspection micrographique obligatoire que le gouvernement se réservait d'organiser complètement aux ports de débarquement, surtout au Havre. M. *Chatin* donne lecture d'un rapport sur cette communication, et, après avoir rappelé les origines de la question, il se borne à défendre la possibilité de cette inspection qui lui paraît seule capable, du moins jusqu'ici, d'offrir des garanties suffisantes pour la santé publique. Les salaisons américaines de porc constituent, dit-on, un aliment de la plus haute importance (40 millions de kilos par an) et que rien ne saurait remplacer; il estime qu'il vaut mieux diminuer temporairement le bien-être des populations que de courir le risque de compromettre leur existence. Quant à l'opinion qui prétend que la salaison et la fumure tuent les trichines, il cite des exemples contraires et pense que c'est « dans la cuisine seulement que la trichine meurt». Il s'élève, enfin, contre les difficultés qu'on reproche à l'inspection micrographique de ces viandes, en cherchant à établir que cette inspection pourrait être exercée uniquement par 70 experts au maximum pour toute la France sur certains points déterminés et non 20 000, comme on l'a prétendu. Après avoir affirmé qu'il n'est pas de meilleur mode pour concilier les intérêts de la santé publique avec ceux du négoce, M. Chatin conclut simplement en proposant des remerciements à l'auteur du mémoire qui a été l'occasion de son rapport, ainsi que le renvoi aux archives.

Mais MM. *Proust* et *Bouley*, membres avec M. Chatin de la commission à laquelle avait été renvoyé le travail de M. Decaisne, déclarent aussitôt que l'examen microscopique des viandes américaines, suspectes de renfermer des trichines, ne pourrait donner des résultats sérieux qu'au prix des plus grandes difficultés, puisqu'il devrait s'exercer sur des quantités considérables de morceaux et nécessiterait un personnel nombreux; d'ailleurs, grâce à notre habitude en France de manger la viande de porc cuite, et malgré la consommation considérable qui s'y fait de ces viandes américaines, aucun cas de trichinose n'a été observé qu'on puisse leur attribuer. Il convient donc surtout de recommander au public, par tous les moyens de publicité possible, la cuisson des viandes suspectes. M. *Chatin* objecte, il est vrai, que des cas de trichinose ont pu passer inaperçus. Tous les orateurs qui prennent ensuite la parole font ressortir l'absence de la trichinose en France; M. *Fauvel* fait même remarquer qu'en Allemagne, où cette maladie est commune par suite de l'habitude de manger la viande de porc crue, il n'est pas établi qu'elle y provienne de porcs américains et non de porcs allemands. Au reste, depuis le décret de prohibition, l'introduction des viandes américaines n'a pas diminué, ainsi que le montre M. *Leblanc;* car ces viandes sont expédiées auparavant en Angleterre où on leur donne la forme de jambon d'York et on les fait entrer dans notre pays par les frontières de terre. L'examen pratiqué au port du Havre est donc tout à fait illusoire, d'autant qu'il ne fait qu'obliger le commerce à subir des retards considérables dans la livraison de ses marchandises, ainsi que le prouve M. *Rochard*, par suite des grandes quantités d'examens micrographiques nécessaires pour avoir une garantie vraiment sérieuse. On pourrait plutôt, fait observer M. *Bouchardat*, obliger les charcutiers à ne vendre que des viandes très cuites. Incidemment, M. *Legouest* demande si une viande trichinée est saine et peut être ingérée sans danger, même lorsque les trichines qu'elle contient sont détruites par une cuisson suffisante; M. *Bouley* répond que c'est de l'albumine et qu'elle se digère, quand elle est cuite, comme les autres matières albuminoïdes, ainsi que tendraient à le prouver des expériences récentes sur la congélation des viandes trichinées. Sur la remarque de M. *Jules Guérin*, que le rapport de M. Chatin ne peut, par ses conclusions générales, faire connaître l'avis de l'Académie, tel qu'il est demandé par M. le ministre du commerce, et sur la demande de M. Fauvel, l'Académie décide le renvoi du rapport à la commission en l'engageant à donner à la séance prochaine des conclusions formelles sur la question en discussion.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Correspondance. — Névromes plexiformes. — Traitement des kystes synoviaux tendineux. — Statistique.

M. *Houzé* (de l'Aulnoit) dépose sur le bureau une brochure dans laquelle il démontre qu'au moyen de tracés graphiques il est facile de saisir et d'enregistrer les modifications de volume des membres dans les affections chirurgicales.

— M. *Verneuil* a pensé que la malade présentée par M. Labbé avait un névrome plexiforme, c'est-à-dire une augmentation de volume avec renflement des nerfs cutanés et sous-cutanés de la région malade. Voici quelques indications sur cette singulière affection.

Valentine Mott (*Transactions médico-chirurgicales*, année 1854) publie des remarques sous une forme particulière des tumeurs de la peau appelée pachydermocèle; il cite des observations accompagnées de dessins.

En février 1857 (Société anatomique), E. Depaul présente une tumeur enlevée à l'hôpital Necker; cette tumeur, d'origine congénitale, siégeait au cou; M. Verneuil fit l'examen histologique; la description accompagnée d'une figure se trouve dans le livre de Follin.

L'année suivante, Guersant présenta à la Société de chirurgie une tumeur enlevée sur le cou d'un enfant; même structure anatomique que précédemment; une note trop courte en fait mention dans les *Bulletins*.

En 1869, Billroth et Czerny publièrent une observation de neurofibrome de la paupière supérieure et de la région temporale, avec figures.

En 1871, Virchow, dans le III° volume du *Traité des tumeurs* (p. 448), rattache ces observations aux faits publiés par Valentine Mott.

En 1870, M. Christian (de Lyon), écrit l'*Histoire des tumeurs plexiformes de la tempe et de la région latérale du cou*.

En 1874, Czerny publia un travail sur l'éléphantiasis des Arabes congénital avec névrome plexiforme; c'était une mauvaise dénomination.

M. *Després* montre les planches du livre d'Alard; il trouve une grande ressemblance avec les figures du mémoire de Valentine Mott.

— M. *Faucon* (de Lille) adresse à la Société un mémoire sur le traitement des kystes synoviaux tendineux, avec une observation de kyste dorsal volumineux de la main gauche, traité par l'extirpation.

— M. *Fleury* (de Clermont) envoie une observation de calcul vésical volumineux; taille bilatérale; fistule persistante; chez un enfant.

— M. *Després* communique la statistique intégrale de son service à l'hôpital de la Charité pendant les années 1880 et 1881.

Les malades ont été traités avec les vieux pansements (cérat, cataplasme, eau alcoolisée, diachylon). Le service comprend 42 lits; sur 401 malades, il y a eu 23 décès. Sur 59 opérations, 3 décès opératoires.

M. *Polaillon* demande à M. Després en combien de jours ses malades guérissent; le meilleur pansement est celui qui guérit le plus vite.

M. *Després*. Cela dépend du moment où on est appelé à intervenir.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Dissociation des mouvements de l'oreillette et du ventricule; application de la théorie au bruit de galop médio-diastolique : M. Lépine. — Capacités absorbante et secrétoire comparées des diverses portions de l'intestin grêle : MM. Lannois et Lépine. — Part du pneumogastrique dans la régulation de la circulation céphalique : M. Arloing. — Appréciation de l'élasticité artérielle par la persistance du courant sanguin après l'arrêt du cœur : M. Arloing. — Insuffisances tricuspidiennes par l'excitation du pneumogastrique; part du muscle cardiaque dans la production des insuffisances transitoires; action antagoniste de la digitale : M. François-Franck. — Troubles nutritifs consécutifs aux lésions expérimentales des poumons : MM. Quinquaud et Plogey. — Zones réflexogènes : M. Dumontpallier. — Capacité d'absorption de l'hémoglobine chez les habitants des hauts plateaux : M. P. Bert.

M. *Lépine* a observé en clinique certains faits qui paraissent bien montrer qu'une dissociation peut s'opérer entre la fonction auriculaire et la fonction ventriculaire : il a vu des pouls veineux *diastoliques*, dont le soulèvement lui paraît dû à une action anticipée de l'oreillette droite.

L'auteur pense qu'on pourrait expliquer par ce déplacement des systoles de l'oreillette droite la production du bruit surajouté qui vient quelquefois se placer à une période quelconque de la diastole et constitue l'une des variétés du bruit de galop décrit par M. Polain.

Quant à l'interprétation de ce déplacement des deux actes ventriculaire et auriculaire l'un par rapport à l'autre, on est dans l'embarras suivant : est-ce la systole de l'oreillette qui anticipe, ou au contraire celle du ventricule qui retarde? M. Lépine émet l'hypothèse qu'il s'agit plutôt d'un retard dans l'apparition de la systole ventriculaire; il pense qu'on peut appuyer cette opinion sur ce fait que le cœur fatigué ne réagit que plus tardivement aux excitations, quelles qu'elles soient, qui en déterminent normalement la systole.

— M. *Lépine* adresse une seconde communication sur la manière différente dont se comportent les parties supérieure et inférieure de l'intestin grêle au point de vue de l'absorption et de la transsudation. Ces recherches ont été faites avec la collaboration de M. Lannois.

Les auteurs emprisonnent une même quantité d'un liquide donné, dont la nature varie, dans deux anses intestinales prises à des hauteurs différentes et représentant la même surface muqueuse.

De l'ensemble de leurs recherches, il résulte que l'absorption est beaucoup plus rapide à la partie supérieure du jéjunum qu'à la partie inférieure, et cela pour des substances variées (huile, glycose, amidon saccharifié, etc.)

Quant au duodénum, on savait déjà, par les recherches de Tappeiner, sur le glycocholate de soude, qu'il absorbe beaucoup moins activement que les autres parties de l'intestin grêle.

De même, la puissance de transsudation est beaucoup plus énergique à la partie supérieure qu'à la partie inférieure du jéjuno-iléon.

— M. *Arloing* a recherché la part qui paraît revenir au nerf pneumogastrique dans la régularisation de la circulation céphalique. Il avait constaté que quand on excite le bout supérieur du sympathique cervical les effets vaso-constricteurs se présentent avec une allure et une durée différentes suivant que le pneumogastrique est intact ou coupé. Quand le pneumogastrique est sectionné, la vaso-constriction débute beaucoup plus brusquement, dure beaucoup plus longtemps et se manifeste avec une intensité beaucoup plus grande.

Tous ces effets ont été suivis avec soin chez les solipèdes en explorant simultanément les variations de la pression et de la vitesse du sang dans l'artère carotide correspondant au côté excité. L'auteur suppose que le resserrement du bouquet carotidien crée une augmentation de pression suffisante pour

produire une impression endocardiaque laquelle détermine à son tour par voie réflexe une vaso-dilatation compensatrice. Ces effets s'observent seulement quand le nerf dépresseur, dit nerf de Cyon, que contient le tronc du pneumogastrique, est intact; ils disparaissent quand, avec le pneumogastrique, on coupe le nerf dépresseur.

— M. *Arloing* indique ensuite un moyen de déterminer la valeur de l'élasticité artérielle des gros troncs sur l'animal vivant. Quand on comprime un vaisseau sur le trajet duquel est placé un appareil inscripteur de la vitesse du courant, on a une indication de vitesse qui persiste tant que le vaisseau, en se resserrant élastiquement, continue à faire progresser le liquide. Il en est de même quand on supprime brusquement l'afflux sanguin par un arrêt instantané du cœur. Toute la durée du temps qu'emploie la courbe décroissante de vitesse pour regagner la ligne de zéro correspond au temps pendant lequel s'exerce l'élasticité artérielle. Dans certains cas, on a vu cette durée arriver jusqu'à une dizaine de secondes.

M. *François-Franck* étudie quelques-unes des conditions productrices *cardiaques* des insuffisances tricuspidiennes et insiste sur l'interprétation des résultats que lui ont fournis ses expériences sur le pneumogastrique.

En examinant simultanément sur un même animal le pouls jugulaire et la pression à l'intérieur du ventricule droit ou la pulsation extérieure du cœur, on constate le fait suivant : pendant que le cœur est très notablement ralenti par l'excitation du nerf pneumogastrique, *à chacune des systoles ventriculaires un reflux se produit et se traduit sur la courbe du pouls jugulaire par un grand soulèvement synchrone avec la poussée du ventricule.*

Si l'on recherche le mécanisme de ces reflux, on voit qu'ils dépendent tout d'abord de la surcharge sanguine qui a eu le temps de se produire dans le ventricule droit par le fait de la prolongation considérable des pauses diastoliques.

Mais, comme on ne produit pas de reflux sur le même animal en déterminant par un autre procédé des surcharges plus considérables encore, il faut bien admettre qu'une autre condition intervient, du fait de l'excitation du pneumogastrique : cette autre condition c'est *l'action relâchante du nerf sur le tissu musculaire.* On connaît déjà cette propriété du pneumogastrique d'agir, non seulement *sur le rhythme,* mais encore et très évidemment *sur la tonicité* du muscle cardiaque (Coats, 1869 — Luciani, 1871-1876).

Ici, elle doit être invoquée pour expliquer le refoulement excentrique considérable que subit la paroi ventriculaire sous l'influence d'une charge relativement faible; on peut comprendre alors comment se produit l'insuffisance tricuspidienne par l'attraction qu'exerce la paroi déplacée sur les bords valvulaires au moyen des muscles papillaires et des cordages tendineux. Il est possible encore que les muscles papillaires, tant qu'ils sont sous l'influence de l'action relâchante du pneumogastrique, n'agissent pas avec la vigueur nécessaire au moment de la systole, pour tendre suffisamment les valvules et en assurer le contact.

De toutes façons ces expériences montrent quelle part importante doit être attribuée à l'état du muscle cardiaque, à son degré de résistance, dans la production des insuffisances tricuspidiennes rapides, souvent transitoires, qu'on observe en clinique. Il est possible que ce nouveau facteur joue un grand rôle dans les dilatations du cœur de la péricardite aiguë avec myocardite, dans celles qui se produisent sous l'influence d'irritations lointaines (dilatations d'origine gastro-hépatique), etc.

Il est du reste facile de mettre en évidence, par un moyen détourné, l'importance de cet état de flaccidité diastolique maxima du muscle cardiaque dans la formation des insuffisances par dilatation ventriculaire : c'est l'effet antagoniste de la digitale qui permet cette démonstration quand on a administré cette substance à doses suffisantes pour produire un ralentissement notable du cœur; les influences, qui étaient auparavant capables de déterminer la dilatation avec insuffisance, ne provoquent plus ni dilatation ventriculaire ni reflux tricuspidien; bien plus, une insuffisance de cette nature existant, la digitale la fait disparaître, mais souvent au détriment de la circulation pulmonaire. Il y a des faits cliniques qui montrent que la suppression rapide du reflux tricuspidien par la digitale est suivie d'accidents d'apoplexie pulmonaire. Dans tous les cas, la digitale intervient comme agent de renforcement de la puissance musculaire et manifeste cette action cardiaque tonique bien connue en clinique.

Il semble qu'on pourra tirer parti, pour l'interprétation d'un certain nombre de faits pathologiques, non seulement des preuves fournies plus haut au sujet de la part qui revient à l'état du muscle cardiaque dans la production des dilatations avec insuffisance tricuspidienne, mais aussi des résultats fournis par les expériences sur l'action du pneumogastrique.

— MM. *Quinquaud* et *Piogey* étudient les troubles nutritifs secondaires à des lésions expérimentales des bronches et des poumons.

Après avoir déterminé la normale physiologique du poids, de la composition chimique et histologique du sang et des urines des animaux (cobayes, chiens) soumis à l'expérience, les auteurs ont introduit dans les bronches, à l'aide d'une sonde, du pus, du chyme, des aliments divers, de la poudre de cantharides, de la graine de moutarde, des corps inertes et des grains de plomb de divers calibres et ont analysé, après un laps de temps variable, les liquides de l'organisme.

1° *Modifications du sang.* — La destruction graduelle et progressive porte sur le nombre des globules et la quantité d'hémoglobine, tandis que l'augmentation de la fibrine est en rapport avec les phegmasies. La plus grande destruction des globules et de l'hémoglobine est constatée à la suite d'injections de mercure dans les bronches.

L'animal a pu perdre la moitié de l'hématocristalline avant la mort, tandis que dans les cas d'injections de nitrate d'argent, de sang, etc., la perte n'est en moyenne que le tiers du chiffre normal.

2° *Modifications de l'urée.* — Le premier effet de toute irritation expérimentale broncho-pulmonaire est de diminuer la quantité d'urine et la quantité d'urée.

Les phénomènes se passent comme si, au début, il existait un barrage rénal qui cesse à la phase de réparation.

3° *Poids.* — Le poids diminue et, toutes choses égales d'ailleurs, la ration d'entretien et les conditions hygiéniques influent sur le graphique de cette perte de poids quotidien; le corps injecté qui favorise le plus une courbe descendante est le mercure.

— M. *Dumontpallier* donne un rapide résumé de ses recherches sur les divisions qu'on peut déterminer entre les « régions réflexogènes » chez les hystériques qu'il a étudiées il admet une région supérieure correspondant aux membres supérieurs; une région inférieure correspondant aux membres inférieurs et une région moyenne capable de déterminer des actions réflexes directes et des actions réflexes croisées.

— M. *P. Bert* rappelle que ses anciennes expériences sur la *décompression* ont montré la nature des accidents qu'on éprouve dans les zones élevées et qu'on désigne sous le nom de *mal des montagnes.* Il a établi que la dépression fait diminuer la proportion d'oxygène dans le sang, et qu'on se trouve alors dans les mêmes conditions que si on respirait un air pauvre en oxygène et surchargé d'azote : c'est là l'anoxhémie.

M. Jourdanet, de son côté, a prouvé que le séjour sur les hauts plateaux entraîne une anémie profonde se révélant surtout quand une affection aiguë survient et est traitée par

les moyens antiphlogistiques. Il pense que l'acclimatement vrai n'est pas possible et que les races qui s'établissent dans les hautes régions finissent par disparaître.

M. *Bert* a cherché dans quelle mesure les conclusions de M. Jourdanet étaient rigoureuses et surtout si elles s'appliquent aux individus, hommes ou animaux, en dehors des cas pathologiques. Il a reçu, de pays situés à plus de 4000 mètres d'altitude dans les Cordillères, comme La Paz, du sang appartenant à des animaux très variés. Bien que ce sang fût absolument putréfié, l'auteur admet qu'il peut encore compter sur la rigueur de ses analyses, se rapportant aux recherches de M. Jolyet, qui auraient démontré que l'hémoglobine est une substance assez stable pour absorber toujours la même quantité d'oxygène, quel que fût le degré de putréfaction du sang. C'est sur cette base que s'appuie sa conclusion générale que le sang fourni par des sujets habitant les hautes régions des Cordillères a une capacité d'absorption pour l'oxygène beaucoup plus considérable que le sang des individus de nos pays : ainsi le premier sang absorbe 16 à 22 volumes d'oxygène pour 100 tandis que le dernier en absorbe 10, 12 ou 14 au maximum. Il pense donc que les individus habitant les hautes régions peuvent absorber de grandes quantités d'oxygène et que c'est là un élément très important pour la question de l'acclimatation.

REVUE DES JOURNAUX

Observation touchant la transplantation osseuse ; un cas de transplantation interhumaine suivie de restauration des deux tiers du corps de l'humérus, par Mac Evven, chirurgien de l'Infirmerie royale de Glascow.

La *Revue de chirurgie* contient un fort intéressant mémoire de M. Mac Evven. En voici les conclusions : 1° les greffes osseuses peuvent vivre et se développer ; 2° la chose est vraie pour les greffes interhumaines ; 3° elles peuvent donner, au point de vue pratique, d'excellents résultats ; 4° chaque fragment greffé doit comprendre tous les éléments de l'os ; 5° le meilleur procédé consiste à diviser en parties très minces les fragments avec un instrument bien tranchant avant de les remettre en place ; 6° pour assurer le succès, on appliquera soigneusement le pansement antiseptique.

Les conclusions s'appuient sur l'observation suivante, fort détaillée dans le mémoire de Mac Evven, mais dont nous ne donnons que les traits principaux :

Ostéite suppurée chez un enfant de trois ans, très amaigri ; nécrose totale de l'humérus ; il ne reste que la tête et l'extrémité inférieure ; toute la diaphyse, transformée en séquestre, a été enlevée.

Au bout de quelques mois, lorsque l'enfant a été fortifié par une bonne hygiène et une nourriture substantielle, on incise les téguments du bras, on avive l'extrémité inférieure de la tête du fémur et on applique sur sa surface « rafraîchie » de petits fragments d'os provenant d'une ostéotomie qu'on venait de pratiquer pour une incurvation rachitique du tibia chez un autre enfant. Les fragments osseux, comprenant l'os, son périoste et la moelle, sont insinués entre les interstices musculaires, dans le point où devrait être la diaphyse nécrosée. Trois mois après, la guérison était obtenue et l'on constatait que la greffe avait réussi. L'humérus avait gagné plus d'un pouce de longueur.

Trois mois après, deuxième transplantation pratiquée de la même manière. Les fragments sont juxtaposés à l'extrémité inférieure de la première greffe avivée. Les morceaux d'os sont plus nombreux, et le résultat est encore excellent. Lorsqu'on examine l'os, un mois plus tard, on voit qu'on avait gagné un pouce et quart. Cinq mois après, troisième greffe, appliquée cette fois sur les condyles avivés. Elle réussit encore et fait gagner deux pouces. Une quatrième opération consista ensuite à aviver le fragment supérieur et le fragment inférieur de manière à les unir par une suture. Le résultat fut excellent, et le petit malade, au lieu d'avoir un bras en fléau, sans squelette, incapable de mouvement, avait maintenant un os central, à peine plus court de 2 ou 3 centimètres que celui du côté opposé, et permettant des mouvements étendus. Il y avait eu, non seulement soudure des fragments, mais aussi production d'os nouveau, car l'ensemble de la diaphyse était supérieur à la masse des fragments introduits dans les interstices musculaires.

On le voit, beaucoup des anciennes expériences n'avaient été négatives sans doute que parce qu'on ne connaissait pas les pansements antiseptiques. Sans doute, on eût réussi dans les tentatives de ce genre qui ont été faites autrefois si on avait eu recours à la méthode de Lister. (*Revue de chirurgie*, numéro de janvier.)

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie de la main, par M. le docteur Albert Blum. Paris, Asselin.

M. Blum a eu l'heureuse idée de réunir en un rapide volume tout ce qui a trait à la chirurgie de la main ; au premier abord, on se demande pourquoi isoler cette partie du corps, et détacher son histoire de celle des autres régions. M. Blum, dans une introduction ingénieuse, nous donne les raisons qui l'ont guidé ; elle nous ont paru bonnes, et c'est avec conviction que nous avons ouvert le livre.

Il est bien fait, net et ne s'attarde pas aux détails inutiles ; il justifie bien son titre, et tout ce qui ne doit pas conduire à un acte chirurgical est scrupuleusement rejeté. C'est un petit traité pratique et, ne fût-ce qu'à ce titre, nous ne saurions trop le recommander.

Mais pourquoi cette extrême brièveté ? Les descriptions sont véritablement trop courtes. Nous comprenons bien : M. Blum n'a pas voulu effrayer l'acheteur. Il a voulu être lu, et il sait combien on se méfie des compilations volumineuses. Entre un livre savant qu'on n'ouvre pas et un manuel qu'on étudie il n'a pas hésité. Je crois cependant qu'il est un terme moyen auquel M. Blum aurait pu s'arrêter.

Ainsi, pour ne prendre qu'un exemple, nous trouvons l'étude de la rétraction de l'aponévrose palmaire trop peu détaillée. Sans doute, pour ne pas embarrasser le texte et pour que l'affirmation nette frappe plus l'esprit, M. Blum nous dit, entre autres choses, que cette affection se rencontre « chez l'homme, jamais chez la femme ». C'est trop absolu, et M. Charcot citait à la Société anatomique, la reine d'un petit royaume d'Europe qui en présente un exemple incontestable. M. Blum, dans le même chapitre nous dit que cette rétraction « suit une marche progressive et amène peu à peu l'abolition des fonctions des doigts atteints. » Est-ce en dépit du traitement chirurgical ? Evidemment telle n'est pas la pensée de l'auteur, puisqu'il nous décrit des opérations qui peuvent « donner d'excellents résultats ». Eh bien, quelques lignes n'eussent pas été de trop pour indiquer l'inconstance et parfois l'inutilité des efforts. Nous aurions voulu lui voir étudier le « pronostic du traitement ».

Ce sont les seules réserves que nous ferons : trop peu de détails ; certains chapitres un peu courts. Mais si on accepte le point de vue auquel se place l'auteur, — car évidemment cette sobriété est voulue — on n'a plus que des éloges à lui adresser. Le livre est divisé en douze chapitres : le premier traite des affections congénitales que la chirurgie peut améliorer ou guérir ; le deuxième des fractures et le troisième des luxations. Ce sont peut-être les plus développés, et ils nous présentent un bon tableau des connaissances actuelles.

Les plaies de la main, les inflammations aiguës, les affec-

tions chroniques, synovites, ostéites, arthrites, sont étudiées dans les chapitres suivants. Nous recommandons une description bien faite du « doigt à ressort ». L'auteur semble avoir étudié ce sujet délicat avec une certaine prédilection. Les affections diathésiques viennent ensuite, puis les déformations acquises de la main. C'est à cet endroit que M. Blum décrit les plaies et les brûlures; ce rapprochement est peut-être trop subtil, mais que nous importe après tout. On sait combien nos divisions sont souvent arbitraires.

La crampe des écrivains a son chapitre particulier. Mais ici encore même remarque; pourquoi ne pas insister sur un traitement autour duquel on fait grand bruit maintenant? pourquoi du moins ne pas en discuter la valeur? Le neuvième chapitre comprend la description des tumeurs : papillomes, tubercules anatomiques, cancroïdes, chéloïdes, carcinomes, tumeurs vasculaires, etc., etc. Enfin M. Blum termine par la médecine opératoire et la prothèse.

En un mot, bon livre, mais trop élémentaire. Il a nécessité des recherches nombreuses, des compilations abondantes dont l'auteur aurait dû nous faire plus amplement profiter. La bibliographie est bien personnelle; ce n'est point celle qui traîne partout; les indications sont vérifiées avec soin. Disons enfin que 86 figures intercalées dans le texte viennent ajouter encore à la clarté des descriptions.

Index bibliographique.

Epilepsy and other chronic convulsive diseases (l'Épilepsie et les autres maladies convulsives chroniques), par W. R. Gowers. — Londres, J. et A. Churchill, 1881.

Il est bien difficile d'écrire sur l'épilepsie un livre nouveau; mais on ne peut que louer ceux qui savent bien analyser les symptômes que présente cette cruelle maladie, en rechercher les causes et indiquer, parmi les nombreux médicaments préconisés dans le but de la guérir, ceux qui ont quelque effet sur son évolution. A tous ces points de vue, le livre de M. W. R. Gowers mérite d'être signalé. L'auteur ne prétend pas guérir les épileptiques; mais il espère pouvoir les soulager; il s'applique surtout à montrer que si, parmi les médicaments recommandés chaque jour, il en est quelques-uns qui méritent d'être essayés, il en est un plus grand nombre qui ne doivent leur succès éphémère qu'à des réclames sans valeur aucune. Nous partageons absolument sa manière de voir lorsqu'il recommande de ménager les doses de bromure de potassium, surtout chez les jeunes enfants, mais de continuer très longtemps, sans découragement, comme sans abus, l'usage de ce médicament, le seul qui puisse donner quelques résultats positifs. Comme M. W. R. Gowers nous pensons que l'action des différents bromures n'est pas proportionnelle à la quantité de brome qu'ils contiennent: le bromure de potassium est bien plus efficace que le bromure de sodium ou celui d'ammonium. Mais ce que nous croyons avoir constaté, chez les enfants surtout, c'est l'utilité de l'association des divers bromures. Mieux tolérée, plus active, cette médication, administrée à petites doses et d'une manière continue, durant plusieurs années, arrive souvent à modifier la forme de la maladie et à faire succéder à l'état épileptique aigu l'*état de mal* caractérisé par des crises presque imperceptibles et bien moins graves quant à leurs conséquences lointaines. En ce qui concerne les autres médicaments cités par l'auteur (digitale, belladone, stramonium, etc., etc.), ils ont une importance moindre. Il en est un cependant dont M. Gowers ne parle pas et qui convient dans bien des cas; nous voulons parler de l'ergotine qui, bien administrée, peut rendre aussi de signalés services. Nous avons surtout parlé, dans cette rapide analyse, de la partie thérapeutique du livre de M. W. R. Gowers. Les pages consacrées à la séméiotique, à l'étiologie, à l'anatomie pathologique, etc., de l'épilepsie et des névroses qui la compliquent, ne manquent cependant pas d'intérêt; mais il faudrait, pour y relever tous les aperçus dignes d'être signalés, plus de place que nous n'en pouvons donner à une analyse destinée seulement à recommander aux spécialistes la lecture d'un ouvrage consciencieusement écrit.

Leçons sur les affections nerveuses locales, par le docteur B. Brodie; traduites de l'anglais par le docteur Douglas Aigre. Publication du *Progrès médical.* — Paris, A. Coccoz.

Ce petit travail ne contient que trois leçons, mais trois leçons très neuves et très originales sur un sujet inépuisable. On a très bien fait de les reproduire, car on aurait peine à les retrouver dans le recueil où elles ont été publiées pour la première fois. La table des matières, très complète, qui termine le livre, est un résumé très fidèle et très précis des questions qui s'y trouvent développées.

VARIÉTÉS

Projet de loi sur la vaccination et les maladies épidémiques.

Les Chambres suisses ont adopté, le 31 janvier dernier, un projet de loi sur les épidémies qui va être soumis à l'épreuve du *referendum*, mais dont il importe dès aujourd'hui d'indiquer les dispositions principales :

Les maladies épidémiques auxquelles la loi est déclarée applicable sont la variole, le choléra asiatique, le typhus pétéchial et la peste.

Toute personne atteinte de l'une de ces maladies « doit être isolée autant que possible. Il en est de même des personnes chargées de la soigner et de la demeure ou de la chambre occupée par le malade ». — « Sur sa demande, le malade sera autorisé à rester dans sa demeure, à condition que les prescriptions concernant l'isolement soient convenablement observées. »

Dans le cas contraire, le malade sera transporté dans un hôpital. La loi assure aux personnes non atteintes, et qui, sans qu'il y ait de leur propre faute, sont soumises à l'isolement, et par là empêchées de travailler, le payement d'une indemnité si elles se trouvent dans la gêne.

Après avoir décrété les mesures à prendre au sujet des cadavres, de la désinfection de la demeure et des objets contaminés par la présence de la maladie, la loi passe à la vaccination, qu'elle rend obligatoire.

Les discussions qui ont eu lieu récemment sur ce point spécial nous engagent à résumer ici les articles les plus importants du projet de loi suisse.

Tout enfant né en Suisse doit, dans la règle, être vacciné dans la première ou, au plus tard, dans la seconde année qui suit sa naissance. La vaccination ne peut être retardée au delà de ce terme que pour des raisons de santé constatées par un médecin. Les enfants non vaccinés, nés à l'étranger et amenés en Suisse, doivent également être vaccinés le plus tôt possible. Le fait de la vaccination sera constaté par un certificat signé d'un médecin patenté. Aucun enfant ne peut, sans ce certificat, être admis définitivement à fréquenter une école publique ou privée. En cas d'épidémie de variole, la revaccination peut être aussi déclarée obligatoire pour les adultes.

Cette loi impose donc la vaccination obligatoire, et l'impose sans réserves. Or, dès aujourd'hui, un grand nombre de citoyens suisses, appartenant surtout à la Suisse allemande, et à leur tête le conseiller national Scheuchzer, se sont élevés contre cet article, qu'ils regardent comme vexatoire, et, en particulier, contre le paragraphe qui interdit l'accès des écoles aux enfants non vaccinés. Ce serait, suivant eux, violer l'article 27 de la constitution, qui déclare l'instruction publique obligatoire. Réunis à Olten, ces citoyens ont décidé d'organiser le pétitionnement nécessaire pour faire soumettre la loi sur les épidémies au *referendum.* S'ils ne recueillent pas les trente mille signatures nécessaires, cette loi sera applicable. Dans le cas contraire, elle sera soumise à l'adoption ou au rejet du peuple suisse tout entier.

Outre la loi relative à la vaccination, le projet dont il est aujourd'hui question comprend un certain nombre de dispositions relatives aux épidémies (scarlatine, diphthérie, typhus, dysentérie, fièvre puerpérale), qui pourraient, à un certain

moment, devenir graves. Enfin, des pénalités très sévères, l'amende aggravée de la prison, sont tenues en réserve pour les particuliers, officiers ou fonctionnaires publics, qui contreviendraient aux prescriptions de la loi ou aux ordres spéciaux des autorités compétentes.

Faculté de médecine. — *Chaire de thérapeutique.* — Dans sa séance d'aujourd'hui la Faculté de médecine, après avoir pris connaissance du registre d'inscription qui lui était transmis, a désigné quatre de ses membres pour apprécier les titres des quatre candidats à la chaire de thérapeutique. Ces candidats sont, par ordre alphabétique, MM. Cornil, Grancher, Hayem et Lancereaux.

— M. Ballet, docteur en médecine, est nommé chef de clinique des maladies du système nerveux (emploi nouveau).

— M. Richer, docteur en médecine, est nommé chef du laboratoire attaché à la chaire de clinique des maladies du système nerveux (emploi nouveau).

— M. Féré (Charles) est nommé préparateur de la chaire de clinique des maladies du système nerveux (emploi nouveau).

Faculté des sciences de Paris. — M. le docteur Raphaël Dubois est nommé préparateur en remplacement de M. Laffont.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Bimar, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1881-1882, des fonctions de chef des travaux de physiologie, en remplacement de M. Lannegrâce, appelé à d'autres fonctions.

— M. Chalot, agrégé, est nommé, pour six ans, chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Bimar, dont le temps d'exercice est expiré.

Faculté de médecine de Montpellier. — Un concours pour la nomination à une place de chef de clinique chirurgicale ouvrira le mercredi 1er mars 1882. Les inscriptions seront reçues au secrétariat jusqu'au 28 février. La durée de ces fonctions est de trois années; le traitement annuel est fixé à 1200 francs.

Faculté de médecine de Lille. — M. Siven est nommé professeur de chimie organique, en remplacement de M. Godron, démissionnaire.

Concours. — Par arrêté en date du 11 février 1882, des concours seront ouverts le 16 août 1882, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, et un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à la même École. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Faculté des sciences de Bordeaux. — M. Forquignon (Jean-Baptiste), docteur ès sciences, est nommé, du 1er février au 31 octobre 1882, maître de conférences de physique, en remplacement de M. Sabatier, appelé à d'autres fonctions.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Mosnat, licencié ès sciences, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1881-1882, des fonctions de chef des travaux de physique.

École des sciences d'Alger. — M. Roux est nommé, pour l'année classique 1881-1882, maître de conférences de botanique, en remplacement de M. Godfrin, appelé à d'autres fonctions.

École de médecine de Reims. — MM. Doyen et Thomas sont nommés professeurs honoraires.

École de médecine de Marseille. — M. Aubert (Joseph-Eugène) est nommé préparateur de chimie et de pharmacie, en remplacement de M. Arduin, démissionnaire.

École de médecine de Rouen. — M. le docteur Dumenil est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Flaubert, décédé.

Mission scientifique. — Par décret du ministre de l'instruction publique, en date du 17 février 1882, M. le docteur Galippe, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission en Angleterre à l'effet d'étudier l'enseignement de l'odontologie dans ce pays.

Nécrologie. — Nous apprenons avec un vif regret que M. Piraud, interne à l'hôpital de Nantes, vient de succomber à la variole contractée dans le service auquel il appartenait.

Quinze-Vingts. — Un concours *sur titres* est ouvert pour la nomination de quatre élèves externes à la clinique ophthalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts. Les candidats sont priés de s'inscrire dès maintenant, tous les jours non fériés, de dix heures du matin à quatre heures du soir, au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28, à Paris, où il leur sera fourni tous les renseignements nécessaires.

Hôpital cantonal de Genève. — M. le professeur d'Espine est nommé médecin-adjoint de l'hôpital cantonal de Genève.

Médecins de l'état civil. — Le préfet de la Seine a pris l'arrêté suivant :

« Les médecins de l'état civil, dans chaque arrondissement, seront nommés par le préfet, sur la proposition du maire.

» Lorsqu'une circonscription deviendra vacante, le maire transmettra sans délai, au secrétariat général, service du personnel, la liste des candidats qu'il croira devoir présenter. Cette liste comprendra quatre noms, dont deux choisis parmi les médecins attachés au bureau de bienfaisance et deux parmi les médecins inspecteurs des écoles communales et des écoles maternelles de l'arrondissement.

» Le médecin du bureau de bienfaisance ou le médecin inspecteur des écoles qui aura été nommé médecin de l'état civil devra être remplacé dans son premier emploi. »

Le Supplément mensuel de la *Gazette hebdomadaire* paraîtra avec le numéro du 3 mars prochain.

Mortalité a Paris (7e semaine, du vendredi 10 au jeudi 16 février 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2225910 habitants. — Nombre total des décès : 1417, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 35. — Variole, 21. — Rougeole, 25. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 51. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 11. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 58.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 246. — Autres tuberculoses, 22. — Autres affections générales, 81. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 76. — Bronchite aiguë, 58. — Pneumonie, 147. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 40; au sein et mixte, 22; inconnu, 9. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 153; de l'appareil circulatoire, 72; de l'appareil respiratoire, 138; de l'appareil digestif, 38; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 0; épuisement, 4; causes non définies, 0. — Morts violentes, 35. — Causes non classées, 9.

Conclusions de la 7e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1219 naissances et 1417 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1179, 1265, 1289, 1357. Le chiffre de 1417 décès relevé dans le bulletin de ce jour est donc supérieur à chacun des chiffres des quatre dernières semaines. La comparaison avec la 6e semaine des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques fait ressortir : une atténuation pour l'érysipèle (9 décès au lieu de 13 pendant la 6e semaine), l'infection puerpérale (11 au lieu de 13), la rougeole (25 au lieu de 26), la diphthérie (51 au lieu de 52); une aggravation pour la variole (21 décès au lieu de 10), la fièvre typhoïde (35 au lieu de 31), la coqueluche (11 au lieu de 5). Les décès par scarlatine (3) ont atteint le même chiffre que durant la 6e semaine.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE EMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 2 mars 1882.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LA DÉLÉGATION A LA CHAIRE DE PHYSIOLOGIE DE LA FACULTÉ DE LYON.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie, comme on le verra plus loin au compte rendu de la séance, a adopté l'avis que nous exprimions à propos du rapport de M. Chatin et, sur la proposition de M. Bouley, elle a déclaré que l'inspection microscopique des viandes porcines de provenance étrangère n'est pas nécessaire et qu'il suffit de tenir en garde la population contre les dangers possibles de l'usage de la viande de porc consommée crue ou incomplètement cuite. Cette solution rationnelle, qui sera, à n'en pas douter, également approuvée par le Parlement, enterre au mieux des intérêts de la santé publique une question trop longtemps obscurcie par des considérations personnelles et commerciales.

Parmi les présentations faites au début de la séance, il importe de signaler tout particulièrement le dépôt par M. Armand Gautier d'un échantillon d'une ptomaïne qu'il est parvenu avec M. Étard à isoler et à préparer à l'état de pureté en quantité suffisante pour qu'elle puisse être soumise à un examen approfondi; c'est un liquide huileux et très toxique, à la manière des venins, de la muscarine, de la nicotine, etc. On sait, M. Gautier l'a démontré, que ces alcaloïdes se produisent dans l'économie au cours de divers états pathologiques et qu'il s'en peut former des quantités minimes, même à l'état physiologique, chez l'homme bien portant. La portée de cette découverte et des recherches de M. Gautier dépasse le terrain de la médecine légale où elles ont déjà une si grande importance, et il faut se demander quel rôle ces découvertes sont appelées à jouer vis-à-vis de la théorie parasitaire; la compléteront-elles ou sont-elles destinées à lui porter quelque atteinte?

Une discussion très intéressante a été commencée par MM. Gosselin et Labbé. Il s'agit, pour employer l'expression de M. Gosselin, de la *technique des inhalations de chloroforme*. On a déjà vu, dans l'avant-dernière séance (*Gaz. heb. n°* 7) que les chirurgiens les plus éminents ne sont point d'accord sur les causes qui amènent les accidents de la chloroformisation. En exposant, avec détails, le manuel opératoire qu'ils préconisent MM. Gosselin et Labbé ont placé la question sur le terrain clinique. Nous attendrons les observations qui ne manqueront pas sur ce sujet pour analyser, comme elles méritent de l'être, ces importantes communications.

La délégation à la chaire de physiologie de la Faculté de Lyon.

Nous avions reproduit, sans l'apprécier longuement, la protestation adressée à M. le ministre de l'instruction publique par les agrégés de la Faculté de médecine de Lyon. Il nous semblait, en effet, qu'il devait suffire de plaider, en termes aussi concis que modérés, la cause du droit et de la raison. MM. les agrégés de la Faculté de Lyon ne nous paraissaient pas avoir dépassé la mesure en revendiquant le droit de suppléer les professeurs titulaires que la maladie ou toute autre excuse légitime empêchait de remplir leurs fonctions officielles. Comme ils le disaient avec raison : « C'est là une de leurs plus précieuses prérogatives, et c'est, pour ainsi dire, leur véritable raison d'être. » Nous ne sommes donc nullement surpris d'apprendre que les agrégés des diverses Facultés de médecine de France et, en particulier, ceux de la Faculté de Paris, sont prêts à s'associer à la protestation de leurs collègues de Lyon. Ils n'auront pas de peine à faire ressortir les inconvénients que présente, à tous les points de vue, la décision qu'a cru devoir prendre l'ex-ministre de l'instruction publique. Mais il nous faut aujourd'hui répondre en quelques lignes aux arguments qui ont été invoqués pour expliquer cet acte d'autorité personnelle. Ces arguments sont développés dans un article que la *Tribune médicale* publie à la date du 26 février dernier. Son honorable rédacteur en chef, notre excellent confrère M. Laborde, avait, comme nous, jugé fort légitime la protestation des agrégés de Lyon. Les explications de M. P. Bert lui ont paru cependant de nature à modifier cette première appréciation. « En principe, dit-il, la décision de l'ex-ministre n'a été que la réalisation

d'un système de roulement du personnel enseignant qui, dans sa pensée et sa conviction, doit entrer comme amélioration réelle et nécessaire dans l'organisation professorale de l'enseignement supérieur : ce système consiste à faire passer successivement, au fur et à mesure des vacances qui se produisent, le professeur des Facultés d'un ordre inférieur (ordre s'entend ici de l'importance relative) aux Facultés d'un ordre supérieur, la Faculté de Paris représentant naturellement le dernier et suprême degré. » Nous devons avouer que cette explication nous surprend et nous attriste. M. P. Bert oublie-t-il donc que les Facultés de médecine ont une organisation différente de celle des Facultés des sciences et des lettres? Ne sait-il point qu'il existe pour ces Facultés un corps spécial d'agrégés, parmi lesquels se recrutent les professeurs, que ces agrégés sont nommés *exclusivement* pour une Faculté déterminée, qu'ils n'ont d'autres fonctions à y remplir que celle de compléter l'enseignement des titulaires et de les suppléer quand ceux-ci interrompent leur enseignement? A-t-il oublié que l'ordonnance de 1823 définit et précise les fonctions, les devoirs et les droits de ces agrégés et que le système de roulement qu'il veut faire admettre n'aurait d'autre résultat que de rendre tout à fait stérile et illusoire le recrutement des concours d'agrégation qu'une circulaire récente, au sujet de laquelle nous aurons à écrire prochainement un nouvel article, prétendait améliorer?

M. P. Bert n'a-t-il pas compris que, dans presque tous les cas, ce roulement, facile et désirable quand il s'agit des professeurs des lycées ou des Facultés des sciences, fonctionnaires de l'Université, très rarement retenus par des considérations d'intérêt personnel, deviendra presque toujours impossible dans les Facultés de médecine? Ce roulement l'imposera-t-il s'il ne convient ni à celui qu'on veut déplacer ni à la Faculté à laquelle on destine un professeur qu'elle n'a pu connaître? Une seule réserve peut être faite : elle s'applique au cas où un homme d'un mérite reconnu désirerait entrer, par la voie régulière, dans une Faculté où l'appellerait expressément le vote des professeurs.

N'insistons point d'ailleurs sur ce premier argument. Pour le discuter en détail, il nous faudrait plus de place que celle dont nous disposons aujourd'hui. Il nous suffisait d'avoir montré que, ne tenant aucun compte des règlements universitaires, M. P. Bert, qui déclarait, quelques jours auparavant, vouloir améliorer la situation et faciliter le recrutement des agrégés des Facultés de médecine faisait trop peu de cas de leurs services et de leurs droits.

Mais la *Tribune médicale* donne à la décision de M. P. Bert un autre motif. Il paraît, y est-il dit, que le seul agrégé qui pût être appelé à remplacer M. Picard n'était pas en ce moment disponible, « car on venait de créer au même ministère, expressément pour lui, une chaire de physiologie à la Faculté des sciences de Lyon ». Nous n'avons pas à faire voir combien une pareille assertion doit sembler pénible aux collègues de M. Arloing. Avant de les juger incapables de suppléer pour un an un professeur en congé, on aurait pu leur offrir l'occasion de faire publiquement leurs preuves. Mais nous tenons surtout à protester contre une argumentation qui repose sur des assertions exagérées. Notre confrère et ami M. Laborde, dont chacun connaît et apprécie l'honnêteté et la franchise, reconnaîtra, avec nous, qu'il a été entraîné un peu loin. Nous n'hésitons point, en effet, à affirmer que M. Arloing *était* parfaitement *disponible, qu'il l'est encore*, et que, si, dès maintenant, on le désignait pour suppléer M. Picard, il *pourrait* et *devrait* accepter cette suppléance.

De fait, aucune chaire de physiologie n'a été *créée* à la Faculté des sciences de Lyon. M. P. Bert sait mieux que nous qu'une création de ce genre n'existe en réalité que le jour où la commission du budget a voté les fonds nécessaires. Or, s'il est vrai que M. P. Bert avait l'*intention formelle de demander* à la commission du budget la création de cette chaire, il est non moins exact que les exigences de notre situation financière actuelle, en ce qui concerne le ministère de l'instruction publique, ne pouvaient manquer de faire supprimer cette proposition du projet budgétaire. Sera-t-elle reprise à titre d'amendement par M. P. Bert? Sera-t-elle acceptée ou repoussée? Nous l'ignorons, et personne ne peut aujourd'hui le dire. Mais, quoi qu'il arrive, cette chaire ne pourrait être créée que dans un avenir plus ou moins éloigné, et jusque-là M. Arloing reste agrégé de la Faculté de Lyon et par conséquent *disponible*.

La mesure prise par M. P. Bert était-elle urgente? Fallait-il, pour suppléer un professeur, *en congé d'un an*, déplacer à la hâte le titulaire d'une autre Faculté et désorganiser tout un service dans une ville où une école rivale peut seule profiter de cette mesure? Il n'en est rien. Le cours de physiologie n'a lieu que pendant le semestre d'été. Mais s'il n'avait signé, au moment de quitter le ministère, cet arrêté contre lequel nous protestons aujourd'hui, M. P. Bert n'aurait pu déléguer à la Faculté de Lille un de ses préparateurs; il n'aurait pu imposer à la Faculté de Lyon un suppléant qu'il espérait y installer définitivement. Sans doute, la chaire devenue vacante, il eût été nécessaire de consulter la Faculté; mais, dès l'instant que l'on procède par voie de nomination directe pour les suppléances, ne paraît-il pas très naturel de procéder par voie de mutation entre les titulaires des diverses Facultés? Le jour où un ministre croit pouvoir substituer sa volonté personnelle aux règlements, aux traditions, aux convenances universitaires, on est en droit d'exprimer le regret qu'on en éprouve. Nous pensons donc que « toutes les convictions ne s'inclineront pas » devant les explications données par M. P. Bert et nous faisons des vœux pour que sa décision ne soit pas pour son successeur l'occasion de bien graves embarras.

L. L.

HISTOIRE ET CRITIQUE

Mouvements des veines du cou en rapport avec l'action de la respiration et du cœur.

Les mouvements des veines voisines de la poitrine, et tout particulièrement ceux des veines du cou peuvent, comme on sait, fournir de très utiles renseignements sur plusieurs points de la plus haute importance : 1° sur l'état de la circulation veineuse à l'intérieur de la poitrine; 2° sur les variations de la circulation pulmonaire; 3° sur l'état de la fonction du cœur droit.

Ces mouvements, en effet, ne sont que la manifestation extérieure des modifications qu'éprouve le courant sanguin à l'intérieur des vaisseaux explorés : ce courant lui-même est influencé par les actes mécaniques de la respiration, par la facilité plus ou moins grande avec laquelle le sang traverse le circuit pulmonaire, tout aussi bien que par les variations de l'action du cœur droit.

On comprend dès lors tout l'intérêt qui s'attache aux recherches de ce genre et le bénéfice qu'on peut retirer en clinique des notions physiologiques qui s'y rattachent, si ces

notions ont acquis une précision suffisante pour être ramenées à un certain nombre de formules claires. Depuis bien longtemps, depuis plus d'un siècle et demi, ces questions sont à l'étude; elles reparaissent par périodes, et chaque fois qu'elles redeviennent de mode, pour ainsi dire, des faits nouveaux s'ajoutent aux données précédemment acquises et des critiques expérimentales ou cliniques font disparaître des assertions erronées; mais on cherche en vain, sur ce sujet (comme sur tous ceux du reste qui touchent à la circulation veineuse) un travail qui fixe l'état actuel de la science en résumant méthodiquement ce qu'il faut conserver du passé et en indiquant les lacunes que des recherches ultérieures devront combler.

Nous n'avons nullement l'intention d'aborder ici une semblable tâche : un exposé critique complet, comme celui dont nous regrettons l'absence, comprendrait des développements considérables, et, du reste, la question ne nous paraît pas encore assez mûre pour qu'on puisse tenter actuellement ce genre de travail.

Notre but est simplement d'indiquer les points qu'il est essentiel de connaître si l'on veut tirer parti en clinique de l'examen des mouvements veineux du cou.

C'est donc une sorte d'introduction à une étude de physiologie pathologique dont quelques parties sont déjà suffisamment établies que nous nous proposons de donner ici. La nature même de cet exposé implique beaucoup plutôt des développements explicatifs que des critiques historiques : aussi ne doit-on pas s'attendre à trouver dans cette revue sommaire des renseignements bibliographiques complets; ce côté du sujet sera forcément sacrifié (1).

Notre étude se divise naturellement en deux parties correspondant chacune à une catégorie de mouvements des veines du cou : dans une première partie nous examinerons les conditions *des grands mouvements lents d'affaissement et de gonflement des veines* qui sont liés aux actes mécaniques de la *respiration;* dans la seconde partie il sera question des *ondulations plus rapides* qui se surajoutent aux grands mouvements respiratoires et sont en rapport surtout avec l'*action du cœur droit* (*pouls veineux normal et pathologique*).

Première partie. — **Influence des actes mécaniques de la respiration sur la circulation veineuse au voisinage de la poitrine.**

Elasticité pulmonaire; aspiration constante du sang veineux par la poitrine; renforcement de cette aspiration par l'inspiration. — Variations correspondantes de la circulation pulmonaire. — Affaissement inspiratoire normal des veines du cou.

I. — *Aspiration constante du poumon dans le thorax pendant le repos expiratoire.* — Tous les faits qui se rapportent à la question de l'aspiration constante du thorax et à ses renforcements inspiratoires sont trop classiques pour qu'il soit nécessaire de les exposer ici avec détail : nous nous contenterons donc de rappeler les points essentiels de la question, ceux qu'il est indispensable d'avoir bien présents à l'esprit pour avancer dans cette étude.

On sait que le poumon, en sa qualité d'organe élastique, tendant toujours à revenir sur lui-même (*Carson*, 1815-1820) exerce une aspiration continue à la surface de tous les organes qui l'avoisinent : la voussure du diaphragme est le résultat le plus frappant de cette influence aspiratrice du poumon.

Quand on vient à satisfaire par l'ouverture de la poitrine à l'aspiration exercée dans la plèvre par le poumon, le diaphragme s'affaisse complètement s'il n'est soutenu par les viscères abdominaux et le poumon, cédant à la pression atmosphérique, revient élastiquement sur lui-même. L'effort qu'il exerce alors sur l'air qui restait encore dans ses cavités peut donner la mesure de sa force de retrait élastique (Hutchinson, 1849-1852). C'est en appliquant un manomètre à la trachée d'un cadavre dont on ouvre ensuite la poitrine qu'on a pu évaluer cette élasticité du poumon; on a obtenu de cette façon des chiffres de même valeur que ceux qu'avait fournis l'exploration de l'aspiration pleurale avec le manomètre. Donders (1859), dont les mesures sont classiques, a observé, par ce dernier procédé, une valeur d'aspiration de — 7 à — 8 millimètres de mercure, le thorax étant dans la position de repos expiratoire.

Or l'aspiration pleurale ne se traduit pas seulement par l'entraînement du diaphragme vers la cavité du thorax; elle se manifeste aussi par l'écartement des parois des organes creux contenus dans la cavité médiastine (Barry, 1825), péricarde, cœur, gros vaisseaux, canal thoracique, œsophage. Chacun de ces organes cède à l'aspiration excentrique qu'il subit, dans la mesure de sa flaccidité : c'est surtout sur les vaisseaux veineux que l'aspiration thoracique manifeste le plus énergiquement ses effets : les cavités de ces organes sont maintenues béantes en tout temps, et présentent ainsi un accès facile au sang qui revient des organes extérieurs.

La même influence aspiratrice se fait sentir également en dehors du thorax sur le sang veineux, grâce à la fixation des parois veineuses aux tissus résistants du voisinage.

Les dispositions anatomiques qui assurent cette résistance des parois veineuses sont bien connues surtout depuis les travaux de Bérard en 1830; on doit aussi tenir grand compte de la tension exercée à certains moments par quelques muscles du cou à la surface des parois veineuses (muscles tenseurs de A. Richet). Mais il est vraisemblable que les limites dans lesquelles s'exerce l'aspiration du thorax au dedans des veines sont beaucoup plus étendues qu'on ne l'admet généralement : ainsi, les veines vertébrales, le système azygos-rachidien, etc., présentent toutes les conditions requises pour transmettre à une grande distance l'influence aspiratrice du thorax, et les expériences montrent que l'air qui s'introduit dans les canaux veineux du crâne ou du rachis suit le trajet de ces vaisseaux pour arriver dans la poitrine (François-Franck).

Quoi qu'il en soit de cette question spéciale qui mérite certainement d'être soumise à de nouvelles études, l'aspiration constante que le poumon exerce dans le thorax à l'état de repos expiratoire, constitue l'une des causes principales de l'afflux continu du sang veineux (1).

(1) Nous signalerons cependant ici quelques travaux dans lesquels on trouvera des documents relatifs à des points spéciaux de ces questions :

Chauveau, *Sur les bruits veineux.* (*Gaz. méd.*, Paris, 1858.)

Potain, *Note sur les dédoublements normaux des bruits du cœur.* (*Soc. méd. hôp.*, juin 1866).

Du même, *Recherches sur les mouvements et les bruits qui se passent dans les veines jugulaires.* (*Mém. Soc. méd. d. hôpit.*, 1868).

Rovida, *Del polso delle vene.* (*Rivista clin. di Bologna, Fasc.* 6, juin 1871.)

Luciani, *Delle oscillazioni della Pressione*, etc. Turin, 1877.

Immermann, *Deutsches Arch.*, 1867.

Richet, *Anat. chirurg.*

P. Bert, *Leçons sur la respiration*, 1870.

Les données historiques et la critique bibliographique complètes de ces questions paraîtront dans notre travail d'ensemble *sur la circulation du sang dans les veines*, actuellement en voie de préparation.

(1) C'est le renforcement inspiratoire du courant veineux qui a été mis en évidence surtout par Barry, en 1825. Mais Barry a cru, à tort, que l'afflux du sang dans la poitrine ne s'opère qu'au moment de l'inspiration. De nombreuses expé-

Mais cette aspiration est à son minimum pendant l'état d'affaissement relatif du poumon; aussi l'afflux du sang dans la poitrine présente-t-il à ce moment sa rapidité minima, et les veines du cou offrent-elles un degré de réplétion moyen qui les rend faciles à percevoir à la base du cou, pour peu que la pause expiratoire dure un temps appréciable.

Ces veines ne forment pas cependant de saillies bien marquées chez les sujets normaux, surtout chez l'homme, en raison même de la vitesse relative avec laquelle le sang continue à s'écouler vers la poitrine. Si au contraire une cause quelconque modifie en l'atténuant la force élastique du poumon, l'aspiration veineuse diminuant parallèlement, on pourra constater un gonflement anormal de ces veines; le fait même de gonflement inusité suffira pour attirer l'attention du côté poumon. Nous verrons plus loin que, dans ces conditions, la stase veineuse résulte à la fois d'une moindre aspiration exercée par le poumon sur le sang qu'elles contiennent et d'un embarras plus ou moins grand de la circulation pulmonaire elle-même.

Pour ne pas abandonner la succession des phénomènes que nous devons examiner, il nous faut passer maintenant de l'état de repos expiratoire à l'état d'inspiration qui lui fait suite.

II. — *Exagération de l'aspiration thoracique pendant l'inspiration; augmentation simultanée de la pression abdominale.* — Quand la poitrine se dilate sous l'influence des muscles inspirateurs, et spécialement par l'abaissement du diaphragme, le poumon obéit au déplacement des parois qui le circonscrivent, mais il ne subit cette expansion qu'en opposant une résistance élastique croissante : aussi l'aspiration intra-thoracique s'exagérerait-elle graduellement, du début à la fin de l'acte inspiratoire, si elle n'était à peu près satisfaite à mesure qu'elle s'accentue par l'introduction de l'air dans le poumon et du sang dans les réservoirs thoraciques. La même raison, en effet, qui fait pénétrer l'air dans le poumon, détermine l'afflux rapide du sang dans les veines du thorax : ces deux fluides pénètrent dans leurs cavités respectives, parce qu'ils y sont poussés en raison de la différence des pressions positives extérieures et de la pression négative intérieure.

Le sang veineux se précipite donc dans le thorax pendant l'inspiration sous l'influence de l'appel qu'il subit, mais aussi parce que la propre poussée à laquelle il est soumis (pression atmosphérique, *vis a tergo*, pesanteur pour les veines du cou) surajoute son influence à celle de l'aspiration thoracique.

Cependant on se ferait une idée très incomplète des conditions qui déterminent l'afflux veineux vers le thorax pendant l'inspiration, si l'on n'envisageait exclusivement, comme l'avait fait autrefois Lamure (1752) et comme l'a fait plus récemment Barry (1825), que l'influence aspiratrice du thorax.

Il faut aussi compter et très sérieusement avec la *poussée abdominale* sur laquelle Bertin a insisté le premier dans un mémoire trop souvent oublié et qui a paru en 1758.

Considérons en effet ce qui se passe dans la cavité abdominale au moment où se produit l'exagération inspiratrice de l'attraction thoracique. En même temps qu'il agrandit l'espace au-dessus de lui, le diaphragme en s'abaissant refoule les viscères abdominaux dont le déplacement et la compression sont bientôt limités par les plans résistants qui circonscrivent la cavité abdominale : de là résulte une augmentation notable de la pression dans l'abdomen, pression qui s'exerce à la surface externe de tout le système veineux abdominal.

Or ce système ainsi comprimé se trouve par sa portion supérieure, cave-hépatique, directement soumis à l'aspiration qui s'exagère simultanément à l'intérieur du thorax; par conséquent le courant veineux ne peut qu'être renforcé de l'abdomen vers la cavité thoracique. Et ce renforcement sera lui-même d'autant plus important que la pression extérieurement subie par les veines abdominales sera plus forte (abaissement plus complet du diaphragme) et que l'aspiration intra-thoracique sera, pour le même motif, plus énergique (1).

Nous sommes arrivés maintenant à concevoir les rapports qui existent entre l'élasticité pulmonaire et l'aspiration thoracique, s'exagérant toutes deux pendant l'inspiration; nous connaissons l'association de ces actes intra-thoraciques et des phénomènes simultanés qui se produisent du côté de l'abdomen avec les variations de la circulation veineuse au voisinage de la poitrine.

III. — *Circulation pulmonaire.* — Jusqu'ici cependant nous n'avons envisagé qu'un côté de la question : nous ne connaissons que les conditions essentielles favorables à l'*afflux du sang veineux dans la poitrine*, qui relèvent de l'aspiration constante du thorax avec ses renforcements inspiratoires.

Il faut aussi examiner un autre facteur de cette circulation veineuse; je veux parler de l'*écoulement du sang à travers le poumon*.

Bien que ce nouveau facteur n'intervienne pas aussi directement que les précédents pour influencer la circulation veineuse, il n'en a pas moins une importance considérable, comme le démontrent suffisamment les troubles de la circulation veineuse qui sont liés aux troubles de la circulation pulmonaire.

Il y a donc lieu d'étudier sommairement ici quelles sont les relations fonctionnelles de l'appareil circulatoire du poumon avec l'appareil veineux général et de résumer le mode d'action de la respiration sur la circulation pulmonaire.

On peut rappeler à ce propos un point assez curieux dans l'histoire de ces questions : tout à fait au début des études relatives à l'influence des mouvements respiratoires sur la circulation veineuse générale, on avait pensé que l'accélération du courant veineux qui s'observe pendant l'inspiration était due à un passage plus rapide du sang à travers le poumon; on supposait de même que le ralentissement expiratoire du sang veineux résultait d'une stase relative de la circulation pulmonaire : ces idées ont été surtout défendues par Haller, au milieu du siècle dernier.

Plus tard, à la suite des expériences de Barry, des développements importants que leur ajoutèrent les recherches de Bérard, sous l'influence des données précises fournies par

riences exécutées plus tard, et notamment celles de Donders résumées dans son livre (*Lehrbuch d. Physiologie d. Menschen.* Leipzig, 1859) ont montré que l'afflux sanguin s'opère d'une façon continue, mais subit de grands renforcements inspiratoires.

(1) Bertin, dans son mémoire de 1756, publié dans l'*Histoire de l'Acad. royale des sciences*, série de 1758, avait bien compris l'effet de l'augmentation de la pression abdominale; mais comme il ne connaissait pas l'existence de l'aspiration thoracique, il n'a pas complété sa théorie en ajoutant que le sang, poussé d'un côté, est aspiré de l'autre.

Sur cette question les expériences directes de Jolyet et Rosapelly, publiées dans la thèse de doctorat de ce dernier en 1873, sont tout à fait démonstratives.

Donders au sujet du rôle de l'élasticité pulmonaire, on laissa de côté l'idée hallérienne, pour s'attacher presque exclusivement à l'action mécanique directe de l'aspiration thoracique dont nous avons parlé plus haut.

Mais il est bien certain qu'on doit revenir à la notion développée par Haller et faire entrer en ligne de compte les variations de la circulation pulmonaire dans l'explication des variations respiratoires de la circulation veineuse.

Pour bien comprendre les relations de ces deux portions du circuit sanguin, on peut admettre pour un instant qu'il n'y ait aucun organe interposé entre les grands troncs veineux thoraciques et l'appareil circulatoire du poumon : cette suppression du cœur droit n'a pas d'inconvénients pour le moment; elle a, au contraire, l'avantage de faire plus facilement saisir la continuité entre les deux séries de phénomènes pulmonaires et veineux que nous voulons envisager (1).

Si nous procédons pour la circulation pulmonaire comme nous l'avons fait pour la circulation veineuse elle-même, nous pouvons partir de l'état d'immobilité du thorax à la suite d'une expiration simple. Dans ces conditions, le poumon n'est pas complètement revenu sur lui-même, il est dans un état de tension élastique modérée et ses vaisseaux propres subissent, comme nous l'ont appris les recherches exécutées dans ces dix dernières années (2) une expansion moyenne, permettant un libre passage au sang.

Si le passage est libre dans le circuit pulmonaire, il n'est pas, dans cette période de repos, aussi large qu'il va le devenir dans l'instant suivant, quand une inspiration surviendra : à ce moment, en effet, la dilatation thoracique s'accompagne d'une expansion considérable du poumon; tout s'ouvre dans cet organe : les alvéoles pulmonaires deviennent plus larges et l'air s'y précipite; les vaisseaux propres du poumon subissent une ampliation correspondante et le sang y afflue en abondance. De sorte que, comme l'a bien formulé Héger (1873-1875-1880) : *le moment où le poumon contient le plus d'air est aussi celui où il contient le plus de sang.*

Jetons maintenant un coup d'œil en arrière, et rappelons-nous quel est l'état du courant veineux afférent au thorax pendant que le poumon est au repos expiratoire et que ses vaisseaux sont modérément dilatés : ce courant veineux est lui-même à son minimum de rapidité : donc, *à un état d'activité moyenne de la circulation pulmonaire correspond un afflux moyen de sang veineux.* Si nous continuons à supposer une continuité directe, sans interposition d'appareil cardiaque, entre les réseaux pulmonaires et les voies veineuses afférentes, nous concevons facilement la portée de cette concordance entre un afflux veineux modéré et un écoulement pulmonaire également modéré.

Mais, en même temps que s'exagère, par l'ampliation des vaisseaux du poumon, l'activité de la circulation pulmonaire au moment de l'inspiration, en même temps augmente l'abondance de l'arrivée du sang veineux : ici encore, par conséquent, *concordance* entre *l'augmentation de rapidité de la circulation pulmonaire et l'exagération d'afflux du sang veineux.*

La relation de ces deux séries de phénomènes était du reste à prévoir, le courant veineux étant destiné à alimenter les réseaux pulmonaires, et les variations de capacité de ces derniers entraînant nécessairement des variations correspondantes dans l'abord du sang veineux.

Cette relation est, en elle-même, assurée par l'identité du mécanisme qui commande aux deux états veineux et pulmonaire : ce sont les changements de l'aspiration thoracique qui interviennent ici comme des agents à double effet, exagérant ou restreignant simultanément l'afflux veineux et l'écoulement pulmonaire.

On voit par conséquent comment le facteur circulation (pulmonaire et veineuse) concourt à assurer la fonction essentielle de la respiration qui est de mettre en présence, à un moment donné, le plus d'air et le plus de sang possible dans l'organe où doivent s'opérer les échanges gazeux.

Peut-être ne sera-t-il pas inutile de fixer l'ensemble des données acquises jusqu'ici en en dressant en quelque sorte le tableau : c'est ce que nous avons essayé de faire dans l'exposé synthétique suivant :

1° La force de retrait élastique du poumon est la cause de l'aspiration qui règne à l'intérieur du thorax (Barry, Donders).

2° Quand l'élasticité du poumom est à son minimum d'action (pause expiratrice), l'aspiration thoracique elle-même est à son minimum. Dans ces conditions l'afflux du sang veineux vers le thorax se produit avec une rapidité modérée et suffit aux besoins d'une circulation pulmonaire également peu active.

3° Quand l'élasticité pulmonaire est plus fortement sollicitée par l'inspiration, l'attraction que le poumon exerce autour de lui augmente : à cet appel plus énergique le sang veineux répond par un afflux plus abondant (Lamure, Barry, Donders).

Dans le même moment intervient une condition adjuvante extra-thoracique : l'abaissement du diaphragme comprime les viscères abdominaux et provoque ainsi l'expression du sang des veines abdominales vers la poitrine (Bertin).

Or, cette grande exagération de l'afflux du sang veineux est liée elle-même à une grande augmentation de la perméabilité des vaisseaux pulmonaires pendant l'inspiration (Haller et les modernes).

Une même influence commande donc aux deux renforcements circulatoires simultanés des courants veineux et pulmonaire : c'est l'exagération de l'aspiration thoracique.

IV. *Affaissement inspiratoire normal des veines du cou.* — Si l'on veut maintenant se reporter à la manifestation extra-thoracique de ces variations circulatoires intra thoraciques, on saisira facilement la raison d'être du *grand affaissement inspiratoire* des veines du cou; mais pour comprendre complètement la signification de ce mouvement extérieur, il est indispensable d'avoir bien présentes à l'esprit les conditions de l'accélération du courant veineux vers la poitrine dans cette période, c'est-à-dire l'aspiration thoracique augmentée et la perméabilité plus grande des réseaux pulmonaires.

(1) Le cœur droit peut être considéré comme un réservoir veineux qui subit, tout comme les veines intra-thoraciques, les effets de l'aspiration pleurale, mais seulement pendant ses périodes de flaccidité diastolique. Il ne modifie pas par sa présence le sens des influences respiratoires dont nous nous occupons : le sang veineux qu'il reçoit est seulement projeté rythmiquement par la portion ventriculaire de ce cœur dans les vaisseaux du poumon et, à ce titre, le cœur droit intervient comme un organe annexé à la circulation veineuse-pulmonaire; c'est un appareil surajouté, comme le démontre la comparaison du système veineux dans la série animale; il n'entre pas dans le plan essentiel de la circulation veineuse.

Toutes ces considérations, qui ne peuvent être qu'indiquées ici, ont été développées dans les leçons que j'ai faites sur ce sujet. (Collège de France, 1881.)

(2) Le seul travail complet qui ait paru en France sur l'*Historique et la critique expérimentale des recherches relatives à la circulation pulmonaire*, est celui du docteur F. Lalesque, travail exécuté avec le plus grand soin et dans lequel on trouvera détaillés tous les points importants de la question. (Thèse de doctorat. G. Masson, Paris, 1881.)

La formule concrète suivante exprime pour mémoire, l'association des phénomènes étudiés plus haut.

Affaissement inspiratoire des veines du cou.
- *Exagération de l'aspiration thoracique.*
- *Exagération de la perméabilité des vaisseaux pulmonaires.*
- *Exagération de la rapidité du courant veineux.*

Toute modification qui sera de nature à diminuer d'une façon suffisante l'aspiration thoracique et à faire obstacle au courant sanguin à travers le poumon, devra donc se traduire extérieurement par une atténuation du phénomène affaissement veineux inspiratoire, quelquefois même, par une suppression de cet affaissement (perte de l'élasticité pulmonaire dans l'emphysème, l'œdème du poumon; suppression ou diminution de l'aspiration thoracique par les épanchements abondants de la plèvre, les tumeurs du médiastin, les anévrysmes aortiques, etc.). De même, toute lésion qui s'opposera à la transmission de l'aspiration thoracique jusqu'aux veines extra-thoraciques produira un effet extérieur identique : tumeurs comprimant la veine-cave supérieure (gonflement permanent bilatéral) ou l'un des troncs veineux brachio-céphaliques (gonflement veineux unilatéral correspondant, etc.).

François-Franck.

(*A suivre*).

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie pathologique.

Recherches expérimentales et cliniques sur l'inhibition et la dynamogénie. — Application des connaissances fournies par ces recherches aux phénomènes principaux de l'hypnotisme, de l'extase et du transfert, par M. Brown-Séquard.

(Fin. — Voy. les numéros 3, 4, 5 et 6.)

Principaux phénomènes de l'hypnotisme. — Les phénomènes hypnotiques, que Braid a décrits d'une manière si complète, perdent de leur *merveilleux* à la lumière des faits d'inhibition et de dynamogénie exposés dans ce travail. Ces faits montrent, — ce que l'on voit en partie aussi dans l'hypnotisme ou braidisme, — que des irritations même légères, partant de certains points de l'organisme, peuvent déterminer la diminution, la perte ou l'augmentation de presque toutes, sinon de toutes les propriétés, et les activités du système nerveux et des tissus contractiles. Les phénomènes braidiques consistent essentiellement en simples mises en jeu de propriétés ou en diminutions ou pertes et en augmentations de propriétés et d'activités. Laissant de côté les mises en jeu de propriétés, qui se trouvent dans tous les phénomènes dynamiques de l'organisme, la question à résoudre à l'égard de l'explication des phénomènes hypnotiques est tout simplement de savoir s'ils appartiennent à l'une ou à l'autre des deux classes de faits dans lesquels on constate des diminutions ou pertes, ou des augmentations de propriétés et d'activités. De très grands changements de puissance et d'activité se produisent dans l'organisme, à l'état normal, mais surtout à l'état morbide, par suite de modifications dans les fonctions de la vie organique et dans le système nerveux vaso-moteur et par des influences extérieures. Les diminutions et les augmentations de puissance ainsi produites sont lentes à se montrer, et l'on ne pourrait pas, conséquemment, songer à considérer ce qu'on observe dans le braidisme comme appartenant à cette classe de faits. Au contraire, l'étude de l'inhibition et de la dynamogénie, chez l'homme comme chez les animaux, montre leur analogie parfaite avec ce qui a lieu dans l'hypnotisme. Les faits suivants, rapportés par Braid, ont été beaucoup trop rapides à se montrer pour pouvoir être expliqués autrement que par les seules influences très promptes à produire ces différents effets dans l'organisme animal. Sur un hypnotisé, Braid a constaté que la puissance auditive était tellement augmentée, qu'au lieu de n'entendre le tic-tac d'une montre qu'à une distance de moins de 3 pieds, il l'entendait même à une distance de 35 pieds. La faculté auditive était donc à peu près douze fois ce qu'elle était à l'état normal. L'odorat s'exalte aussi tellement que, dans un cas, Braid s'est assuré que l'odeur d'une rose était sentie à la distance de 46 pieds. Le sens de la température (sensibilité au froid et à la chaleur) était aussi tellement accru que, même à une assez grande distance, un corps froid ou chaud se faisait sentir. L'augmentation de puissance de ce sens et aussi celle du sens du toucher sont telles qu'un courant d'air sortant d'une poitrine humaine ou d'un soufflet à la distance de 50 et même de 90 pieds se faisait sentir. Deux demi-tons discordants faisaient trembler un hypnotisé qui n'aurait été nullement affecté par eux à l'état normal. Il suffit d'un temps beaucoup trop court pour produire l'hypnotisation pour que nous puissions expliquer cette exagération de la puissance des sens par des changements organiques dépendant de la circulation et de la nutrition. Il nous faut donc admettre que cette augmentation de puissance a lieu par dynamogénie. De cet état d'extrême excitabilité des sens, l'hypnotisé peut tomber tout d'un coup dans un état de rigidité musculaire avec torpeur de tous les sens, torpeur si grande qu'il n'entend plus même le bruit le plus intense, qu'il ne sent plus les odeurs les plus vives, ni le froid ni la chaleur. De plus, on peut le piquer, le couper, le galvaniser énergiquement sans qu'il donne le plus léger signe de douleur. Voilà des faits qui, en raison de la rapidité de production de l'état particulier du système nerveux qui les rend possibles, ne peuvent s'expliquer que par un changement purement dynamique. Cette perte de propriété des parties servant aux sens qui sont affectés est donc de l'inhibition. Braid ajoute à son tableau des phénomènes hypnotiques appartenant aux sens, les particularités remarquables que voici : chez l'hypnotisé ayant perdu l'ouïe, l'odorat, etc., un courant d'air, même léger, dirigé sur un organe ayant perdu ses propriétés, y produit *instantanément* une excitabilité exagérée et fait cesser la rigidité des muscles voisins. Ainsi, l'hypnotisé qui n'entendait pas le bruit le plus fort, pouvait, après avoir été soumis à l'influence d'un courant d'air sur son oreille, entendre *immédiatement*, même un bruit assez faible, d'une manière si *intense* qu'il en sautait et en tremblait, quoique le corps entier fût alors dans l'état cataleptique. Une rose, de la valériane, de l'*asa fœtida* ou une liqueur ammoniacale extrêmement forte, n'avaient causé aucune impression, bien que tenues contre les narines. Aussitôt après qu'on eut poussé une bouffée d'air contre les narines, la rose était sentie à la distance de 46 pieds (*Neurypnology; or the rationale of nervous sleep*; by James Braid. London, 1843, p. 62-67).

Braid ajoute que, lorsque tous les sens ont perdu leur puissance d'action et qu'il existe une rigidité générale, une bouffée d'air ou une pression légère sur un œil rétablit la vue dans cet œil ainsi que la sensibilité générale et le mouvement volontaire dans toute la moitié correspondante du corps et de la tête, tandis que l'autre moitié du corps reste rigide et insensible et l'œil correspondant aveugle. La promptitude avec laquelle ces effets se produisent montre bien que ce n'est pas à un changement dans la circulation et la nutrition qu'ils sont dus. La rigidité cesse par inhibition comme la rigidité de l'épilepsie spinale quand on tire sur le gros orteil et le retour de la puissance visuelle et de la sensibilité générale a lieu comme la cessation de l'anesthésie dans les expériences dont je parlerai tout à l'heure.

Braid montre, en outre, que les mouvements du cœur et de

la respiration, que la faculté réflexe, la mémoire, la faculté de parler, l'activité intellectuelle peuvent rapidement se perdre et revenir rapidement. Il montre, d'un autre côté, que de la contracture, de la catalepsie, des convulsions cloniques, une exagération du sens musculaire, de la faculté réflexe, de la mémoire, des mouvements du cœur et de la respiration, de la force des muscles peuvent survenir subitement. Il peut donc y avoir perte ou diminution rapide ou soudaine et augmentation soudaine de presque toutes les propriétés et les activités des systèmes nerveux et musculaire. Or, ces changements sont, je le répète, beaucoup trop rapides pour dépendre de modifications dans la nutrition, et il nous faut conséquemment les considérer comme des phénomènes d'inhibition et de dynamogénie.

L'acte initial lui-même, à l'aide duquel un individu est jeté dans l'hypnotisme, n'est qu'une irritation périphérique (d'un des sens ou de la peau) ou centrale (par influence d'une idée ou d'une émotion) qui produit une diminution ou une augmentation de puissance dans certains points de l'encéphale, de la moelle épinière ou d'autres parties, et le braidisme ou l'hypnotisme n'est rien autre chose que l'état très complexe de perte ou d'augmentation d'énergie dans lequel le système nerveux et d'autres organes sont jetés sous l'influence de l'irritation première périphérique ou centrale. Essentiellement donc l'hypnotisme n'est qu'un effet et un ensemble d'actes d'inhibition et de dynamogénie.

Le transfert n'est aussi que de l'inhibition et de la dynamogénie. — Dans un travail que j'ai communiqué à l'Académie des sciences, le 29 mars 1880 (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, vol. XC, p. 750), j'ai montré que l'anesthésie de cause organique peut passer d'un côté du corps à l'autre et être remplacée par de l'hyperesthésie sous l'influence d'une seconde lésion organique. Ainsi, j'ai trouvé que si (ce qui n'est pas très rare) j'ai réussi à produire par la section transversale d'une moitié latérale de la protubérance annulaire, de l'anesthésie du côté opposé et de l'hyperesthésie du côté correspondant, je puis aisément transférer (aux membres abdominaux) l'anesthésie là où il y avait de l'hyperesthésie et *vice versâ*. Je n'ai pour cela qu'à faire une section transversale de la moitié latérale de la moelle dorsale (à la neuvième ou dixième vertèbre) du côté de l'anesthésie. Pour prendre un exemple, je dirai que si, sur un lapin, un cobaye ou un chien, j'ai coupé transversalement la protubérance *à droite* et trouvé les deux membres *droits* hyperesthésiés et les deux membres *gauches* anesthésiés, je constate, après avoir coupé la moitié latérale *gauche* de la moelle dorsale, que l'anesthésie est remplacée par de l'hyperesthésie dans le membre postérieur *gauche* et que l'hyperesthésie est remplacée par de l'anesthésie dans le membre postérieur *droit*. Il est clair que si la première lésion avait produit l'anesthésie par la section de conducteurs servant à la transmission des impressions sensitives (comme l'implique la théorie que j'ai été contraint d'abandonner), la seconde lésion ne changeant en rien l'état organique des éléments nerveux atteints par la première lésion, la sensibilité ne devrait pas revenir, surtout à un degré excessif, dans le membre postérieur d'abord frappé d'anesthésie. J'ai varié cette expérience de plusieurs façons quant au siége des deux lésions et j'ai constamment obtenu les mêmes résultats après la seconde, quand la première avait produit de l'anesthésie du côté opposé et de l'hyperesthésie du côté correspondant. J'ai déjà montré dans ce travail que l'anesthésie peut être produite par inhibition et l'hyperesthésie par dynamogénie. Je n'ai pas besoin de répéter qu'une simple piqûre de la moelle épinière, sans destruction appréciable de conducteurs, peut inhiber la puissance des éléments sensitifs de la moelle et des nerfs du côté opposé et dynamogénier la puissance de ces éléments du côté correspondant. D'autres faits montrent aussi que la sensibilité peut être perdue ou augmentée d'une manière très rapide ou soudaine (et conséquemment inhibée ou dynamogéniée) par suite de lésions diverses. J'ai trouvé, il y a quinze mois, que, si l'on élonge le nerf sciatique d'un mammifère du côté où l'on a produit de l'anesthésie par une section d'une moitié latérale de la moelle dorsale, il y a très rapidement, dans nombre de cas, un retour de sensibilité à un degré considérable et quelquefois de l'hyperesthésie, non seulement dans les parties animées par le sciatique élongé, mais aussi dans celles qui reçoivent leurs fibres nerveuses du nerf crural.

Il faut donc admettre que l'anesthésie, dans ce cas-là, ne dépend pas de la section de conducteurs dans la moelle dorsale. Comme elle s'était montrée d'une manière soudaine et qu'elle a pu disparaître presque aussi soudainement, il nous faut admettre qu'elle était due à une inhibition et qu'elle a disparu sous une influence dynamogénique. Dans le transfert, d'après tous les faits qui précèdent, la production d'anesthésie là où il y avait de l'hyperesthésie n'est qu'une production d'inhibition là où il y avait de la dynamogénie. L'inverse a lieu pour le transfert d'hyperesthésie là où il y avait de l'anesthésie.

Avant de tirer les conclusions qui me paraissent ressortir des faits et des raisonnements contenus dans ce mémoire, je crois devoir faire remarquer que le mot *dynamogénie*, que j'ai si souvent employé, n'a pas et ne pouvait pas avoir la signification de production de force dans le sens strict de ces mots. Tout le monde sait qu'il ne se crée pas de force et qu'il n'y a que des transformations de force. Quand donc j'ai parlé de propriété, d'action, d'influence dynamogénique, je n'ai pas voulu exprimer d'autre idée que celle-ci : sous l'influence d'une irritation, une propriété ou une activité est augmentée d'une manière purement dynamique. Quelle est la source de cette augmentation ? Je ne le sais pas. Si, comme il y a lieu de le croire, c'est de la force nerveuse qui se produit alors, de quelle nature était la force qui s'est transformée en force nerveuse ? Je l'ignore. En physiologie, malheureusement, nous ne pouvons guère, jusqu'à présent, que faire des suppositions sur les transformations de chaleur, d'électricité, et d'autres forces en force nerveuse et *vice versâ*.

Conclusions. — 1° La faculté ou puissance inhibitoire appartient à un très grand nombre de parties du système nerveux et elle peut être mise en jeu d'une manière directe ou par action réflexe.

2° Toutes les activités, toutes les propriétés normales ou morbides du système nerveux central ou périphérique, et conséquemment toutes les fonctions de ce système, peuvent être inhibées.

3° L'irritabilité des tissus contractiles peut aussi être inhibée.

4° Ce qui vient d'être dit de l'inhibition est vrai aussi pour la dynamogénie.

5° La dynamogénie, due à des irritations de la peau ou de quelques parties des centres nerveux, peut, chez les animaux, faire atteindre à certaines propriétés un degré qui est de six à dix fois celui de l'état normal. Chez l'homme, la sensibilité tactile peut être dynamogéniée à un tel degré que les pointes de l'œsthésiomètre peuvent être senties, au dos, à une distance qui est *cent* fois moindre que la distance ordinaire.

6° La puissance respiratoire, chez le chien, peut être dynamogéniée de façon à donner lieu à dix fois autant de mouvements respiratoires qu'à l'état normal.

7° L'inhibition et la dynamogénie sont, en général, produites simultanément par une même irritation ; il n'y a pourtant pas lieu de croire que l'excès de force dans un point dynamogénié soit dû à un transport de la force qui disparaît là où de l'inhibition se produit.

8° Les changements dynamiques (en plus ou en moins) qui ont lieu, pendant la vie, dans les muscles, se continuent après la mort, et l'on voit la rigidité cadavérique apparaître de bonne heure, durer peu et être remplacée promptement

par la putréfaction dans les muscles dont l'irritabilité a été inhibée. L'inverse a lieu pour les muscles qui ont été dynamogéniés.

9° Les centres prétendus moteurs dans l'encéphale peuvent être inhibés ou dynamogéniés comme les autres parties du système nerveux.

10° L'augmentation de puissance de la moelle épinière comme centre moteur et d'autres parties du système nerveux qui servent au sens musculaire peut atteindre un degré vraiment prodigieux, comme le montre un cas d'extase dont nous avons donné les détails.

11° Les phénomènes d'augmentation et de diminution de force, de propriété et d'activité qui se rencontrent dans le braidisme ou hypnotisme sont des phénomènes d'inhibition et de dynamogénie.

12° Les phénomènes de transfert d'anesthésie et d'hyperesthésie sont aussi des phénomènes d'inhibition et de dynamogénie.

Thérapeutique.

Traitement de la pleurésie séreuse par les injections hypodermiques de pilocarpine ; trois observations, par le docteur A. Coriveaud (de Blaye).

Il n'existe probablement pas de problème plus difficile à résoudre que celui qui consiste à apprécier exactement l'action d'un médicament ou d'une médication sur la marche d'une maladie. Pour établir l'équation demandée, il nous manque, en effet, deux données fondamentales : 1° la connaissance intégrale de la nature de la maladie et des combinaisons multiples d'âge, de sexe, de tempérament, d'hérédité, de constitution médicale ou d'idiosyncrasie qui peuvent en modifier si profondément l'évolution; 2° la connaissance de toutes les propriétés *possibles* du médicament dirigé contre elle. Aussi n'est-ce qu'avec la plus extrême réserve que les cliniciens doivent tirer des conséquences générales des faits particuliers qu'ils sont à même d'observer. Sans être jamais un sceptique, le médecin praticien doit être toujours un douteur, à peine de tomber dans l'esprit de système et de prévention, cette misère de l'esprit, suivant l'énergique expression de La Bruyère.

Il est des cas cependant où l'on ne peut se dispenser de conclure, avec toutes les apparences de la certitude, que tel médicament employé a bien réellement enrayé la marche envahissante d'une maladie, rapproché le moment de sa terminaison, en un mot *guéri* le malade. Tel est, je crois, la conclusion qui se tire des trois observations que l'on va lire. Il me paraîtrait bien difficile de ne pas admettre l'influence directement heureuse qu'a eue le traitement dans ces trois cas de pleurésie; il me paraîtrait encore plus difficile de nier que, de tous les traitements dirigés contre cette maladie, aucun jusqu'ici n'a donné un résultat aussi rapide, et obtenu à si peu de frais. Voici, d'ailleurs, les faits tels que je les ai recueillis, au jour le jour, sur mon carnet de notes; ils sont assez éloquents par eux-mêmes pour se passer de longs commentaires :

Obs. I. — *Pleurésie avec épanchement chez une enfant de dix ans, guérie en* huit *jours,* sans autre traitement *que des injections quotidiennes de nitrate de pilocarpine.* — Au mois de mars dernier, pendant que régnait à Blaye une très sérieuse épidémie de fièvre scarlatine, j'eus à soigner une enfant de dix ans, atteinte très gravement par la maladie régnante. Cependant, au bout d'une dizaine de jours, la convalescence s'établit et je cessai mes visites. Mais huit jours après, on me rappelle de nouveau, la petite malade ayant été prise brusquement, dans la matinée, d'un frisson violent accompagné d'un très douloureux point de côté. Pouls à 120, face rouge, respiration entrecoupée; douleur très vive, exagérée par les mouvements respiratoires et siégeant à la partie inférieure et postérieure du côté gauche du thorax. La percussion donnait un résultat nul; mais, à l'auscultation, il semblait qu'on entendît quelques frottements pleuraux; dans tous les cas, il existait au niveau du dernier cinquième inférieur du poumon gauche une diminution sensible du murmure vésiculaire; diagnostic, *in petto*, pleurésie au début. Friction calmante et infusion de 2gr,50 de feuilles de jaborandi. Le lendemain matin, le diagnostic est sûr, c'est bien une pleurésie avec épanchement. Séance tenante, je fais une injection sous-cutanée de 1 centigramme de nitrate de pilocarpine, et en même temps, *loco dolenti*, une autre injection de 5 milligrammes de morphine. Au bout de quatre minutes, salivation abondante, précédée d'une assez vive rougeur de la face et accompagnée d'une très légère diaphorèse sur le front, aux mains et au cou. Pas d'accidents physiologiques d'aucune sorte. Le soir même, la petite malade se sent mieux; la fièvre est tombée; pouls à 80. Nuit calme; pas de toux.

Troisième jour de la maladie. — L'épanchement remonte jusqu'à l'angle de l'omoplate, se révélant par ses signes habituels. Deuxième injection de pilocarpine de 15 milligrammes; même résultat physiologique; bonne journée.

Quatrième jour. — Même hauteur de l'épanchement, mais il existe très certainement en couche plus mince; le souffle s'entend à peine, et spécialement la pectoriloquie aphone, qui était très nette le premier et le deuxième jour, est difficilement appréciable. La résistance sous le doigt qui percute est aussi plus élastique. Troisième injection de 15 milligrammes de pilocarpine.

Cinquième jour. — Ni fièvre, ni toux; les nuits sont bonnes; l'appétit est revenu. Diminution de moitié dans la hauteur de l'épanchement. Quatrième injection de 15 milligrammes de pilocarpine, laquelle n'est suivie, comme les trois premières, d'autres phénomènes que ceux de l'abondante salivation (environ 150 grammes) et de la très légère et très fugace diaphorèse déjà notées.

Sixième jour. — Même état que hier; même hauteur de l'épanchement, environ quatre travers de doigt; même traitement, soit cinquième injection. Je prescris en plus : vin de quinquina, deux fois par jour, jus de viande et potages.

Septième jour. — Il ne reste plus que des traces de l'épanchement, tout à fait en bas. Sixième et dernière injection de pilocarpine.

Huitième jour. — Tout est terminé. On ne constate qu'un peu de faiblesse, qu'explique suffisamment la scarlatine dont sortait à peine la petite fille lorsqu'elle fut atteinte de sa pleurésie.

Obs. II. — *Pleurésie avec épanchement chez une jeune femme de vingt ans, guérie en* dix *jours,* sans autre traitement *que des injections de pilocarpine.* — Jeune femme de vingt ans, nouvellement mariée, bien constituée, grande et forte. Le jeudi 21 juillet dernier, elle est prise brusquement d'un point de côté, siégeant à gauche, excessivement douloureux, en même temps que la fièvre s'allume très violente; l'avant-veille ou trois jours auparavant, elle avait été inondée par la pluie d'un orage.

A l'auscultation, on constate à la base du poumon gauche une zone de frottements secs les plus nets que j'aie entendus depuis longtemps, de l'étendue en hauteur et largeur d'environ 10 centimètres. Diagnostic : pleurésie tout à fait au début. — Prescription : infusion de 5 grammes de jaborandi dans 250 grammes d'eau bouillante, à prendre immédiatement, et qui provoquent une sueur abondante.

Le lendemain, les frottements ont disparu; mais une matité qui s'étend jusqu'à la pointe de l'omoplate et un souffle doux qu'on entend dans la même région montrent qu'un épanchement assez abondant s'est fait pendant la nuit. De plus, la douleur pleurodynique, très vive hier, a encore augmenté d'intensité; grande anxiété respiratoire; pouls à 100; application d'un vésicatoire volant *loco dolenti*.

Troisième jour de la maladie. — Même état, mêmes symptômes. L'épanchement remonte jusqu'au milieu de l'omoplate. Injection de 15 milligrammes de nitrate de pilocarpine; quatre minutes et demie après l'injection, salivation d'environ 180 grammes de liquide; pas de sueur. Le soir, la fièvre est tombée, le pouls ne bat que 70 fois; la malade se sent mieux.

Quatrième jour. — Souffle moins intense; pleurodynie bien diminuée; pouls, 70. Injection de 15 milligrammes de pilocarpine.

Cinquième jour. — Même état; même traitement.

Sixième jour. — Etat stationnaire; je fais une quatrième injection en augmentant la dose : 2 centigrammes au lieu de 15 milligrammes, laquelle est suivie de l'expuition de près de 200 grammes de salive. Pas de sueur. Pouls, 72.

Septième jour. — Diminution très notable de l'épanchement,

surtout en épaisseur; on entend bien le murmure vésiculaire; je note une pectoriloquie aphone très remarquable. Cinquième injection de pilocarpine de 15 milligrammes. Pouls, 65.

Huitième jour. — Diminution très sensible de l'épanchement; douleur complètement disparue; respiration tout à fait libre. A l'auscultation, le murmure vésiculaire s'entend encore un peu affaibli, mais il n'y a plus de souffle; à peine un peu de submatité. Chose assez singulière, les limites de l'épanchement en arrière ne sont bien déterminées que par la pectoriloquie aphone. Sixième injection de 15 milligrammes de pilocarpine. Pouls, 70.

Neuvième jour. — Plus de pectoriloquie aphone; différence à peine appréciable, tant à la percussion qu'à l'auscultation, entre les deux côtés de la poitrine. Injection dernière de 15 milligrammes de pilocarpine qui fournit, comme les autres, environ 180 grammes de salive claire et limpide. La malade, depuis hier, me demande instamment à manger. Pouls, 65.

Dixième jour. — Guérison confirmée; santé complète, sauf un peu de faiblesse, laquelle ne s'est pas d'ailleurs prolongée au delà de deux jours.

N. B. — J'ai revu plusieurs fois cette jeune femme depuis sa pleurésie, et notamment quinze jours après la fin de sa maladie; je l'ai auscultée avec le plus grand soin, et il ne reste absolument aucun signe quelconque d'une lésion dans la plèvre.

Obs. III. — *Pleurésie double avec épanchement dans les deux plèvres, guérie en* quinze *jours de traitement par les injections de pilocarpine et des frictions de teinture d'iode; jeune femme de vingt-cinq ans, enceinte de trois mois.* — Je vois la malade pour la première fois le jeudi 22 septembre 1881; c'est une jeune femme de vingt-cinq ans, grande, forte, bien constituée, d'un tempérament sanguin et n'ayant jamais été malade. Elle croit être enceinte de trois mois; et je prie le lecteur de vouloir bien retenir ce détail. Elle se plaint depuis la veille d'une violente douleur à la base de la poitrine, du côté droit, douleur qu'exaspèrent les moindres mouvements; elle ne se souvient pas d'avoir eu de frisson, ni de s'être refroidie dans les jours précédents; la fièvre est violente, le pouls à 115 pulsations. L'auscultation et la percussion ne donnent aucun signe positif, et la malade ne toussant pas, je réserve mon diagnostic et prescris un traitement anodin.

Vendredi 23 septembre. — Le diagnostic s'impose : matité s'étendant de la base du poumon droit à l'épine de l'omoplate; de plus, dans la nuit précédente, un autre point pleurodynique s'est déclaré du côté gauche, où je constate de la matité sur une hauteur d'à peu près 15 centimètres. A l'auscultation, absence de murmure vésiculaire, à droite, dans le tiers inférieur, à gauche, sur une hauteur d'environ 15 centimètres; souffle léger des deux côtés; mais on n'entend ni égophonie ni pectoriloquie aphone. Fièvre vive, langue saburrale; pouls à 100. J'ordonne un petit vésicatoire sur le point douloureux gauche, et prescris une infusion de jaborandi (5 grammes dans 200 d'eau bouillante).

Samedi 24. — Le jaborandi n'a produit aucun effet. Même état qu'hier; grande anxiété respiratoire, parole saccadée. J'injecte 15 milligrammes de nitrate de pilocarpine, et la malade, au bout de cinq minutes, crache environ 150 grammes de salive; la face est en même temps humectée par un peu de transpiration.

Dimanche 25. — La nuit dernière a été bonne; respiration bien plus libre, points de côté notablement diminués à droite et à gauche. A droite, la respiration est très obscure et ne s'entend que dans les fortes inspirations; ni souffle, ni égophonie; la voix est seulement sourde; la matité remonte jusqu'au milieu de l'omoplate. En avant, tout est normal. A gauche, l'épanchement n'a pas changé de niveau; on y entend un souffle doux, très léger. Pouls 84. — J'injecte : nitrate de pilocarpine, 1 centigramme 3/4. Salivation de 150 grammes. Pas de sueur.

Lundi 26. — Douleur très diminuée à droite, mais revenue vive à gauche, quoique la hauteur de l'épanchement ne paraisse pas avoir varié; mais peut-être s'est-il étendu un peu en avant. Je constate, en effet, à trois travers de doigt au-dessous du sein gauche, et un peu en dehors de la ligne mammaire, une très manifeste pectoriloquie aphone. Pouls, 80. — J'injecte 2 centigrammes de pilocarpine.

Mardi 27. — Mieux sensible depuis hier; douleur disparue à gauche et à droite; bonne journée et bonne nuit. La matité remonte à la même hauteur qu'hier des deux côtés, mais elle est moins sourde, et la résistance sous le doigt est plus élastique. La respiration aussi s'entend mieux. Frottements pleuraux, au niveau de la fosse sus-épineuse droite. Pouls à 68. — J'injecte sous la peau 3 centigrammes de pilocarpine et ordonne une application de coton iodé sur le côté droit.

Mercredi 28. — Les 3 centigrammes de pilocarpine injectés hier matin ont fait rendre à la malade environ 200 grammes de salive; elle a de plus mouillé une chemise de sueur; elle n'a d'ailleurs éprouvé qu'un peu de fatigue. Comme elle est enceinte, je lui demande si elle n'a pas ressenti quelques coliques (1). Rien de ce côté. Même état qu'hier. Constipation depuis trois jours. Pouls, 65. — Je prescris pour demain matin 35 grammes d'huile de ricin, et j'injecte encore 3 centigrammes de pilocarpine.

Jeudi 29. — La malade a craché hier environ 200 grammes de salive; elle a mouillé une chemise et vomi, une heure après l'injection, une grande quantité d'eau, le tout sans trop de fatigue. Rien du côté de l'utérus. Diminution très appréciable de l'épanchement des deux côtés; à peine de matité, respiration un peu obscure à l'oreille, mais très ample. La malade se sent beaucoup mieux; elle demande à manger. Pouls, 78, mais peau fraîche. — J'injecte 2 centigrammes de pilocarpine.

Vendredi 30. — Même état qu'hier; bon appétit, la malade a mangé ce matin une soupe et un œuf. Elle a craché hier environ 150 grammes de salive et pas sué. Pouls, 65. — J'injecte 2 centigrammes de pilocarpine et prescris des frictions de teinture d'iode à faire des deux côtés de la poitrine qu'on recouvrira d'une couche d'ouate.

Samedi 1er octobre. — Mieux considérable; bon appétit; *frottements secs de retour*, dans toute l'étendue de la poitrine à droite. A gauche, peu de changement. Pouls, 60. — J'injecte 2 centigrammes de pilocarpine.

Dimanche 2. — Je ne fais pas de visite.

Lundi 3. — Un peu plus d'obscurité dans la respiration à droite; plus de frottements; à gauche, la matité remonte plus haut qu'avant-hier, d'une dizaine de centimètres; pleurodynie à gauche, très vive depuis ce matin (il a gelé la nuit dernière). Il s'est évidemment reformé un peu d'épanchement des deux côtés; cependant, il n'y a pas de fièvre. — J'injecte 3 centigrammes de pilocarpine.

Mardi 4. — A la suite des 3 centigrammes injectés hier, la malade a vomi, beaucoup craché, mais très peu sué. Pleurodynie disparue; mais l'épanchement de gauche s'est étendu en avant; souffle au tiers moyen sous le sein gauche. A droite, un peu d'obscurité encore, mais à peine de matité; résistance élastique sous le doigt, frottements rudes dans toute l'étendue de ce côté. — J'injecte 25 milligrammes de pilocarpine, et prescris pour demain matin 45 grammes d'huile de ricin.

Mercredi 5. — La malade a vomi son huile qui n'a pas produit d'effet purgatif. A la percussion, plus de matité ni à droite ni à gauche, sauf de ce côté, en bas et en arrière, et dans une étendue d'environ quatre travers de doigt. Je constate, pour la première fois depuis douze jours, des vibrations thoraciques à droite. Bon appétit. Pouls à 60. — J'injecte encore 3 centigrammes de pilocarpine.

Jeudi 6. — L'épanchement semble s'être reformé à droite, car je ne puis sentir, comme hier, les vibrations thoraciques lorsque la malade parle haut; la matité est plus sourde, la respiration plus obscure; à gauche, au contraire, il y a un mieux sensible. Pouls à 100, mais sans que la malade soit plus indisposée; elle est gaie, mange de bon appétit. — J'injecte 3 centigrammes de pilocarpine.

Vendredi 7. — A peu près même état qu'hier. J'avoue que j'ai ce jour-là un moment de découragement et de crainte; je redoute l'action trop souvent répétée d'un médicament dont nous ne connaissons pas encore complètement tous les effets, quoique cependant la malade ne se trouve guère incommodée par le traitement suivi. — Je ne fais donc pas ce jour-là d'injection, et prescris 30 grammes d'eau-de-vie allemande, à prendre demain matin.

Samedi 8. — L'eau-de-vie allemande a été vomie aussitôt bue; cependant, il y a un mieux très réel des deux côtés; aucun bruit morbide, la percussion qui donne un son un peu sourd est élastique. La malade est gaie, chante, mange d'un excellent appétit, et respire, comme elle dit, à pleins poumons. Pouls, 65. — J'injecte 2 centigrammes de pilocarpine.

Dimanche 9. — Pas de visite.

Lundi 10. — Mieux considérable; état général aussi satisfaisant que possible; respiration encore un peu obscure à droite, mais s'entendant bien partout; à gauche, plus rien. Plus de matité ni à droite ni à gauche. Pouls à 60; excellent appétit. — Je ne fais pas d'injection, mais conseille, par prudence, de continuer les frictions de teinture d'iode.

Jeudi 13. — Je revois pour la dernière fois la malade, qui est levée depuis le matin. La guérison est complète. Soit dix-sept jours de

(1) Massmann, de Saint-Pétersbourg; Hinze, *Deutsche med. Woch.*, n° 37.

maladie, quinze jours de traitement et quatorze injections de pilocarpine pour une pleurésie occupant les deux séreuses pulmonaires.

Voilà donc trois cas de pleurésie dont l'une, la première, pouvait très bien devenir chronique vu l'état de faiblesse de la petite fille qui en était atteinte, dont les deux autres avaient les plus grandes chances d'arriver à la moyenne classique de quatre à six semaines et qui ont guéri pourtant en une période moyenne de douze jours, s'il était permis d'établir une moyenne sur trois cas seulement.

Ce petit nombre m'a même fait hésiter à publier ce travail. Mais en réfléchissant que ces trois maladies identiques de nom, il est vrai, différaient absolument de nature; que l'une avait évolué en mars, au milieu d'une constitution médicale très mauvaise, la seconde en juillet et la troisième aux mois de septembre et d'octobre, au moment des premières gelées; en calculant que, malgré la diversité des causes qui les avaient engendrées, elles avaient cependant obéi toutes trois au même traitement systématiquement employé, j'ai pensé que c'étaient là des raisons suffisantes pour négliger ce facteur du nombre qui n'a d'importance réelle que lorsqu'on veut formuler avec lui des lois nosologiques ou des règles thérapeutiques. Or, telle n'est point ma prétention.

Je désire seulement attirer l'attention des praticiens sur un mode de traitement de la pleurésie qui me paraît réaliser absolument la fameuse triade : *tutò, citò* et *jucundè*, et faire connaître une médication d'une réelle élégance pour la cure d'une maladie aussi désespérante pour le médecin que dangereuse pour le malade.

Je désire aussi montrer l'innocuité des injections hypodermiques de pilocarpine lorsqu'elles sont faites avec prudence et à des doses ne dépassant pas 3 centigrammes par jour, et en même temps leur supériorité sur les infusions de jaborandi. C'est, en effet, sous forme d'infusion qu'a été donné jusqu'ici ce médicament dans les cas de pleurésie qui ont été publiés et que je connais. Tels sont les faits des docteurs Créquy, Vulpian, Bochefontaine, et ceux insérés dans le *Journal de thérapeutique*, en 1876, par mon excellent ami le professeur Grasset (1), auquel j'envoie ici mes vifs remerciements pour les renseignements qu'il a bien voulu me fournir à ce sujet. J'en envoie aussi à l'un des internes les plus distingués des hôpitaux de Bordeaux, M. Loumeau, qui a fait pour moi les recherches bibliographiques qu'il m'était impossible de faire moi-même. De ces recherches, il résulte qu'il n'existe pas, ou que nous n'avons pas trouvé d'observations analogues à celles que je publie aujourd'hui. Mais il importe peu; s'il en existe, les miennes s'ajouteront aux autres; s'il n'en existe pas, elles seront les premières d'une série qui, je l'espère, sera longue et probante.

Voici maintenant les conclusions qui me semblent ressortir de ces observations :

1° Le nitrate de pilocarpine (ou un sel quelconque de cet alcaloïde probablement), injecté sous la peau à la dose de 1 centigramme à 25 milligrammes, ne produit localement aucun accident et n'est presque exclusivement que sialagogue. Il n'a aucune propriété abortive.

2° Employé dans la pleurésie, autant que possible à son début, ce médicament modifie assez profondément l'inflammation de la plèvre, pour enrayer la formation de l'épanchement, et en activant sa résorption, empêcher ou tout au moins diminuer la production des fausses membranes.

3° Il agit vraisemblablement pas une action fluxionnaire dérivative qui paraît d'autant plus énergique qu'on se trouve plus près du début de la fluxion morbide.

4° Il agit ainsi indirectement par la soustraction de liquide qu'il fait éprouver à l'organisme, action alors analogue à celle des purgatifs et des diurétiques, mais qui, en vertu de relations encore inconnues, paraît être bien plus directe lorsqu'elle s'exerce sur les glandes salivaires.

5° La pilocarpine est incomparablement plus facile à manier et surtout plus sûre dans les effets que la plante dont elle dérive.

(1) Il faut ajouter à ces noms ceux des docteurs Dujardin-Beaumetz, Wemaere, Bardenhöwer, Taubigue, Saillmann, Leyden, Nothnagel, Weber, Langley, Landrieux, Windelschmidt, E. Ferré, qui, depuis 1874, ont publié des travaux divers sur l'action tant physiologique que thérapeutique du jaborandi et de la pilocarpine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

NOTE SUR LE PERMANGANATE DE POTASSE, CONSIDÉRÉ COMME ANTIDOTE DU VENIN DES SERPENTS, A PROPOS D'UNE PUBLICATION DE M. J. B. DE LACERDA, par M. *de Quatrefages*. — M. de Lacerda croit avoir trouvé, dans des injections sous-cutanées d'une solution de permanganate de potasse, un moyen de combattre les suites, presque toujours mortelles, de la morsure des ophidiens si dangereux qui pullulent dans les régions intertropicales. En faisant connaître aujourd'hui plusieurs cas de guérison obtenue par ce procédé, M. de Lacerda en a cité qui sont remarquables en ce que les injections n'ont été faites que onze et douze heures après la morsure. La tuméfaction extrême des membres, l'anxiété profonde des blessés, des hémorrhagies internes ou externes annonçaient une mort prochaine. Pourtant, à la suite de quelques injections, tous ces symptômes ont disparu, et les malades ont été parfaitement rétablis en peu de jours.

« Ces faits, dit M. de Quatrefages, recueillis sur divers points du territoire brésilien, accompagnés de détails précis, semblent être hors de doute. Ils confirment les résultats des expériences faites par l'auteur en présence des juges les plus autorisés, et avec l'aide d'un de nos compatriotes, élève de Claude Bernard, M. le docteur Couty. »

Rappelant ensuite la fréquence des accidents causés à la Martinique par la morsure des serpents venimeux, et le nombre relativement considérable des cas de morsure de vipère observés dans la Haute-Marne ou diverses autres régions de la France, M. de Quatrefages fait remarquer combien il serait utile d'en trouver le remède. « Il est permis, dit-il à ce sujet, d'espérer que le moyen curatif trouvé par M. de Lacerda permettra de les arrêter promptement et à coup sûr. Ce procédé réussit d'ailleurs aussi bien sur les animaux que sur l'homme. »

En décrivant son procédé, M. de Lacerda insiste sur la nécessité de préparer la solution de permanganate au moment même de s'en servir. Il conseille de préparer d'avance des petits paquets de ce sel de 1 décigramme et un flacon pouvant contenir 10 grammes d'eau. On obtient ainsi, au moment voulu, une solution exactement dosée au centième. L'injection se fait au moyen d'une seringue de Pravaz. On doit placer une ligature au-dessus de la morsure et injecter lentement une demi-seringue dans chaque blessure faite par les dents du reptile; puis on comprime les tissus pour faciliter la diffusion du liquide. Si le membre est déjà tuméfié, on doit faire quelques injections vers la limite de l'enflure. Si la rapidité des accidents peut faire penser que le venin a été porté directement dans une veine, on pousse une injection dans une veine superficielle. Des recherches antérieures de M. de Lacerda il résulte que le venin des serpents doit ses propriétés toxiques, non pas au liquide même sécrété par les glandes, mais à des corpuscules plus ou moins analogues à ceux qu'on découvre journellement dans les virus. « Y aurait-il là, dit M. de Quatrefages, une indication à suivre? Le permanganate de potasse, si puissant contre le venin du bothrops, présenterait-il des propriétés analogues, si on l'opposait à quelqu'une de ces maladies dont M. Pasteur nous a révélé la cause? Je

me borne à poser la question aux hommes qui s'occupent des sujets de cette nature, et surtout à celui dont les travaux tiendront une si large place dans l'histoire de la science moderne. »

Recherches sur une influence spéciale du système nerveux, produisant l'arrêt des échanges entre le sang et les tissus, par M. *Brown-Séquard*. — L'auteur complète, dans cette communication, divers faits qu'il avait signalés dès l'année 1858. Les états morbides que l'on a étudiés chez l'homme sous les noms de *choc traumatique*, de *commotion*, de *stupeur*, de *collapsus*, d'*apoplexie* ou de *syncope*, montrent très souvent, dit-il, la présence et la puissance de l'influence exercée par le système nerveux sur la nutrition et les sécrétions. Cette intervention active du système nerveux consiste essentiellement en une cessation plus ou moins complète des échanges entre les tissus et le sang, dont dépendent la nutrition, les sécrétions et la chaleur animale. Cette influence nerveuse se manifeste tout d'abord par l'apparition de sang plus ou moins rouge dans les veines, et par un abaissement de la température du corps. L'arrêt des échanges s'accompagne presque toujours d'une diminution, quelquefois de la cessation complète de la respiration, et souvent aussi d'une diminution des mouvements du cœur. Il est évident qu'en l'absence de l'entrée de l'oxygène et de la sortie de l'acide carbonique, lorsque la respiration cesse, la présence de sang rougeâtre ou rouge dans les veines n'aurait pas lieu si une cause spéciale n'intervenait pour suspendre les échanges entre les tissus et le sang. Sans cette cause, qui provient d'une action du système nerveux, le sang, loin de rougir dans les veines, noircirait, même dans les artères. Les lésions de presque toutes les parties du système nerveux peuvent, directement ou par action réflexe, suspendre les échanges entre le sang et les tissus. Chez l'homme, les traumatismes les plus variés quant à leur siège et à leur étendue, les hémorrhagies, les ramollissements des centres nerveux, la péritonite, l'angine de poitrine, les affections des viscères pelviens, abdominaux et thoraciques, etc., sont souvent les causes d'un arrêt des échanges qui peut être temporaire ou persister jusqu'à la mort. Il en est assez souvent ainsi chez les animaux pour les lésions du bulbe rachidien, et aussi, mais plus rarement, pour les lésions ou les irritations de nombre d'autres parties de l'organisme, et spécialement dans la décapitation, la galvanisation du larynx, des nerfs vagues ou des nerfs phréniques, dans l'insufflation pulmonaire, la submersion, la strangulation, l'application de chloroforme, de chloral et d'autres irritants sur la peau, l'écrasement des ganglions du nerf sympathique dans l'abdomen, la piqûre du diaphragme, l'abaissement violent de la tête sur le thorax, la pression sur les narines ou même sur une seule, etc. Plus ces causes sont soudaines, plus elles ont de puissance.

L'auteur expose ensuite les effets produits par ces causes diverses. Ces effets sont relatifs : 1° A la couleur du sang veineux, qui peut devenir semblable au sang artériel, du moins quant à sa coloration. — 2° Aux gaz du sang, l'acide carbonique s'y trouvant en moindre proportion qu'à l'état normal (d'Arsonval). — 3° A l'absence de convulsions. Les morts par privation soudaine et complète de respiration sont toujours précédées de convulsions plus ou moins violentes; il n'en est jamais ainsi dans les cas de mort par cessation de respiration s'accompagnant d'arrêt des échanges. De même, les mouvements rhythmiques que l'on constate dans l'intestin quelque temps après la mort, et qui quelquefois la précèdent, sont bien moins forts et bien moins durables qu'après les morts ordinaires, quand l'arrêt des échanges coexiste avec l'arrêt final de la respiration. — 4° A l'abaissement de la température du corps. Cet abaissement survient presque immédiatement après la production de l'arrêt des échanges. Il est peu fréquent que cet abaissement atteigne un degré très considérable pendant la vie de l'animal. On a vu cependant, dans un cas de section de la moitié postérieure de la moelle cervicale, chez un cobaye pesant 395 grammes, un abaissement de 21 degrés centigrades. La perte de chaleur dans un cadavre d'animal mort avec arrêt des échanges est bien plus rapide que celle qui devrait avoir lieu par les causes connues de déperdition de chaleur. On peut donc se demander si, par des transformations spéciales, une partie de la chaleur de l'animal ne devient pas latente. — 5° A la contraction des vaisseaux sanguins. Ce phénomène est extrêmement fréquent et différencie nettement ce qui a lieu dans l'arrêt des échanges de ce que l'on voit, à un moindre degré, dans les cas où certaines lésions des centres nerveux ou des nerfs produisent une paralysie vasculaire avec couleur moins foncée du sang veineux, mais sans suspension des échanges. — 6° A l'état du cœur gauche et des artères après la mort. Chez les individus morts avec arrêt des échanges, on trouve souvent du sang dans les artères et dans le cœur gauche alors que toute circulation a cessé. On sait que, dans les cas ordinaires de mort, ces parties sont presque toujours complètement vides de sang. — 7° A la durée des propriétés de la moelle épinière, des nerfs et des muscles après la mort. Lorsque l'on tue promptement des animaux chez lesquels s'est produit l'arrêt des échanges, on constate que les propriétés de ces diverses parties durent bien plus longtemps que celles des mêmes parties chez les animaux morts sans arrêt des échanges. La rigidité cadavérique apparaît tardivement; elle dure très longtemps, et la putréfaction qui la suit, non seulement apparaît très tard, mais est lente à se développer.

De ces recherches M. Brown-Séquard conclut que, chez l'homme comme chez les animaux, le système nerveux a la puissance d'arrêter les échanges entre les tissus et le sang, et de produire, par là ou autrement, des changements dans les propriétés des tissus, changements qui se manifestent non seulement pendant la vie, mais encore après la mort, dans les périodes d'existence de la rigidité cadavérique et de la putréfaction.

L'action des hautes pressions atmosphériques sur l'organisme animal, par M. *E. de Cyon*. — L'auteur a procédé avec plus de précision que ses devanciers en se servant des appareils déjà mis en usage par M. Paul Bert, et en leur ajoutant d'autres appareils disposés de façon à permettre, au cours de l'expérience, de mesurer avec exactitude toutes les variations de la pression sanguine, ainsi que les variations survenues dans le nombre et l'intensité des pulsations du cœur et des mouvements respiratoires.

A l'aide de ces appareils M. de Cyon a obtenu un certain nombre de résultats d'où il lui paraît ressortir :

1° Que les hautes pressions atmosphériques n'agissent sur l'organisme, d'une manière évidente, que lorsqu'elles modifient sensiblement les rapports existant entre la tension des gaz contenus dans le sang;

2° Que cette action s'exerce sur les appareils de la circulation et de la respiration, conformément aux lois qui régissent l'action des gaz du sang sur les centres nerveux présidant au fonctionnement de ces appareils;

3° Que, par conséquent, l'oxygène *n'est nullement un poison spécial pour l'organisme; les animaux meurent à de hautes pressions atmosphériques, uniquement parce que l'acide carbonique* (l'excitant principal des centres vasomoteurs et respiratoires) *diminuant très sensiblement, la circulation et la respiration s'arrêtent :* la circulation, *par suite de l'abaissement trop considérable de la pression sanguine;* la respiration, *par l'état d'apnée.* Les battements du cœur s'accélèrent par les mêmes raisons : d'un côté, l'oxygène, l'excitant normal des nerfs et des centres accélérateurs, augmente leur activité; d'un autre côté, la disparition de l'acide carbonique diminue l'action modératrice des nerfs pneumogastriques.

Sur le parasite de la malaria, par M. *Richard*. —

L'auteur déclare avoir retrouvé à l'hôpital de Philippeville le parasite des fièvres intermittentes décrit par M. Laveran :

« Ce microbe, dit-il, a un habitat spécial, le globule rouge du sang, dans lequel il se développe comme un charançon dans une lentille, et d'où il sort une fois qu'il est arrivé à l'état parfait. Lorsqu'on examine du sang d'un malade qui est sous le coup de fièvres d'accès, on trouve des globules rouges qui ont, dans leur épaisseur, une toute petite tache claire, parfaitement ronde; ces globules ont, du reste, conservé toute l'apparence et toute l'élasticité des globules rouges normaux : ils sont simplement *piqués*. A côté de ces globules, il en existe d'autres, où l'évolution du microbe est plus avancée; la tache claire s'est agrandie et elle est entourée comme d'une sertissure de fines granulations noires; tout autour, l'hémoglobine, parfaitement reconnaissable à sa teinte jaune verdâtre, forme un anneau qui ira se rétrécissant à mesure que le parasite augmentera lui-même de volume. Il arrive un moment où il ne reste plus qu'une étroite zone marginale, parfaitement décolorée, l'hémoglobine ayant disparu en entier, et où tout le corps du globule rouge est réduit à sa coque et est envahi par le microbe; à ce moment, on a sous les yeux un élément circulaire (corps n° 2 de Laveran), ayant à peu près la dimension du globule rouge et renfermant une élégante collerette de granules noires; cette collerette, c'est le microbe qui est arrivé à son état parfait et qui est pourvu d'un ou plusieurs prolongements très ténus, mesurant 25 μ et plus de longueur; seulement ils ne sont pas visibles ainsi. A ce moment, le parasite va percer la membrane qui le contient et s'échapper en liberté dans le plasma sanguin. L'auteur affirme avoir vu le microbe sorti presque en entier de sa coque, qui restait appendue sur un de ses côtés sous la forme d'un cercle extrêmement pâle, nécessitant une grande attention pour être aperçu; des observations souvent répétées ne lui laissent aucun doute sur la réalité de ce fait de l'émigration. D'autres fois, les filaments mobiles percent seuls l'enveloppe, dans laquelle le corps du parasite continue à rester enfermé. D'ailleurs, dans un cas comme dans l'autre, on le voit entrer en mouvement et s'agiter vivement à la façon d'une verge flexible qu'on secouerait violemment en la tenant par le gros bout : ils fouettent les globules rouges voisins dans leurs évolutions; il arrive parfois que leur extrémité libre, légèrement renflée, se prend dans une maille du réticulum fibrineux, et alors c'est le corps du parasite qui oscille, en même temps que le filament se meut avec une rapidité croissante, comme s'il cherchait à se dégager. Au bout d'une heure, quelquefois moins, rarement plus, le mouvement s'éteint, et il ne reste que le cadavre du parasite.

Voici le dernier terme de tous les globules rouges parasitifères. On les voit peu à peu s'étaler, se déformer; la collerette pigmentaire se défait, et l'on a sous les yeux une de ces masses grisâtres, renfermant quelques granulations noires, qui ont été signalées par plusieurs observateurs, Kelsch entre autres. Les granulations pigmentaires, ainsi devenues libres, sont rapidement reprises dans le sang par les leucocytes, qui s'en imprègnent; le leucocyte mélanifère n'est qu'un épiphénomène du processus palustre, l'altération primordiale, essentielle, portant sur le globule rouge.

M. Richard déclare avoir rencontré, toujours chez d'anciens fébricitants, d'autres corps allongés, ovalaires ou en forme de croissants, ayant en longueur le diamètre du globule rouge (corps n° 1 de Laveran); il pense que ce sont des globules rouges parasitifères, qui sont restés engagés pendant quelque temps dans des capillaires qu'ils ont traversés péniblement, et qui en ont gardé cette attitude forcée; ces parasites sont arrêtés dans leur développement, car on ne les voit jamais entrer en vibration.

M. Richard déduit de ces constatations micrographiques un certain nombre de déductions pathologiques.

Sur les colorations bleue et verte des linges a pansements, par M. *C. Gessard*. — Deux cas de coloration bleue et verte des pansements se produisaient en octobre dernier dans le service de M. le docteur Chauvel, au Val-de-Grâce. Les linges ayant été remis à l'auteur, il put, en employant la méthode des cultures de M. Pasteur, isoler un organisme qui, après un grand nombre d'ensemencements successifs, se montre constant dans sa forme et dans sa réaction physiologique, la production de pigment, pour les différents liquides de culture. Cet organisme est incolore, globuleux, de 1 à 1,5 millième de millimètre; il est aérobie et très mobile. On le cultive bien, entre 35 et 38 degrés, dans l'urine neutralisée, la décoction de carottes. Il se développe également dans la salive, la sueur, les liquides albumineux, sérosité de vésicatoire, l'hydrocèle. La matière colorante bleue sécrétée est la pyocyanine de M. Fordos, rougissant par les acides, ramenée au bleu par les alcalis. On l'extrait facilement des liqueurs par agitation avec le chloroforme. Reprenant par l'eau aiguisée d'acide sulfurique ou chlorhydrique, neutralisant la solution acide rouge par la potasse, on obtient, par un nouveau traitement chloroformique, une liqueur d'un bleu pur, qui abandonne par évaporation la pyocyanine cristallisée, tantôt en prismes ou en aiguilles enchevêtrées, tantôt en lames rectangulaires. Sa solution aqueuse est neutre; elle n'est pas altérable par l'ébullition. L'auteur indique de même la composition et les propriétés de la pyroxanthose, matière jaune, ainsi que les diverses réactions chimiques de ces substances.

Des troubles de l'équilibration chez les jeunes enfants, sourds-muets par otopiésis. de leur disparition lors du retour de l'ouïe, par M. *Boucheron*. — Le signe distinctif entre les sourds-muets, par affection de l'oreille et ceux qui le deviennent par maladie cérébrale, c'est la *persistance de l'intelligence* chez les sourds par affection de l'oreille.

Le mécanisme qui produit la surdité du jeune âge est, d'après l'auteur, *une compression des nerfs acoustiques* dont le point de départ est le *vide* effectué dans la caisse du tympan, vide que la pression atmosphérique tend à combler. C'est cette pression de 200 à 1000 grammes sur le tympan qui, transmise par les osselets et par les liquides labyrinthiques aux nerfs de l'oreille, en détermine la compression d'abord, et plus tard la dégénérescence et la destruction. Il est d'observation ancienne et confirmée que beaucoup de jeunes sourds-muets *marchent tardivement*, et présentent des phénomènes nerveux variés : ainsi, tantôt ils sont sujets à des crises de colère furieuse, tantôt ils poussent des cris stridents, prolongés, sauvages; tantôt ils ont des accès de tristesse, des craintes subites, etc. La disparition de ces phénomènes pendant le traitement de la surdité otopiésique en révèle la cause pathogénique la plus commune.

On sait, par les expériences de Flourens et de ses nombreux imitateurs, que les lésions *irritatives* (Lœwenberg) des canaux semi-circulaires de l'oreille, que les excitations des nerfs des canaux semi-circulaires de l'oreille, que la compression par ligature des nerfs de ces canaux, enfin que les excitations des racines de ces nerfs dans le bulbe, dans leur trajet pédonculaire, et jusque dans leur terminaison probable dans le cervelet; c'est-à-dire que *les excitations variées des nerfs des canaux semi-circulaires*, à un point quelconque de leur trajet, déterminent des troubles bien connus dans l'équilibration, des vertiges, des titubations, des tournoiements, etc. Aussi ces nerfs ont-ils été considérés comme les nerfs de l'*espace* (de Cyon) ou les nerfs de l'*équilibre*.

Si la compression de ces nerfs par une pince, une ligature, en détermine l'excitation et produit les phénomènes sus-indiqués, la compression dans l'intérieur de l'oreille, transmise par les osselets, lors d'une pression sur le tympan par un corps étranger (Bonnafond, Tillaux, Duplay, etc.), par

une explosion gazeuse, etc.; la compression dans l'intérieur de l'oreille, par la pression atmosphérique sans contre-poids, compression *otopiésique*, pourra produire également des troubles d'équilibration et des troubles d'excitation irradiée (cris réflexes par irritation bulbo-protubérantielle, crises de colère par excitation irradiée aux centres cérébraux; accès de tristesse, de frayeurs subites, commme par hallucination), etc.

En relâchant la compression otopiésique, chez les enfants sourds-muets, on devra voir disparaître ces accidents. C'est ce que l'auteur dit avoir constaté dans quelques cas dont il cite les observations.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

M. le docteur *E. Ménière* fait hommage à l'Académie d'un ouvrage en 2 volumes intitulé : *La captivité de Mme la duchesse de Berry à Blaye en* 1833, *journal du docteur P. Ménière, médecin envoyé par le gouvernement auprès de la princesse.*

M. le docteur *Fort* adresse une observation de *tumeur fibreuse* qu'il a opérée à Rio-de-Janeire par l'*hystérotomie*; l'opération a été suivie de succès. — Cette observation est renvoyée à l'examen de M. Tillaux.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° de la part de M. le docteur *J. Arnould* un *Rapport* présenté au nom de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille, *sur les modifications qu'il y aurait lieu d'introduire dans le mode actuel du concours d'agrégation des Facultés de médecine;* 2° au nom de M. le docteur *Guillemard* (d'Eltham, Grande-Bretagne), une brochure intitulée : *On the endemic hæmaturia of hot climates caused by the presence of bilharzia hæmatobia;* 3° de la part de M. *Louis Armann* (de Heidelberg), une brochure portant le titre de : *Diätetik oder Heilung der Krankheiten durch gesundes Blut.*

M. *Larrey* dépose : 1° une note de M. *Léon Colin*, absent, sur *les hôpitaux de varioleux;* 2° un ouvrage de M. le docteur *Daniel Mollière*, sur *la gangrène gazeuse.*

M. *Laboulbène* offre deux mémoires intitulés : *De l'infection par les trichines ou trichinose et des moyens de la reconnaître* et *Ténia observé dans l'intestin.*

M. *Théophile Roussel* fait hommage de son *Rapport sur l'application de la loi du 23 décembre 1874 concernant la protection des enfants du premier âge.*

M. *Germain Sée* fait présenter en son absence par M. *Hardy* une leçon qu'il vient de publier sous le titre : *Comment peut-on reconnaître la trichinose chez l'homme?*

M. *Fournier* dépose, au nom de M. le docteur *Vidal*, une brochure sur le *Traitement chirurgical de quelques maladies de la peau.*

M. *Tarnier* présente un ouvrage sur l'*Obstétrique en Italie*, par M. le docteur *Millot-Carpentier* (de Montécouvez).

M. *Lagneau* offre une brochure sur la *Mortalité des Enfants assistés.*

M. *Chatin* dépose : 1° la thèse de M. *Bainier* sur les *mucorinées;* 2° un travail manuscrit de M. *Boudier* (de Montmorency), sur les *caractères distinctifs des différentes espèces de champignons qui composent le groupe de l'amanite bulbeuse;* ce dernier travail est renvoyé à MM. Vulpian, Dujardin-Beaumetz et Chatin.

Ptomaïnes. — On sait, depuis 1873, par les recherches de MM. Gautier et Selmi, que les matières cadavériques contiennent des alcaloïdes vénéneux auxquels on a donné le nom de ptomaïnes. Ces alcaloïdes, que M. Gautier a démontré exister en petite quantité dans les liquides physiologiques et particulièrement dans l'urine, jouent dans les états pathologiques un rôle très actif en s'accumulant dans le sang, agissant sur les centres nerveux et contribuant ainsi à généraliser la maladie. Toutefois ces alcaloïdes n'avaient été encore qu'entrevus et les connaissances chimiques à leur sujet étaient incomplètes. On n'en avait obtenu que des traces. Aujourd'hui, M. *Gautier* présente à l'Académie une de ces ptomaïnes à l'état de pureté. C'est un liquide huileux, très caustique à la façon de la potasse caustique et de la conicine, bouillant à la température de 210 degrés, s'unissant à l'acide carbonique de l'air et donnant un carbonate cristallisé. Son chlorhydrate et son chloroplatinate se présentent aussi en beaux cristaux très stables. Cette base est extrêmement vénéneuse, presque autant que le venin de cobra; un milligramme et demi inséré sous la peau d'un oiseau, le tue en moins d'une heure avec paralysie et convulsions tétaniques, l'intelligence reste intacte. A côté de cette base, MM. Gautier et Étard en ont obtenu une seconde, très altérable, paraissant se dédoubler par la potasse en phénol, ammoniaque et l'une de ces substances si inattendues découvertes, en 1865, par M. Gautier auxquelles il a donné le nom de carbylamines. La vénénosité de ces substances n'a de comparable que celle des venins, de la muscarine, de la nicotine. On comprend l'importance du rôle que joue la production de ces corps dans l'économie, dans les divers états pathologiques, où l'on sait aujourd'hui qu'elles s'accumulent souvent en quantité très notable, lorsque surviennent les troubles des fonctions rénales en particulier.

Inspection des viandes porcines de provenance étrangère. — La commission chargée de proposer à l'Académie les termes d'une réponse à M. le ministre du commerce en ce qui concerne l'inspection des viandes porcines de provenance étrangère a enfin exprimé l'opinion de la majorité de ses membres (2 contre 1) et cet avis a été adopté par la presque unanimité de l'Académie. Cependant M. Chatin, de plus en plus partisan de l'inspection, a tenté d'amener ses collègues à partager son opinion en restreignant ses prétentions au minimum et en faisant habilement remarquer que, si cette inspection pouvait s'exercer sur des porcs entiers ou des demi-porcs, elle serait bien moins compliquée, plus facile et exigerait un personnel moins considérable. Mais MM. *Bouley* et *Th. Roussel* ont immédiatement objecté que la salaison ne pouvait être parfaite qu'après un dépeçage suffisant, et M. *Rochard* estime que les Américains seraient peu disposés à transformer leur outillage pour obéir aux prescriptions françaises, alors que leur exportation chez nous n'entre que pour une faible partie dans leur commerce de viande de porc salé et qu'ils pourraient toujours les introduire sous d'autres formes et avec d'autres coupes par l'intermédiaire des pays étrangers. Aussi l'amendement de M. Chatin a-t-il été repoussé, malgré l'appui que M. *Colin* (d'Alfort) s'est évertué à lui donner en demandant à plusieurs reprises à ajourner la discussion afin de faire connaître les résultats de ses expériences sur la salaison des viandes et la résistance des trichines à cette salaison; l'objection principale qu'aurait voulu soulever M. Colin paraît être qu'il ne suffit pas de recommander la cuisson de ces viandes, puisqu'il en est une certaine quantité qui sont consommées crues ou à peine cuites. L'avis formulé par l'Académie, sur la proposition de M. Bouley, est ainsi conçu : « Il n'est pas nécessaire de soumettre à une inspection microscopique les viandes porcines d'importation étrangère, pour prévenir l'infection trichinosique chez les populations qui font usage de ces viandes, les habitudes culinaires de ces populations ayant été démontrées jusqu'à présent efficaces à les préserver de cette infection; il suffit, pour les tenir en garde contre les dangers possibles de l'usage de la viande de porc consommée crue ou incomplètement cuite, de les leur signaler dans une instruction spéciale qui serait distribuée dans toutes les communes par les soins de l'Administration. »

Technique de la chloroformisation. — Sous ce titre, M. *Gosselin* lit un mémoire sur les précautions qu'il lui paraît nécessaire de prendre afin d'éviter les dangers et les inconvénients de la chloroformisation, tels qu'ils ont été indiqués dans l'avant-dernière séance à propos d'une communication de M. Regnauld sur les impuretés du chloroforme et les moyens de les reconnaître.

D'après les différences observées dans le phénomène de l'anesthésie, il y a, suivant les quantités inspirées, les trois variétés suivantes : 1° Petites doses : anesthésie très imparfaite, anesthésie des accoucheurs; dans ce cas il est entré dans le sang trop peu de chloroforme à la fois pour paralyser le cerveau et la moelle. 2° Dose massive donnée sans interruption. Ici le sang, trop richement chloroformisé, arrive sur le cerveau qui supprime son influence sur les mouvements du cœur et de la respiration. 3° Doses progressives avec intermittences. C'est la méthode que M. Gosselin a préconisée

dans l'avant-dernière séance. Le sang arrive dans ce cas beaucoup moins riche en vapeurs anesthésiques parce que, pendant la respiration de l'air pur, le chloroforme a pu s'éliminer par les voies excrétoires. Les centres nerveux s'habituent peu à peu à la dose utile de chloroforme et peuvent en recevoir une dose un peu plus forte sans inconvénients, l'accoutumance pour le chloroforme se comptant par heures. Un point important serait de savoir la quantité de chloroforme que le sang doit contenir pour que l'anesthésie se produise; mais pour arriver à des chiffres applicables à tous les sujets, il y a trop de différences individuelles. Néanmoins M. Paul Bert est celui qui a le plus approché du but, en trouvant ce qu'il a appelé la *zone maniable;* mais l'outillage nécessaire à la méthode qu'il a décrite est loin d'être commode et on aurait beaucoup de peine à remplacer la compresse ou le mouchoir par des appareils lourds et encombrants.

« J'ai la conviction, dit M. Gosselin, que le chloroforme administré sur un mouchoir ne doit pas donner la mort, lorsque le chirurgien aura bien saisi toutes les contre-indications et se sera familiarisé avec la nécessité des doses tout à la fois progressives et intermittentes. C'est à la suite de longues études sur les animaux et sur l'homme que je suis arrivé à une dose approximative en donnant le chloroforme progressivement, observant les phénomènes qui se produisent et donnant à l'agent anesthésique, au moyen des intermittences, le temps de s'éliminer en partie, afin qu'il n'arrive pas en trop grande abondance aux centres nerveux. »

Pour obtenir ce résultat, M. Gosselin administre le chloroforme suivant les indications suivantes :

6	inspirations de chloroforme	et d'air,	2	d'air pur.
7	—	—	2	—
8	—	—	2	—
8	—	—	2	—
8	—	—	2	—
8	—	—	2	—
10	—	—	2	—
10	—		2	—
10	—	—	2	—
10	—	—	2	—
10	—	—	2	—
10	—	—	2	—
4	—	—	2	—
4	—	—	2	—
113			28	

Il suffit donc en général de 141 inspirations, dont 113 d'air chloroformé et 28 d'air pur, pour produire une anesthésie complète et sans dangers.

M. Gosselin a fait des expériences pour calculer la quantité de chloroforme nécessaire pour l'anesthésie. En prenant pour point de départ les connaissances un peu incertaines que nous donnent les physiologistes sur la quantité d'air qui pénètre dans les bronches à chaque inspiration (1/2 litre), sur la quantité d'oxygène qui pénètre dans le sang (75 gr.), et sur la dose présumée maniable de chloroforme sur l'homme (20 gr. par 100 litres) je suis arrivé au chiffre approximatif de 10 à 11 grammes de chloroforme pénétrant dans le sang dans l'espace de 8 à 10 minutes que dure une séance ordinaire d'anesthésie. Mais si cette dose pénétrait tout d'un coup elle serait absolument toxique. — En résumé, pour M. Gosselin, bien donner le chloroforme, c'est le donner non seulement à doses progressives, comme on le conseille généralement, mais à doses intermittentes, et au moyen d'un certain nombre d'inspirations dont les 4/5 sont faites avec le mélange d'air et de chloroforme et 1/5 avec l'air pur.

M. *Labbé* déclare que depuis une année il a modifié sa manière de chloroformiser et il est arrivé à des résultats à peu près semblables; les malaises du début, les vomissements sont supprimés et les malaises consécutifs beaucoup plus rares; cependant au premier abord sa manière de faire diffère complètement de celle de M. Gosselin. Il administre en effet le chloroforme à doses infiniment petites mais d'une manière continue en supprimant complètement toute intermittence, dans le but de ne pas abaisser à chaque instant le titre du mélange d'air et de chloroforme, c'est-à-dire 10 à 12 gouttes chaque fois ou un gramme au maximum versé sur la compresse. Il pense ainsi employer utilement tout le chloroforme versé au malade sans l'exposer jamais aux doses massives qui paraissent jouer un rôle si important dans les accidents mortels. Dans ces conditions il dit avoir pu à plusieurs reprises faire des opérations d'une durée de 15 à 20 minutes n'ayant emprunté au flacon de chloroforme que 5 à 6 grammes de ce liquide. Nombre de fois il lui est arrivé et récemment encore, en présence de M. Gosselin, de verser 20 grammes de chloroforme de son flacon pour une opération d'ovariotomie pour laquelle la malade dut être maintenue anesthésiée pendant plus d'une heure. Il y a loin de là aux doses de 200 à 250 grammes dont on a parlé dernièrement à la Société de chirurgie. En terminant M. Labbé pense trouver un appui scientifique à sa manière d'agir dans les travaux de M. Paul Bert sur la zone maniable des anesthésiques; le chloroforme n'agit pas par la quantité qu'on respire, mais par la proportion de chloroforme qui se trouve dans l'air inspiré. Sans qu'il puisse exister un dosage mathématique, il lui semble que par son procédé on a des chances sérieuses de se maintenir dans la zone maniable (laquelle cependant n'a pas été déterminée d'une manière précise chez l'homme jusqu'à ce jour) et par conséquent de ne pas dépasser l'écart qui sépare la dose anesthésique de la dose mortelle.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Paracentèse du péricarde : M. Rendu. — Du tympanisme sous-claviculaire dans la pleurésie : M. Grancher.

M. *Rendu* présente un jeune garçon de vingt ans auquel il a pratiqué avec succès la ponction du péricarde. Ce malade entrait, le 17 octobre dernier, à l'hôpital Tenon, pour une affection ayant débuté, huit jours auparavant, par du frisson et un grand malaise, à la suite d'un refroidissement. L'aspect du malade faisait songer tout d'abord à une dothiénentérie; mais en l'examinant de plus près on ne trouvait aucun des signes de la fièvre typhoïde, tandis que l'on constatait au niveau du péricarde un frottement des plus nets. Les révulsifs ne purent enrayer la marche de l'affection, et du 18 au 22 octobre, le frottement et les bruits cardiaques allèrent en s'assourdissant vers la pointe du cœur. Le 24 au soir apparurent des symptômes d'épanchement péricardique rapide et considérable : la matité s'étendait du deuxième espace intercostal jusqu'à 3 centimètres au-dessous de sa limite inférieure normale, c'est-à-dire sur une hauteur verticale de 14 centimètres; les veines jugulaires étaient turgescentes, l'oppression très marquée. Tous ces symptômes s'accentuèrent rapidement, et le malade semblait être atteint d'asystolie : la face était cyanosée, le pouls filiforme, fréquent, les bruits n'étaient plus perceptibles à la région précordiale. M. Rendu insiste sur un signe non décrit jusqu'ici, et qui a pour lui une grande importance au point de vue de l'abondance de l'épanchement : c'est une sonorité skodique constatée en arrière, vers la partie moyenne du poumon gauche, et qu'il attribue à la compression produite par le sac péricardique très distendu. Il n'y avait d'ailleurs aucune trace de pleurésie de ce côté, aucune matité à la base du poumon. Un peu d'amélioration se produisit sous l'influence d'une saignée; mais les symptômes généraux devenant plus menaçants, M. Rendu appela en consultation M. Sevestre, et ils décidèrent

la ponction du péricarde, qui fut pratiquée le 31 octobre. A ce moment la matité précordiale mesurait 16 centimètres verticalement, sur une largeur de 11 centimètres au niveau de la ligne mamelonnaire, et de 13 centimètres un peu au-dessous; on voit que ces limites ne sont pas beaucoup plus étendues que celles d'une dilatation cardiaque, et, s'il n'avait pas suivi la marche de l'affection, M. Rendu aurait peut-être hésité à plonger un trocart dans le péricarde. Au lieu de faire la ponction au lieu d'élection classique, et pensant qu'en ce point on court le risque de blesser les vaisseaux mammaires, ou le cœur, ou la plèvre, suivant les cas, il a choisi un point situé à 5 centimètres au-dessous du mamelon et à 8 centimètres à gauche de l'axe du sternum, c'est-à-dire un point situé un peu au-dessous de la pointe du cœur. Il pense qu'en agissant ainsi on peut avoir plus de sécurité, car, la pointe du cœur étant la portion la plus mobile, sera refoulée par l'épanchement et ne pourra se rencontrer sous le trocart; il avait d'ailleurs observé chez son malade un abaissement de 2 centimètres de la ligne supérieure de sonorité stomacale, ce qui prouve bien que le diaphragme était déprimé par le liquide péricardique au-dessous de la pointe du cœur. La ponction donna issue à 950 grammes d'un liquide citrin, et procura au malade un soulagement considérable. La convalescence ne fut d'ailleurs entravée que par une congestion pulmonaire du côté gauche, suite immédiate de la décompression du viscère, et par une légère pleurésie du même côté, survenue le 15 décembre, et aujourd'hui presque entièrement disparue. Les bruits du cœur sont encore un peu sourds, le pouls petit, fréquent; il y a, sans doute, un certain degré de symphyse cardiaque, mais le résultat de la ponction n'en est pas moins fort intéressant.

M. *Laboulbène* soigne en ce moment dans son service un malade qui a présenté une pleurésie gauche en même temps que de la péricardite avec épanchement. Le liquide pleural est disparu, mais la matité précordiale persiste; il serait heureux d'avoir l'avis de M. Rendu sur ce malade, d'autant mieux que Peter ne croit pas, dans ce cas, à un épanchement péricardique, au moins considérable. On constate quelques battements à l'épigastre qui semblent disparaître quand le malade se penche fortement en avant.

M. *Rendu* pense qu'il est bien difficile de se prononcer si l'on n'a pas suivi la marche de l'affection. Le diagnostic de l'épanchement péricardique est des plus difficiles; combien de fois, à l'autopsie, trouve-t-on du liquide en notable quantité dans le péricarde, alors que pendant la vie on n'avait pu en reconnaître la présence. Roger lui-même n'a-t-il pas enfoncé un trocart dans un cœur droit dilaté, croyant ponctionner un épanchement dans la séreuse : son malade, d'ailleurs, n'a éprouvé aucun accident fâcheux.

M. *C. Paul* croit, en effet, que la ponction du péricarde est difficile et périlleuse. Il est d'avis que le point le meilleur pour enfoncer le trocart est l'angle inférieur gauche du triangle formé par le péricarde et le diaphragme, c'est-à-dire ce petit espace qui est en dehors de la pointe du cœur et qui devient plus considérable lors d'épanchement. Il ne peut admettre qu'il y ait une couche de liquide entre le cœur et le péricarde; toujours le cœur tombe à la partie la plus déclive de la séreuse, il ne surnage point.

M. *Rendu* n'est pas de cet avis; l'épanchement abaisse le diaphragme, et l'on peut passer avec le trocart sous la pointe du cœur sans léser le centre phrénique.

M. *Bucquoy* se rattache à l'opinion de M. Rendu; il fait observer que le cœur ne peut tomber au fond du liquide si le diaphragme est déprimé, puisqu'il est retenu par les gros vaisseaux de la base et les attaches supérieures du péricarde.

— M. *Grancher* répond aux objections que lui a adressées M. Féréol au sujet de sa communication sur *le tympanisme sous-claviculaire dans la pleurésie*. Sur le premier point, il se déclare en complet désaccord avec M. Féréol; il ne peut admettre qu'il soit préférable de rechercher les signes de tuberculose au sommet du côté opposé à la pleurésie. Il s'agit, dans les cas dont il a parlé, de tuberculose absolument au début, chez des malades jusque-là bien portants et atteints tout à coup d'une pleurésie aiguë; le mode d'examen classique, défendu par M. Féréol, ne fournira dès lors aucun renseignement, tandis que la recherche des signes qu'il a lui-même signalés au sommet, du côté de la pleurésie, permettra de se rendre compte de l'état d'intégrité plus ou moins complète du poumon. Si l'on a affaire à des tuberculeux avec lésions bilatérales nettes, l'examen du côté opposé sera parfaitement indiqué. Quant à la question de l'arrêt, déterminé par la compression résultant de l'épanchement, dans l'évolution des tubercules pulmonaires, il ne possède pas sur ce point de documents suffisants pour juger la question. Enfin, il est bien évident que si les vibrations vocales ne peuvent, chez certaines femmes, être perçues à la palpation, on devra recourir aux renseignements que fournira l'oreille, bien que ceux-ci soient, en général, trop complexes; mais, dans tous les autres cas, il préfère de beaucoup la main, qui permettra d'apprécier plus nettement l'intensité vibratoire. Il accorde volontiers que les trois catégories qu'il a proposées sont trop absolues si l'on veut y voir la représentation exacte et mathématique des faits; mais il n'en est plus ainsi lorsqu'on les considère comme des types choisis pour servir de cadre à un groupement plus complet. Dans le premier schéma, le signe +, qui représente l'intensité respiratoire, indique une respiration supplémentaire, mais moelleuse; si elle était, au contraire, plus forte, mais rude, basse, modifiée dans son rhythme ou accompagnée de râles, elle aurait une tout autre valeur pour le diagnostic. Même avec cette restriction, un tubercule ne peut-il se dissimuler dans la profondeur du parenchyme? Sans doute, si M. Féréol entend par là un vieux tubercule crétacé, mais non pas s'il s'agit de tubercules en voie d'évolution, s'accompagnant de congestion du tissu pulmonaire. Dans le second schéma, qui soulève moins d'objections, il faut seulement bien comprendre la valeur du terme *respiration* —; on doit entendre par là une respiration affaiblie, ou rude avec timbre tantôt bas, tantôt élevé, en un mot une respiration *anomale*. Quant au troisième schéma, il est peut-être plus difficile d'en défendre absolument les deux modes d'interprétation clinique. Si la compression des grosses bronches semble nettement indiquée dans bien des cas, lorsque l'on constate le troisième groupement des signes adoptés, il est moins certain que l'on puisse également en déduire l'existence de l'œdème pulmonaire. D'autres faits pathologiques plus complexes viendront, sans doute, se ranger dans cette catégorie schématique encore incomplète.

M. *Féréol* pense ne pas devoir pousser plus avant une discussion qui ne porterait désormais que sur quelques points de détail. Il constate que les explications fournies par M. Grancher tendent à supprimer ce qu'il y avait de trop absolu, de trop dogmatique dans sa première communication. Les trois catégories schématiques, dont la seconde reste définitivement la mieux établie, ne sont qu'un cadre dans lequel viendront se ranger des faits plus complexes; le protocole est ouvert aux observations de l'avenir. Dès lors, M. Féréol n'a plus d'objection fondamentale à soutenir; il reste néanmoins convaincu que, derrière les trois signes + du premier schéma, peut se dissimuler quelque lésion pulmonaire tuberculeuse profonde en voie d'évolution, et non pas seulement un tubercule crétacé, sans importance pour le pronostic. Il persiste également à affirmer la très grande utilité de l'examen minutieux du sommet opposé à la pleurésie, précisément dans les cas envisagés par M. Grancher, de tuberculose au début; il est bien certain que, s'il existait des craquements ou des signes cavitaires, le diagnostic n'offrirait aucune difficulté, et que l'hésitation ne serait pas permise. Du côté de la pleurésie, les

lésions tuberculeuses semblent, au contraire, évoluer moins rapidement, ne se révéler que plus tardivement par des signes appréciables, et permettre une erreur d'interprétation plus facile ou de plus longue durée. M. Féréol a maintes fois observé ce fait dans sa pratique. Il croit aussi, contrairement à M. Grancher, que, pour se rendre compte des vibrations vocales, l'oreille est loin d'être un instrument plus grossier et moins délicat que la main; si cette dernière fournit parfois, du moins chez les hommes, des résultats plus nets, c'est précisément qu'elle apprécie moins bien les nuances plus fines et plus complexes.

— A cinq heures et quart la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Statistique : épidémie de tétanos. — Manœuvres de réduction appliquées aux traumatismes du rachis. — Réduction des luxations anciennes de l'épaule. — De l'arrachement du nerf sous-orbitaire. — Gangrène foudroyante; traitement par le fer rouge; guérison. — De la réunion immédiate des tissus divisés par le thermo-cautère. — Présentation de malades. — Présentation de pièces.

M. *Monod*. M. Després est venu défendre les anciens pansements en donnant à l'appui de ses opinions la statistique de son service pendant une année; il y a dix-neuf ans que M. Després est chirurgien des hôpitaux, pourquoi ne donne-t-il pas la statistique de toute sa carrière chirurgicale? Dans le livre de Pitha et Billroth, à propos des amputations, Max Schede a dressé une statistique des opérations faites avec les précautions antiseptiques, et une autre statistique d'opérations faites sans la méthode antiseptique. Sur 321 opérations avec pansement de Lister, on a 17 pour 100 de morts; 377 opérations faites sans les précautions antiseptiques donnent 38 pour 100 de décès. On voit que la mortalité est moindre quand les chirurgiens emploient la méthode antiseptique.

M. *Després* a déjà donné sa statistique de l'hôpital Cochin au moment de la discussion sur le pansement de Lister. En outre, il a publié dans la *Gazette des hôpitaux* la statistique intégrale de ses opérations de hernies étranglées.

M. *Th. Anger* fait à l'hôpital Cochin des pansements à l'alcool ou à l'acide phénique; en 1881, sur 1173 malades, il a eu 28 morts; 4 malades sont morts du tétanos presque au même moment : c'était une petite épidémie. Etant prosecteur à Clamart, M. Anger a vu deux chevaux mourir du tétanos; dans la même écurie se trouvaient une chienne et six petits chiens qui moururent également du tétanos.

M. *Després*. Il faudrait savoir quelles sont les conditions particulières qui ont rendu la statistique de M. Anger si bonne; il n'a peut-être pas eu de cancéreux, de tuberculeux, de sujets morts en entrant à l'hôpital. M. Després ne demande à établir que ceci : avec les anciennes méthodes de pansement on obtient les mêmes résultats qu'avec le pansement de Lister.

M. *M. Sée* croit avoir remarqué aussi qu'à l'hôpital Cochin le tétanos est plus fréquent que dans les autres hôpitaux.

M. *Verneuil*. Du temps de nos anciens maîtres, il y avait une maladie terrible, la pyohémie, qui a disparu depuis l'application de la méthode de Lister. Depuis l'emploi de la méthode antiseptique, M. Verneuil a une statistique de 28 grandes amputations et pas un décès; la pyohémie a réellement disparu.

M. *Terrier*. Au point de vue vétérinaire, on observe dans les haras de véritables épidémies de tétanos (traumatique); les animaux auxquels on fait la castration à sept heures du matin sont promenés toute la journée à travers les rues ou les prés; on comprend qu'ils meurent du tétanos. Les malades de Cochin ont probablement été soumis à l'action du froid, cause du tétanos. A Clamart, le froid a probablement aussi développé le tétanos chez les chevaux; mais, chez les chiens, le fait est rare et peu explicable.

— M. *Dubreuil* (de Montpellier) est nommé membre honoraire de la Société de chirurgie.

— M. *Guermonprez* (de Lille) lit un travail sur les manœuvres de réduction appliquées aux traumatismes du rachis.

— M. *Polaillon* lit un mémoire sur la section sous-cutanée des brides fibreuses pour la réduction des luxations anciennes de l'épaule.

Pour détruire ces adhérences, on pratique des mouvements ou des tractions; si les adhérences résistent, on les déclare invincibles, et la luxation est dite irréductible. N'y a-t-il plus rien à tenter? Sans parler des sections à ciel ouvert ou des fractures du col huméral, on peut songer à la section sous-cutanée.

Pour l'épaule, deux ou trois chirurgiens ont tenté ces sections. En 1829, Reinold aurait divisé le tendon du grand pectoral. Dans une luxation datant de deux ans, la tête étant près de la clavicule et le bras presque immobile, Dieffenbach fit faire l'extension et la contre-extension; il divisa le grand pectoral, le grand dorsal, le grand et le petit rond; puis il divisa la capsule nouvelle, et put réduire; les mouvements reparurent (*Traité des luxations* de Malgaigne). En 1852, Georges Simon, avec des tractions et la ténotomie, put réduire une luxation ancienne. Malgaigne dit que l'obstacle vient du ligament coraco-huméral, et en conseille la section, mais il ne l'a pas pratiquée. La ténotomie sous-cutanée a permis à M. Polaillon de réduire une luxation ancienne de l'épaule.

Un homme de vingt-quatre ans s'était luxé l'épaule vers le 15 août 1881; il entra à l'hôpital le 15 décembre. Des tractions furent exercées jusqu'à 115 kilogrammes. La luxation, qui était intra-coracoïdienne, devint sous-coracoïdienne. Le 28, M. Polaillon fait une ponction à la peau, et traverse le deltoïde avec un ténotome boutonné, pour couper tous les tissus fibreux; une autre ténotomie est faite en arrière de l'épaule; réduction facile de la luxation. Dans les jours suivants, électricité, massages, bains sulfureux. Le 7 février 1882, l'épaule a repris sa forme normale. Le malade a été présenté à la Société dans la précédente séance.

Lorsqu'une luxation ancienne a résisté à une traction de 150 kilogrammes, sous l'influence du chloroforme, il faut faire la section sous-cutanée des adhérences avec les précautions antiseptiques. Le ténotome sera introduit d'abord à la partie supérieure du deltoïde, puis en arrière de ce muscle, pour couper les tissus fibreux. Au bout de deux ou trois jours, on renouvellera les tractions, et, si l'on ne réussit pas, on déclarera la luxation irréductible.

— M. *Blum* lit un travail sur l'arrachement du nerf sous-orbitaire.

— M. *Humbert* lit une observation de gangrène foudroyante; traitement par le cautère actuel; guérison.

— M. *Reclus* lit un mémoire sur la réunion immédiate des tissus divisés par le thermocautère.

— M. *Berger* présente un homme auquel il a enlevé, il y a un an, un épithélioma du plancher de la bouche, avec les glandes sous-maxillaires et sublinguales; la guérison paraît se maintenir.

M. Berger présente un amputé de jambe qui avait une cicatrice adhérente ulcérée; M. Berger a pris un lambeau sur l'autre jambe, à laquelle il restait uni par un pédicule; au bout de vingt-trois jours, section de ce pédicule; l'autoplastie a réussi.

— M. *Th. Anger* présente une sorte d'éléphantiasis enlevé sur la jambe d'une petite fille de quinze mois; cette tumeur était congénitale.

L. Leroy.

Société de biologie.

Séance du 18 février 1882. — Présidence de M. Paul Bert.

Reproductions photographiques pour projection des graphiques et des coupes d'embryons : M. Laborde. — Lésions nerveuses périphériques primitives dans les plaques d'analgésie des ataxiques : M. Déjerine. — Discussion : M. Poncet (de Cluny). — Production directe d'insuffisances tricuspidienne, aortique et mitrale; survie des animaux; examen des troubles circulatoires, fonctionnels, etc. M. François-Franck. — Appareil clinique pour l'étude et l'inscription du pouls veineux (sphygmographe veineux) : M. François-Franck. — Évolution des dents chez la baleine : MM. Pouchet et Chabry. — Bruit de crépitation normal du genou : M. Secrétan.

M. *Laborde* présente des clichés photographiques obtenus d'après les plaques de verre enfumé sur lesquelles ont été recueillis directement les graphiques de mouvements divers, pendant les expériences. Ces clichés ont l'avantage de constituer une collection toute faite pour les démonstrations par projections. Ils servent aussi à fournir des épreuves sur bois ou sur pierre de façon à éviter autantque possible l'intervention du graveur dans les reproductions destinées aux publications. M. Laborde également montre les photographies d'une série d'embryons de diver âges grandis à la lumière électrique.

Ces résultats, très avantageux, ont été obtenus par M. Escudier, sous la direction de M. Laborde.

— M. *Déjerine*, poursuivant ses recherches sur les lésions nerveuses périphériques primitives, expose le résultat des examens qu'il a pratiqués chez des ataxiques ayant des zones d'analgésie complète. Il a trouvé dans ces conditions des altérations des nerfs cutanés sans relations de continuité avec les altérations des racines postérieures : en effet, dans une autopsie très minutieuse, on a trouvé altérée la racine postérieure en deçà du ganglion et intact le segment de racine qui est situé au delà du ganglion, avant le point de jonction de la racine antérieure. M. Déjerine émet, à ce propos, l'hypothèse que les lésions du nerf optique chez les ataxiques sont, elles aussi, des lésions périphériques primitives.

—M. *Poncet :* L'examen histologique du nerf optique et de la rétine éloigne l'idée d'une lésion périphérique, comme aussi celle d'une sclérose primitive et prouve que l'origine de la cécité des ataxiques est dans une lésion centrale.

Sur un malade mort à Bicêtre, dans le service de M. Debove, les lésions suivantes ont été reconnues dans une cécité ataxique remontant à dix ans.

La portion cérébrale du nerf optique présentait une dégénérescence graisseuse complète : vésicules incolores, granulations, sans hypertrophie notable, de la névroglie ou des prolongements de l'enveloppe, ni multiplication des cellules de la névroglie.

Dans la portion orbitaire, le nerf optique offrait au même degré cette dégénérescence granulo-graisseuse; mais alors les prolongements fibreux de la gaine piale s'étaient hypertrophiés : il existait une sclérose péri-vasculaire. Les cellules de la névroglie, les fibres de ce tissu ne présentaient pas d'hypertrophie propre. En somme, la sclérose était plutôt relative que réelle; elle était due au tassement connectif après dégénérescence de la partie nerveuse.

Dans la rétine, les fibres du nerf optique et les cellules ganglionnaires étaient détruites; le plexus cérébral un peu altéré (couche moléculaire interne). Toutes les autres couches externes : cellules unipolaires et bipolaires, plexus basal; cellules nerveuses, cônes (classification de Ranvier), étaient saines.

M. Poncet confirme donc la description qu'il a donnée en 1879 (*Atlas des maladies profondes de l'œil*, Perrin et Poncet, pl. XXXIV, G. Masson, Paris, 1879) et rattache la cécité et l'atrophie optique chez les ataxiques à une origine nerveuse centrale, à une lésion parenchymateuse primitive.

— M. *François-Franck* soumet à la Société les résultats de ses expériences sur la production directe d'insuffisances valvulaires du cœur par *section* intra-cardiaque des valvules et de leurs cordages tendineux; les animaux opérés, survivant grâce à certaines précautions opératoires et aux soins consécutifs, présentent, à partir du moment où les lésions sont constituées, les troubles circulatoires directement liés aux altérations valvulaires et qu'il est facile d'étudier à loisir, en les suivant jour par jour, avec les nombreux procédés d'investigation dont on dispose. Mais ces recherches ont un autre but qui sera jugé peut-être plus important : l'auteur se propose de chercher à déterminer la nature et le mode de production des lésions secondaires qui peuvent survenir dans les organes et dans le tissu cardiaque lui-même, comme conséquence des perturbations de la circulation ayant leur origine dans des lésions valvulaires pures et bien déterminées. Grâce à la survie des animaux, cette catégorie de recherches pourra être poursuivie longtemps et à des périodes successives à partir du moment où les lésions auront été produites.

Jusqu'ici M. François-Franck a obtenu des insuffisances tricuspidiennes plus ou moins larges, des insuffisances aortiques dues à la section d'une, de deux et des trois valvules sigmoïdes et des insuffisances mitrales; mais il n'a point encore réussi à déterminer ces dernières lésions sans produire d'insuffisance aortique; il croit cependant qu'il sera facile d'y arriver en modifiant un peu les instruments.

Toutes les lésions auriculo-ventriculaires sont obtenues en introduisant dans les cavités cardiaques un polypotome à lame cachée, à l'aide duquel on accroche, soit les cordages tendineux, soit le bord libre des valvules et dont on démasque la lame quand on a la certitude d'avoir rencontré la portion à sectionner. L'opération est extrêmement facile pour la valvule tricuspide : M. François-Franck montre un chien ainsi opéré qui présente un souffle systolique intense avec pouls jugulaire par reflux, un frémissement vibratoire énergique limité au côté droit du cœur et une série d'autres phénomènes sur lesquels il reviendra plus tard. Il est plus difficile de produire l'insuffisance mitrale pure, sans insuffisance aortique, parce que l'introduction de l'instrument dans le ventricule gauche a toujours entraîné jusqu'ici la déchirure de l'une des valvules de l'aorte. Quant aux insuffisances aortiques, elles sont produites avec un uréthrotome à lame articulée.

L'auteur a renoncé aux tentatives d'arrachement des valvules auriculo-ventriculaires et de déchirure par enfoncement des valvules sigmoïdes de l'aorte, ayant eu, dans l'un et l'autre cas, des accidents de dilacération des parois incompatibles avec la survie des animaux.

— M. *François-Franck* montre à la Société les appareils qu'il a employés pour toutes ses recherches sur le pouls veineux jugulaire chez l'homme et chez les animaux. L'explorateur se compose d'une petite cuvette métallique sur le modèle des tambours à air de M. Marey, et dont la membrane est en caoutchouc soufflé, sans résistance aucune. Cette membrane supporte une tige articulée terminée par une petite plaque ou une serre-fine suivant le cas, et dont le poids sert à tendre la membrane. On soutient le petit explorateur et on lui donne toutes les positions voulues, grâce à une tige articulée qui est elle-même fixée dans un support en forme de petit coussin. Le coussin étant glissé sous le cou du sujet, on se trouve avoir ainsi un appareil fixe à l'application duquel la main reste complètement étrangère; sur le même pied, on

peut appliquer de la même manière un appareil explorateur de M. Marey pour le pouls carotidien. Les courbes sont recueillies à distance par un tambour à levier de petite capacité, muni lui aussi d'une membrane sans résistance. Quant à l'appareil, il se démonte et se replie en formant une sorte de boîte qui est disposée de façon à être contenue dans le polygraphe clinique de M. Marey. On pourrait appeler cet appareil complet le *sphygmographe veineux*. (On trouvera le dessin de l'appareil dans l'article d'ensemble que publiera la *Gazette* dans ses prochains numéros.)

— M. *Pouchet* a pu étudier, avec M. *Chabry*, un point fort contesté relatif à l'évolution des dents chez la baleine. Il a rapporté de son voyage en Laponie des fœtus de 30, 90, 120 centimètres de longueur sur lesquels il a pu suivre les transformations de l'organe adamantin et celles de la dentine. Il a constaté tout d'abord que l'organe adamantin n'est pas clos et s'est ouvert par sa partie supérieure, ne laissant sur le côté de la dent que les débris de sa couche externe qui a comme éclaté. Plus tard, sur des fœtus de 90 centimètres, on trouve les dents profondément cachées et coiffées d'un chapeau de dentine dépourvue de canalicules à ce moment. La couche interne de l'organe adamantin paraît sur le point de céder à son tour. On ne rencontre pas de couche d'émail, ce qui semblerait devoir faire admettre que la production de l'émail est liée à l'intégrité de l'organe adamantin. A une période plus avancée, on trouve la dentine criblée d'orifices à travers lesquels le tissu de la pulpe est mis en rapport par des vaisseaux et des nerfs avec le tissu lamineux qui enveloppe la dent.

— M. *Secrétan* expose ses recherches sur l'existence d'un bruit de crépitation normal dans l'articulation du genou et insiste sur la confusion qu'on pourrait commettre en attribuant aux altérations de la synoviale ce phénomène qui existe physiologiquement.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies de l'oreille, par le docteur V. Urbantschitsch, privat-docent à l'Université de Vienne, traduit et annoté par le docteur R. Calmettes. 1 vol. in-8° de 450 pages, avec figures. — 1881. G. Masson.

L'Ecole de Vienne brillait autrefois par l'éclat de ses doctrines humorales : aujourd'hui, c'est par la culture de ce que nous appelons en France *les spécialités*. Nulle part ailleurs on ne les tient autant en honneur; nulle part on ne les enseigne d'une façon aussi pratique et aussi complète. L'étranger qui visite l'Université, s'étonne de voir installés à l'Hôpital général ces services spéciaux côte à côte avec les services ordinaires et vivant en bonne harmonie avec eux; il peut constater les bons résultats obtenus par cette alliance. L'étudiant passe naturellement d'une clinique générale à une clinique spéciale; il consacre sa matinée à la chirurgie et à l'ophthalmologie, à la médecine et à la laryngologie, et ainsi il maintient aisément au même niveau toutes les parties de son petit bagage scientifique. C'est parce qu'il y a tant de spécialités à Vienne qu'il y a si peu de *spécialistes* en Autriche.

Rien de plus naturel d'ailleurs que cet amour, ou, si l'on veut, cet engouement pour les spécialités. C'est à Vienne que la plupart d'entre elles ont pris naissance. Toutes y ont pris pied, et c'est par les professeurs de cette École que s'est faite leur vulgarisation. C'est ainsi que l'otologie y compte les noms de Gruber et de Politzer.

Le livre d'Urbantschitsch jouit d'une excellente réputation dans ce milieu éminemment compétent. C'est qu'il est écrit par un homme qui a consacré bon nombre d'années à l'enseignement, et qui s'y est adonné de tout cœur, qui a compris qu'il fallait aux étudiants un livre en même temps court et complet, clair et substantiel. Aussi a-t-il élagué toutes les inutilités, tout ce qui (après expérience) s'est trouvé être du hors d'œuvre, et ce *compendium*, qui embrasse toute l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'organe de l'ouïe, ne compte pas plus de 450 pages!

En choisissant parmi les nombreuses publications étrangères ce modeste livre, pour en faire bénéficier les lecteurs français, on peut dire que M. Calmettes a eu la main heureuse. La traduction elle-même paraît au moment opportun. En effet, l'otologie continue à être assez négligée dans notre pays, qui est cependant la patrie d'Itard. Lorsque M. le professeur Duplay fit paraître, dans son *Traité de pathologie externe*, en 1873, le seul ouvrage classique que nous possédions sur les maladies de l'oreille, il disait : « Il est temps de voir cesser cette sorte d'indifférence que l'on professait autrefois pour les études otologiques, et les maladies de l'oreille doivent être aujourd'hui, de la part d'un chirurgien instruit, l'objet d'une attention aussi sérieuse que les maladies de tout autre organe. » Depuis lors il y a eu des tentatives méritoires de réaction contre l'indifférence générale signalée par M. Duplay, mais la marche est bien lente. Et cependant des progrès immenses s'accomplissent à l'étranger : le diagnostic se raffine, l'anatomie pathologique est créée, de nouvelles méthodes de thérapeutique font leur apparition. Il semble qu'aujourd'hui le moment soit venu pour la France de participer au mouvement général de l'Europe, et pour cela un résumé complet, exact et clair de l'état de la science, comme celui que nous offre Calmettes, doit être le bienvenu.

L'ouvrage est divisé en sept chapitres, comprenant chaque fois l'anatomie, la physiologie et la pathologie du pavillon de l'oreille, du conduit auditif externe, de la membrane tympanique, de la trompe d'Eustache (nez et pharynx nasal), de la caisse du tympan, de la portion mastoïdienne et de l'oreille interne. Cette division, strictement anatomique, est peu familière au lecteur français, qui a l'habitude de trouver dans les livres classiques un mélange des classifications anatomique et étiologique; à côté des maladies de l'oreille externe et de l'oreille interne, la syphilis, le tubercule, le cancer de l'oreille, etc. Elle a l'avantage de favoriser l'ordre et la méthode dans l'exposition. Les préliminaires sont consacrés à l'exploration de l'organe de l'ouïe et à quelques considérations de thérapeutique générale; une annexe s'occupe de l'organe de l'ouïe au point de vue médico-légal et des assurances sur la vie.

Les pages, assez nombreuses, consacrées à l'exploration sont manifestement la partie capitale du livre. On sent, en les lisant, l'œuvre du maître, constamment préoccupé d'épargner aux élèves les difficultés et les tâtonnements, et de ne recommander, parmi tant de procédés délicats, que ceux qui ont été trouvés pratiques et utiles au crible de la clinique. Ainsi l'instrument massif de Brunton n'est pas même cité. La thérapeutique générale est traitée d'une façon magistrale; elle est digne de l'École de Vienne, où l'étude minutieuse des indications des divers agents thérapeutiques et de leur mode d'action a été poussée à l'extrême.

Il nous est impossible de passer en revue tout ce que contient ce volume, destiné à devenir rapidement classique; il suffit d'en avoir montré le caractère général et d'avoir indiqué les chapitres qui en sont en quelque sorte la synthèse. Signalons cependant un article des plus remarquables sur la *tympanite* (mot assez mal choisi qui correspond à l'inflammation de la caisse du tympan) *aiguë et chronique*, et spécialement sur ses suites. Le diagnostic différentiel de la méningite consécutive, de l'abcès du cerveau, de la phlébite et de la thrombose des sinus, est étudié dans ses moindres détails. On peut même arriver à reconnaître le sinus où siège la maladie, d'après les symptômes observés. Pour l'otite moyenne suppurée, granuleuse, la meilleure méthode de traitement est celle de Schwartze par les solutions concentrées de nitrate d'argent. Ce traitement est assez méticuleux,

mais donne d'excellents résultats d'après le traducteur, qui recommande aussi beaucoup les insufflations d'acide borique pulvérisé. Tout le traitement des otorrhées, y compris l'excision et la destruction des polypes, est essentiellement pratique et en partie nouveau.

Nous pouvons signaler encore les pages consacrées à la pathologie de l'oreille interne, cette partie si difficile et si obscure de l'otologie, qui reste obscure encore malgré les efforts de l'auteur; mais on peut dire qu'il a fait tout son possible pour jeter un peu de clarté dans ces difficiles questions. Le syndrome de Ménière est étudié dans tous ses détails.

La traduction est facile et élégante, enrichie de notes sobres portant généralement sur des détails de pratique. L'exécution typographique ne laisse rien à désirer.

C. Zuber.

VARIÉTÉS

Les crèches et l'encombrement des hopitaux.

La lecture du rapport de M. le docteur Besnier sur les maladies régnantes a suscité dans l'une des dernières séances de la Société des hôpitaux, quelques discussions intéressantes et sur lequelles il nous paraît utile d'appeler plus spécialement l'attention. Nous voulons aujourd'hui insister principalement sur deux points: l'état actuel des crèches dans les hôpitaux et l'encombrement des services.

On sait que dans presque tous les hôpitaux existe un service de crèche où les mères sont admises avec leurs enfants âgés de moins de deux ans; au-dessous de cet âge, les enfants n'étaient point reçus dans les deux grands hôpitaux spécialement consacrés aux maladies infantiles: l'Enfant-Jésus et Sainte-Eugénie. Tantôt c'est la mère qui est malade; tantôt il s'agit du nourrisson ou des deux à la fois. Dans ces services fort utiles et fort intéressants on peut observer toutes les maladies des nourrices et toutes celles qui atteignent l'enfant dans son premier âge. Dans la grande majorité des cas, les petits malades auxquels on a affaire sont atteints de ces affections variées dans leur forme, mais ayant une origine commune et que M. Parrot a réunies si justement sous la dénomination universellement acceptée d'*athrepsie*. Tantôt la nourriture a été insuffisante; tantôt elle a été mal dirigée, composée d'aliments impropres à l'assimilation. Le plus souvent les deux causes se réunissent pour produire ces dyspepsies invétérées, rebelles, correspondant à des lésions gastro-intestinales multiples et qui enlèvent un si grand nombre d'enfants. On comprend facilement le rôle dominant qui appartient aux soins hygiéniques, aux influences de milieu, au régime dans de pareils services. L'administration s'est préoccupée tout d'abord de fournir à tous ces petits êtres un aliment convenable, et le lait qu'elle livre pour le service des crèches est certainement le meilleur qu'on puisse obtenir à Paris. Ce lait, malgré son prix élevé, est fourni en abondance. Un litre est affecté en moyenne à chaque nourrisson. Cette quantité est plus que suffisante. Malheureusement les crèches laissent beaucoup à désirer sous d'autres rapports et ce sont ces desiderata que nous devons surtout signaler.

Tout d'abord le lait doit être donné à l'enfant à une température convenable et se rapprochant de 37 degrés centigrades. Il est donc indispensable que chaque crèche soit munie d'un appareil de chauffage particulier, d'un bain-marie qui permette de chauffer convenablement les biberons. Dans certaines crèches, dans celles de l'hôpital Necker en particulier, ces appareils n'existent pas. Bien plus, pour l'une d'elles, la cuisine qui dessert en même temps les salles d'adultes est placée à l'autre bout du bâtiment. Il en résulte que les mères donnent souvent aux enfants des biberons remplis de lait refroidi, ce que nous avons maintes fois constaté. Cet éloignement de la cuisine a un autre inconvénient non moins grave. Il rend l'usage des bains à peu près impossible. Quand il faut installer une petite baignoire à côté des lits, transporter à travers plusieurs salles l'eau nécessaire, le bain devient toute une affaire. Nouvel embarras quand il s'agit d'avoir le linge chaud nécessaire pour recevoir l'enfant au sortir du bain. La température de la salle n'est pas suffisamment élevée pour le garantir sûrement de tout refroidissement. C'est à l'*user* que tous ces petits inconvénients se révèlent. On se fatigue de ces difficultés sans cesse renouvelées et les bains ne sont donnés qu'à titre d'exception, tandis qu'ils doivent figurer comme élément capital dans l'hygiène infantile. On voit donc que pour établir une crèche il ne suffit pas d'avoir une salle plus ou moins aérée; il faut que cette salle ait une annexe où puisse se faire la petite cuisine de l'enfant, où les bains puissent être préparés et convenablement donnés. Il importe de munir ces annexes d'une glacière, indispensable pour conserver le lait pendant l'été. Il est nécessaire qu'une salle d'isolement soit affectée aux enfants atteints de maladies contagieuses. Nous avons eu pendant tout un été une épidémie d'ophthalmie purulente qui pendant plusieurs mois a sévi sur la plupart des enfants amenés à notre crèche, malgré les précautions, incomplètes d'ailleurs, que nous pouvions prendre. En cas de diphthérie, ces dangers sont encore bien plus sérieux et la nécessité d'un isolement efficace s'impose d'une façon absolue. De même pour les fièvres éruptives.

Enfin, un point important et qui laisse beaucoup à désirer est relatif à la surveillance de la crèche. Dans les hôpitaux munis de crèches importantes, une surveillante spéciale est attachée à chaque crèche. A Necker, trois salles de six à huit lits chacune avec autant de berceaux composent le service. Ces salles, appartenant à des services différents sont très éloignées l'une de l'autre. L'une d'elles est voisine d'un service de chirurgie, et sa surveillance est confiée à la sœur de ce service qui ne peut naturellement s'en occuper qu'accessoirement, souvent à l'heure des visites; l'autre est réunie à des services de médecine assez considérables pour absorber tous les moments dont la religieuse peut disposer. Il y aurait évidemment tout avantage à réunir ces deux crèches (comme elles l'étaient d'ailleurs autrefois), à en former un service spécial auquel serait affectée une surveillante qui n'aurait pas d'autre emploi et prendrait peu à peu l'habitude de ce service qui exige certaines aptitudes particulières, de la fermeté et de l'initiative. La salle consacrée à cette crèche pourrait être convenablement aménagée aux différents points de vue que nous avons signalés.

En résumé, les crèches ne sauraient, sans inconvénients, constituer de simples annexes aux services ordinaires. On doit les considérer comme un service à part, ayant une installation spéciale, un personnel particulier, une installation tout à fait indépendante. L'isolement des enfants atteints de maladies contagieuses s'impose absolument.

Nous espérons que cette appréciation des réformes à opérer dans le service des crèches, principalement de celles de l'hôpital Necker, sera favorablement accueillie par l'administration et que des mesures seront prochainement prises pour répondre aux desiderata que nous avons signalés.

Nous avons à parler en second lieu de l'encombrement actuel des hôpitaux. Cet encombrement s'observe d'une façon régulière à cette époque de l'année. Mais il prend chaque jour des proportions croissantes et persiste maintenant pendant l'année entière. C'est par centaines que les brancards ou lits supplémentaires se comptent dans plusieurs hôpitaux. Les brancards mêmes font quelquefois défaut et nous avons vu à Necker des malades installés sur des matelas adossés au pied des lits occupés, ou formant avec les lits de sangle une troisième rangée dans toute la longueur des salles. Le médecin doit s'accroupir auprès de ces malades, se mettre à genoux pour les ausculter. Que devient l'hygiène des salles dans de pareilles conditions? Malgré tout, les malades affluent

aux consultations de l'hôpital et ne sont admis que dans une proportion insuffisante. La véritable cause de ces encombrements permanents est due au séjour prolongé des chroniques dont l'évacuation devient de plus en plus difficile; les services qui leur étaient primitivement destinés regorgeant eux-mêmes de malades. Ces pauvres gens, une fois admis, et après un soulagement passager dû au repos, à la chaleur, à la nourriture, retombent bientôt dans leur état habituel et voilà des lits occupés pour plusieurs mois, les évacuations sur les hospices se faisant avec une lenteur désespérante.

Un pareil état de choses ne peut se prolonger indéfiniment. Il faudra bien aviser quelque jour et reconnaître que les secours hospitaliers ne répondent plus aux besoins d'une population croissante. L'Assistance publique ne peut y suffire avec les ressources habituelles de son budget. La question vaudrait assurément d'être portée devant les Chambres; une enquête sérieuse serait instituée et en présence de tant de besoins, des crédits seraient ouverts pour prendre les mesures nécessaires.

L'assistance très élargie et mieux organisée des malades à domicile; la création en dehors de la ville d'hospices d'enfants, de chroniques, d'incurables, l'hivernage des phthisiques dans des stations méridionales permettraient de restreindre considérablement la clientèle habituelle de nos hôpitaux. Ce ne sont là que des indications sommaires. Il suffirait qu'une enquête eût lieu; les propositions et les projets ne feront pas défaut.

FACULTÉ DE MÉDECINE. CHAIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dans sa séance d'aujourd'hui, 2 mars, l'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine de Paris a émis les votes suivants au sujet de la présentation qu'elle était appelée à dresser pour la chaire vacante d'anatomie pathologique : votants, 30. Pour la première place : M. Cornil, 16 voix; M. Hayem, 14. — Pour la seconde place : M. Lancereaux, 16 voix; M. Grancher, 13; M. Hayem, 1. — Pour la troisième place : M. Grancher, 29 voix et 1 billet blanc.

La Faculté était au grand complet, à l'exception de trois de ses membres : MM. Wurtz, G. Sée et Hayem.

La liste de présentation est donc ainsi établie : 1° M. Cornil; 2° M. Lancereaux; 3° M. Grancher.

L'assemblée des actionnaires de l'*Union médicale*, dans sa séance du 24 février dernier, a été unanime pour choisir comme rédacteur en chef de ce journal M. le docteur G. Richelot, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté de Paris. Après avoir accepté la démission de M. Amédée Latour que la maladie oblige à résigner les fonctions qu'il avait remplies avec tant de distinction pendant 35 années consécutives, l'assemblée des actionnaires ne pouvait désigner un rédacteur en chef plus digne et plus capable que notre distingué confrère.

PRIX DE LA FACULTÉ. — La Faculté de médecine de Paris vient de décerner les récompenses suivantes aux docteurs en médecine qui ont subi leur thèse pendant l'année scolaire 1880-1881.

Médailles d'argent. — MM. Ballet (Gilbert), Bar (Paul-Jean), Chambard (Ernest), Crouzat (Eugène), Dubard (Louis), Marchand (Gérard), Merklen (Pierre), Roussel (Antoine), Rousseau (Alfred).

Médailles de bronze. — MM. André (Gustave), Baratoux (Jean), Boulay (Elie), Bruchet (Charles), Brun (André), Chamil-Ibrahim, Chenantais (Jules), Doassans (Jacques), Fauchet (Henri), Ficatier (Jacques), Galissart de Marignac (Ernest), Jagot (Léon), Josias (Albert), Leroux (Henri), Poulin (André), Quenu (Edouard), Sabourin (Charles), Schwartzeff (Nadine), Talamon (Charles), Vialanes (Henri).

PRIX BARBIER. — Le prix Barbier est partagé entre MM. les docteurs Burq, pour ses travaux sur la métallothérapie, et Faucher, pour le procédé de lavage de l'estomac au moyen du tube qui porte son nom.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE. — Dans sa séance du 12 février 1881, la Société protectrice de l'enfance a décerné à M. le docteur A. Legendre, de Saint-Léger-sous-Bouvray (Saône-et-Loire), son prix annuel de 500 francs. La question qui avait été mise au concours était : « De l'industrie nourricière; de son influence sur les nourrissons et sur les populations qui se livrent à cette industrie. »

AVIS. — La commune de Châlo-Saint-Mars (Seine-et-Oise), à 8 kilomètres d'Etampes, demande un médecin et assure 3000 francs d'abonnements. — Pour tous renseignements s'adresser à M. Boureau, maire de la commune.

MORTALITÉ A PARIS (8e semaine, du vendredi 17 au jeudi 23 février 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2225910 habitants. — Nombre total des décès : 1355, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 32. — Variole, 14. — Rougeole, 25. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 63. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 63.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 202. — Autres tuberculoses, 20. — Autres affections générales, 75. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 91. — Bronchite aiguë, 59. — Pneumonie, 152. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 40; au sein et mixte, 33; inconnu, 8. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 117; de l'appareil circulatoire, 77; de l'appareil respiratoire, 119; de l'appareil digestif, 40; de l'appareil génito-urinaire, 26; de la peau et du tissu lamineux, 10; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 5; causes non définies, 3. — Morts violentes, 41. — Causes non classées, 11.

Conclusions de la 8e semaine. — Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1265, 1289, 1357, 1417. Le chiffre de 1355 décès relevé dans le bulletin de ce jour est donc supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison avec la 7e semaine des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques fait ressortir : une atténuation pour la fièvre typhoïde (32 décès au lieu de 35 pendant la 7e semaine), la variole (14 au lieu de 21), la coqueluche (6 au lieu de 11), l'infection puerpérale (5 au lieu de 11); une aggravation pour la diphthérie (63 décès au lieu de 51). Les décès par rougeole (25), par scarlatine (3) et par érysipèle (9), ont atteint le même chiffre que durant la 7e semaine.

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Leçons de clinique médicale (maladies de la gorge et de l'estomac), professées à l'École de médecine d'Angers, par M. E. Briand, recueillies par M. Thibault, interne à l'Hôtel-Dieu, et revues par l'auteur. 1 vol. in-8 de 157 pages. Paris, O. Doin.

Leçons de clinique thérapeutique professées à l'hôpital Saint-Antoine, par M. le docteur Dujardin-Beaumetz, recueillies par M. le docteur Carpentier-Méricourt, revues par l'auteur. 2e série, fascicule II. *Traitement des maladies du poumon.* 1 vol. in-8 de 350 pages, avec figures dans le texte et 2 planches chromolithographiques hors texte. Paris, O. Doin. 7 fr.

Traité clinique des maladies de l'enfance, par M. le docteur Cadet de Gassicourt. Tome II contenant les *Maladies du cœur, rhumatisme, chorée, oreillons, coqueluche, rougeole, varicelle, scarlatine et fièvre typhoïde.* 1 vol. gr. in-8 de 570 pages, avec 100 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 13 fr.

Manuel de vivisections, par M. le docteur Charles Livon. In-8 de 344 pages, avec 119 figures intercalées dans le texte. Paris, J. B. Baillière et fils. 7 fr.

Des épanchements sanguins intra-crâniens consécutifs au traumatisme, par M. le docteur Gérard Marchant. In-8 de 205 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 4 fr. 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET. PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 9 mars 1882.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LE CONCOURS D'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE.

Chloroformisation. — Paralysie par compression. Le réflexe tendineux.

La discussion sur les dangers de la chloroformisation a été reprise mardi, d'une façon brillante, par MM. Verneuil, J. Rochard et Maurice Perrin. Tous trois, à des points de vue et à des degrés divers, se sont montrés défavorables à la thèse de M. Gosselin. Aucun d'eux n'admet l'innocuité du chloroforme, ce qu'on pourrait appeler son innocuité intrinsèque, et ne consent à imputer les accidents qu'il a pu causer à un simple vice dans le mode d'administration. Aucun d'eux n'accepte formellement, et l'un d'eux, M. Perrin, a repoussé en termes précis, la méthode de la chloroformisation intermittente.

La discussion continuera dans la séance prochaine.

— Au commencement de la séance, M. Vulpian a fait, sur un cas de paralysie brachiale par compression, une communication des plus instructives, et de laquelle il résulte que l'effet de la compression s'exerce sur les extrémités terminales des nerfs, de manière à interrompre l'action des cordons nerveux sur les fibres musculaires, bien que les propriétés des uns et des autres soient conservées; de telle sorte qu'on a sous les yeux un malade qui ne peut remuer le bras, et dont les muscles radiaux ont conservé leur contractilité, et les nerf radiaux leur motricité.

— M. J. Guérin a réédité une communication faite par lui à l'Académie des sciences en 1856 (voy. *Gaz. hebd.*, 1856, p. 188), sur la contractilité des tendons, en faisant servir aujourd'hui son opinion à combattre la théorie du *réflexe tendineux* (voy. *Gaz. hebd.*, 1881, p. 547).

Nous sommes déjà assez éloignés et scientifiquement parlant très loin de cette époque où M. Guérin affirmait la contractilité des tendons, parce qu'il avait cru sentir, sous le doigt, les contractions du tendon rotulien inférieur et constater que celui-ci « se soulève, se durcit, ou se raccourcit d'une quantité sensible au toucher et à l'œil ». C'est alors que M. J. Guérin attribuait aux tendons une propriété spéciale de « contraction de résistance », et c'est seulement d'hier qu'il annonce à l'Académie de médecine que c'est là le phénomène intéressant qui depuis quelques années est fort bien étudié sous le nom de « réflexe tendineux ».

M. J. Guérin se trompe s'il croit que, aujourd'hui, le premier venu, parmi ceux qui étudient l'anatomie générale, ne lui répliquera point que le tendon est un organe de tissu fibreux entié-

FEUILLETON

Le Serment d'Hippocrate (1).

Littéralement, οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας signifie : « De plus, je ne couperai pas; pas même, je le déclare, des gens ayant la pierre. » La phrase contient donc un double engagement : le récipiendaire jure de ne pas « couper », et cette déclaration générale, absolue, il la confirme et la précise en vue d'un cas particulier, celui où la personne qu'il déclare ne pas consentir à « couper » serait atteinte de la pierre. L'opération indiquée par le verbe « couper » est donc proscrite d'abord sans réserve; cependant l'auteur du serment paraît craindre que, même ainsi défendue, elle ne semble permise dans le cas où une personne aurait la pierre, et, pour mettre le récipiendaire en garde contre cette interprétation, il lui fait jurer de ne la point pratiquer, même sur une personne malade de la pierre. Remarquons de plus (rien n'est à négliger en un texte si obscur) que l'auteur ne dit pas τοὺς λιθιῶντας, mais simplement λιθιῶντας; la défense n'est donc pas faite en vue d'une classe de malades, qui seraient les calculeux ; elle prévoit seulement le cas où les gens soumis à l'opération qu'indique le mot τέμνειν se trouveraient, par une rencontre fortuite, avoir la pierre.

Qu'est donc l'opération marquée par le verbe τέμνω? Ce verbe a ici son sens général et habituel de « couper », ou il a une signification particulière et technique. Qu'il puisse avoir, même comme terme de médecine, son sens général, cela est hors de doute : c'est avec cette acception indéterminée qu'il entre dans la locution usuelle τέμνειν καὶ καίειν, couper et brûler (1), quelquefois καίειν καὶ τέμνειν, brûler et couper (2), par laquelle on désigne en grec les deux grandes sortes d'opérations qu'un médecin peut faire, de même que τομὴ καὶ καυσις, « coupure et brûlure », on

(1) Extrait d'un rapport fait par M. Bailly, l'éminent helléniste d'Orléans, sur un mémoire de M. le docteur Charpignon.

(1) Aux exemples nombreux cités par le *Thesaurus*, v° τέμνω, on peut ajouter ceux que fournit l'*Index aristotelicus* de Bonitz, v° τέμνω.

(2) Voy. les mêmes Dictionnaires.

rement différent du tissu musculaire par sa composition chimique, par ses caractères histologiques et bien plus encore par ses propriétés physiologiques. Il s'agit ici de questions scientifiques où les comparaisons ne sont plus de saison ni de raison, et, en réalité, considérer le tissu tendineux comme *le résultat du tassement des fibres musculaires*, admettre comme démontrée la transformation du muscle du tendon ou le retour du tissu tendineux à l'état musculaire, c'est nous ramener à 1856; en d'autres termes, c'est méconnaître les descriptions précises, méthodiques et techniques qui, pour les histologistes, remplacent les descriptions dans lesquelles l'imagination, les approximations, la fantaisie même ont tenu trop de place.

Le concours d'agrégation des Facultés de médecine.

Nous avons reçu, il y a quelque temps déjà, les différents rapports, adoptés par les Facultés de médecine de province, et rédigés pour répondre aux questions soulevées par une circulaire ministérielle que nous avons nous-même assez longuement appréciée (voy. *Gaz. hebd.*, n°s 2 et 3). Seule la Faculté de Paris n'a point encore voté les conclusions du rapport dont la rédaction a été confiée à M. le professeur Gosselin; mais nous croyons savoir (1) que, d'accord avec le ministère, la Faculté de Paris ne proposera qu'un petit nombre de réformes destinées exclusivement à abréger la durée du concours actuel et à changer la composition de son jury. Le moment nous paraît donc venu d'exposer les arguments développés par nos honorables confrères des Facultés provinciales et de résumer les vœux qu'ils ont exprimés. Quelle que soit la décision du ministère, l'enquête qui vient d'être faite n'aura pas été inutile. Tous les rapports que nous avons sous les yeux sont intéressants à lire, mais plusieurs d'entre eux sont particulièrement étudiés et fermes dans leurs conclusions. Tôt ou tard, nous aimons à l'espérer, on saura tenir compte des légitimes revendications dont ils sont les organes si autorisés.

Ainsi que nous l'avions prévu, la plupart des Facultés ne se sont point bornées à répondre au questionnaire qui leur était adressé. Il est très naturel qu'après avoir constaté l'insuccès de la tentative faite depuis 1874, les professeurs des Facultés de province se soient, comme nous, préoccupés de rechercher si la centralisation à Paris des concours d'agrégation n'était pas la cause principale d'un vice d'organisation que chacun reconnaît aujourd'hui. Or, les Facultés de Montpellier, de Lyon et de Lille ont énergiquement soutenu la nécessité de la décentralisation de ces concours. A Montpellier, M. Grasset, ne s'arrêtant pas à discuter longuement les réformes accessoires qui pourraient être apportées au statut de l'agrégation, déclare « que toutes ces améliorations de détail échoueront fatalement et resteront absolument inefficaces; il n'y a, dit-il, à ce mal qu'un remède radical, c'est de rendre à la province ses anciens concours d'agrégation ». Citant les propres paroles des différents présidents des jurys d'agrégation parisiens, M. Grasset rappelle que, en 1874, M. Chauffard affirmait que la centralisation « n'a qu'un effet, celui d'éloigner les candidats de province en leur imposant des déplacements onéreux que souvent les plus méritants ne peuvent pas supporter »; que, en 1874, M. Gosselin termine son rapport en demandant « le retour aux anciennes habitudes, c'est-à-dire le concours spécial et indépendant pour chacune des Facultés »; enfin que, en 1881, le jury présidé par M. Vulpian « émet à l'unanimité le vœu que les concours d'agrégation ne soient plus centralisés à Paris ». « Le principal inconvénient du système que nous combattons, dit le savant rapporteur de la Faculté de Montpellier, est de fausser la notion traditionnelle de l'agrégation dans les Facultés de médecine. L'uniformité du titre peut se comprendre quand, comme dans les Facultés de droit, les agrégés peuvent aller d'une ville à l'autre, finir même par être nommés professeurs à Paris. Rien de semblable ne se passe et ne peut se passer en médecine. On peut être appelé sur le papier agrégé des Facultés de médecine; mais en fait on est toujours agrégé de telle Faculté. Un arrêté de décentralisation ne peut pas modifier un pareil état de choses. Nous ajouterons même qu'il serait regrettable qu'on y parvînt. Le nombre des candidats augmenterait-il, le niveau du concours s'élèverait-il qu'encore la centralisation aurait un inconvénient fondamental. Elle consisterait à supprimer les écoles, c'est-à-dire ces faisceaux de tradition, de principes, de travaux qui font la vie d'une Faculté. »

Le même argument est développé au nom de la Faculté de Lille par M. Arnould. « Les lettres, le droit, et même les

(1) Nous n'avons pas cru devoir répondre aux articles un peu trop fantaisistes que, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, M. le professeur Bouchard avait consacrés à cette question. Il faut bien peu connaître la Faculté de Paris pour s'imaginer qu'elle ait pu avoir l'idée de demander spontanément le rétablissement des concours locaux; il faut ne pas connaître du tout la *Gazette hebdomadaire* pour supposer qu'elle ait voulu exercer une pression sur les Facultés de province en se faisant le « *porte-offres* » (*sic*) de la Faculté de Paris.

καῦσις καὶ τομή, « brûlure et coupure » (1), se trouvent d'ordinaire également appariés.

Est-ce ainsi que doit s'entendre notre texte? Il faudrait alors admettre qu'Hippocrate a défendu à ses disciples toute opération à l'aide d'un instrument tranchant, supposition contredite par tout ce qu'on sait de l'école hippocratique. Le Serment ne peut avoir fait une pareille défense, et tous les traducteurs s'accordent, en effet, à repousser cette version. Restent donc les significations spéciales de « faire l'opération de la taille » et de « châtrer ». Contre la première, la principale objection est qu'on ne rencontre jamais τέμνειν en ce sens. Ni le *Thesaurus*, ni les lexiques spéciaux n'en fournissent un seul exemple. Même, si l'on parvenait à en découvrir, que signifierait une phrase ainsi conçue : « Je ne ferai pas l'opération de la taille, même sur des calculeux? » Mais peut-être veut-on dire que τεμνέω a ici la signification ordinaire de « couper », et qu'on le traduit par « faire l'opération de la taille », parce que, joint à λιθιῶντας, il implique ce sens. « Je ne couperai pas des calculeux, » n'est-ce pas dire : « Je ne ferai pas l'opération de la taille? » Il faut bien que ceux qui arrivent à cette conclusion raisonnent ainsi, car on ne voit pas sur quelle autre raison ils pourraient s'appuyer; mais alors que fait-on de οὐδὲ μήν? Le texte ne dit pas : « Je ne couperai pas de pierreux; » mais « je ne couperai pas, pas même, je le déclare, de calculeux », ce qui montre bien que τέμνειν a d'abord un sens absolu, indépendant de λιθιῶντας, par conséquent sans relation avec l'idée de « pierre », sens qu'il conserve ensuite quand on le joint à λιθιῶντας. Ceux qui traduisent « faire l'opération de la taille » n'arrivent donc à ce sens qu'en supprimant les mots mêmes qui font difficulté, la locution οὐδὲ μήν, qui marque la distinction entre les deux termes de la défense. M. Littré a bien senti la force de cette objection; gêné par οὐδὲ μήν, il est allé jusqu'à se demander s'il ne fallait pas lire αἰτιῶντας, et traduire : « Je ne châtrerai pas même ceux qui le demanderaient. » Bien qu'il ait reculé devant ce changement du texte, son scrupule même prouve quelle valeur il attribuait à οὐδὲ μήν, et même, en se ralliant aux partisans de la taille, il ne l'a fait qu'avec les plus expresses réserves.

Nous voici donc arrivés au sens de « châtrer ». Cette acception de τέμνειν n'est pas inconnue en grec : le *Thesaurus*, et, d'après

(1) Voy. le *Thesaurus* et le *Lexicon Platonicum*, v° τομή.

sciences physiques ou naturelles, dit notre éminent confrère, l'anatomie, la physiologie, ne diffèrent pas, pour l'étude et l'enseignement, d'un bout de la France à l'autre, de Lille à Marseille, de Nantes à Grenoble. L'originalité, dans ces diverses branches, peut être chez les hommes; elle n'est point dans les choses. Tout autrement en est-il de la *médecine* et de la *chirurgie;* ici, l'objet de l'étude varie notablement selon les habitudes et selon les milieux. Un médecin très familiarisé avec la pathologie parisienne peut, le fait est vulgaire, se trouver fort dépaysé à Lille et éprouver de grands étonnements en présence des maladies de Montpellier. De là, des nuances importantes dans les doctrines, selon les lieux; de là, les caractères, non divergents mais spéciaux, des écoles médicales suivant la région qu'elles occupent, et les traditions dont sont justement fières celles qui comptent déjà une longue existence. L'originalité, dans une certaine mesure, est inévitable dans chaque foyer scientifique médical, chez toute Faculté de médecine qui a chances de vie; et cette originalité même prouve qu'elle en a. Faut-il lutter contre cette tendance, en créant une science officielle, en uniformisant les doctrines sous prétexte de maintenir haut le niveau de la science française? Nous ne le croyons pas. »

« Pourquoi, dès lors, ajoute M. Arnould, soustraire cet acte de vie et cet exemple entraînant aux Facultés de province? Pourquoi les rendre presque indifférentes à la valeur de leurs élèves, supprimer de leur sein cette agitation et retrancher aux élèves en cours d'étude l'occasion de voir comment leurs aînés se comportent dans ces luttes publiques? » Et M. Arnould conclut en ces termes :

« Le concours local nous paraît seul capable d'assurer le recrutement professoral en province; seul, il nous paraît compatible avec la dignité et la vie propre de chaque Faculté; avec lui, la perpétuité du corps enseignant est certaine dans toute Faculté qui possède en elle-même les raisons de son existence. »

Enfin, dans une étude des plus complètes et qui mérite d'être spécialement recommandée à tous ceux qui s'occuperont, un jour ou l'autre, des réformes de nos institutions médicales, M. Renaut, professeur à la Faculté de Lyon, arrive à des conclusions identiques avec celles de ses deux collègues. A Lyon où le mouvement scientifique a été si brillamment rehaussé par les concours hospitaliers, où l'on voit de cinq à dix candidats s'inscrire et poursuivre toutes les épreuves pour une place déclarée vacante, le nombre des concurrents au concours d'agrégation centralisés à Paris égale à peine celui des places mises au concours. M. Renaut insiste donc pour demander que l'on restitue à chaque Faculté « son droit le plus naturel et le plus ancien, celui qui consiste à choisir elle-même ceux des jeunes médecins auxquels doivent être confiées des fonctions importantes, bien que temporaires et officiellement considérées comme accessoires. La dignité des Facultés, dit M. Renaut, exige que ce vœu de décentralisation soit formulé. La vie intellectuelle, scientifique de chacune d'elles en serait accrue, l'autorité variable de chaque centre médical serait en même temps mise en pleine lumière. On apprendrait à savoir ainsi ce que vaut l'agrégation devant telle ou telle Faculté; par suite l'émulation naîtrait entre toutes et l'influence la plus grande viendrait naturellement à celle où le niveau du concours se montrerait le plus élevé. »

Par contre, les Facultés de Nancy et de Bordeaux ont été d'avis que la centralisation des concours à Paris était une excellente mesure. Ce n'est point toutefois sans de grandes réserves que M. Bernheim émet cette opinion au nom de la Faculté de Nancy, qui, en 1874, avait si énergiquement protesté contre la centralisation. Il déclare lui-même que sa réponse sera autre le jour où une large décentralisation aura réalisé la création d'universités autonomes, intéressées à recruter leur personnel partout et dans les meilleures conditions scientifiques, mais il pense, avec la majorité de la commission nancéenne, que la centralisation « permet une appréciation comparative de tous les candidats soumis à des épreuves égales, leur accorde la latitude de se présenter pour plusieurs Facultés à la fois, établit une émulation utile en même temps qu'une solidarité d'origine entre les diverses écoles qui constituent l'Université, enfin dégage le concours des influences souvent étroites de l'esprit local ». La Faculté de Bordeaux est aussi d'avis qu'il faut maintenir la centralisation des concours, mais à la condition essentielle de faire une liste unique, c'est-à-dire, de nommer les agrégés pour toutes les Facultés et non pour une Faculté déterminée.

Nous croyons inutile de discuter ce système, auquel répondent d'ailleurs les arguments de M. Grasset; son moindre défaut est d'être impraticable. Nos honorables confrères de Bordeaux, en demandant que l'on publie une liste unique sur laquelle seront classés, par ordre de mérite, tous les candidats reconnus dignes du titre d'agrégé, ont-ils songé aux conséquences que pourrait avoir, pour les Facultés de province, une semblable mesure? Il est démontré que les agrégés qui ont fait toutes leurs études à Paris et qui n'ont

---

lui, la plupart des lexiques (1), en fournissent deux exemples d'Hésiode, dans le poème *Des œuvres et des jours*, au vers 784, où il s'agit de chevreuils; au vers 789, où il est question d'un taureau. Le Dictionnaire de Jacobitz ajoute au nom d'Hésiode celui de Lucien, mais sans référence au passage visé : malgré des recherches minutieuses, il m'a été impossible de trouver un seul passage de Lucien où τέμνειν soit ainsi employé, et j'incline à croire que le lexicographe aura confondu avec le verbe τέμνειν le substantif correspondant τομή, dont un exemple, justement emprunté à Lucien, a le sens de « castration » (2).

Voilà les seules autorités sur lesquelles se peuvent appuyer les partisans de ce sens. Il faut avouer que cela est peu : deux exemples d'un poète, tous deux s'appliquant à l'opération de la castration sur des animaux, comme nous disons vulgairement en français « couper » dans le même cas. Est-ce assez pour justifier l'emploi du mot avec le même sens dans une formule de serment, où les

(1) Voy., outre le *Thesaurus*, les Dictionnaires gréco-allemands de Schneider, de Pape, de Roth.

(2) *Thesaurus*, v° τομή.

mots doivent avoir, ce semble, leur acception habituelle et précise? D'ordinaire ce n'est pas par le verbe τέμνειν que le grec exprime l'idée de « châtrer », mais par l'un des composés ἐκτέμνειν ou ἀποτέμνειν, qui marquent, outre l'idée de « couper », celle « d'enlever ». Ἀποτέμνειν est toutefois assez rare en ce sens; on le rencontre dans le passage bien connu où Hérodote raconte l'atroce vengeance d'Hermotime (1), puis dans plusieurs textes d'Aristote, où il semble n'avoir pas tout à fait la valeur d'ἐκτέμνειν; car, tandis qu'Aristote emploie d'ordinaire ἐκτέμνειν (2), il lui arrive en quelques endroits seulement d'y substituer ἀποτέμνειν (3), et dans un passage de l'*Histoire des animaux* ce dernier est même mis en regard d'ἐκτέμνειν, comme pour marquer une des phases de l'opération, peut-être simplement la section qui précède l'ablation complète. Je n'ai pu découvrir que ces rares passages où la castration soit désignée par ἀποτέμνειν, partout ailleurs c'est ἐκτέμνειν qu'on emploie. Ici les textes sont tellement nombreux qu'il suffit de ren-

(1) Hérodote, VIII, 105.

(2) Voy. l'*Index Aristotelicus* de Bonitz.

(3) Voy. le *Thesaurus* au mot ὅρκος, et l'*Index* de Bonitz aux mots ἀποτέμνω et ὄρχις.

aucun intérêt personnel à se rendre en province, n'acceptent point les positions relativement précaires que peut leur procurer, loin de Paris, le titre d'agrégé. « On a pu trouver, pour la province, dit M. Arnould, quelques agrégés préparés à Paris, alors que, dans cette époque de formation, l'horizon universitaire a eu l'attrait de certaines successions immédiates ou prochaines à prendre. Quand cet appât sera évanoui, cette catégorie ne fournira plus une recrue. Remarquons, d'ailleurs, qu'elle a toujours été très restreinte, très au-dessous des besoins, et néanmoins, qu'il y a eu déjà chez elle, à Lille même, des déceptions peu faites pour améliorer l'avenir. » Quels seraient donc les résultats obtenus si l'on acceptait « une agrégation générale commune à toutes les Facultés de France et absolument égale pour toutes » ? On pourrait arriver à cette conclusion que, la liste arrêtée par le jury, ne comprenant que des candidats parisiens, un certain nombre de jeunes docteurs pourraient, à Paris même, s'honorer du titre d'agrégé des Facultés de médecine et, sans en exercer les fonctions, en tirer, au point de vue professionnel, quelques avantages alors que les Facultés de province attendraient en vain que les places déclarées vacantes fussent remplies. N'insistons donc pas sur ce sujet.

Après avoir discuté cette première et si importante question, la Faculté de Lyon, par l'organe de son rapporteur, M. Renaut, en aborde une autre. Notre distingué confrère, qui avait toute autorité et toute compétence pour envisager à un point de vue général la situation faite aux agrégés de médecine dans les Facultés de province, s'est demandé quelle est actuellement la valeur de l'agrégation « en face de la société et de la science modernes ». Il rappelle que le statut initial de l'agrégation date de l'année 1823, que, depuis cette époque, les choses ont bien changé, que les sciences improprement dites accessoires à la médecine sont devenues les plus fermes fondements de la médecine actuelle, que l'on ne peut plus enseigner aujourd'hui telle ou telle branche des sciences médicales sans connaître l'anatomie générale ou l'anatomie pathologique, la physiologie, la chimie biologique, etc., etc. « Obligés dès lors, ajoute M. Renaut, de passer tout le temps de leurs études à préparer un concours où il s'agit de montrer qu'on possède une connaissance suffisante de tout et où il est parfois dangereux d'exprimer une opinion propre qui ne soit point d'ordre encyclopédique, surmenés par ce travail stérile, soutenu trop souvent pendant des intervalles de deux ou de trois concours, c'est-à-dire durant six ou neuf années, les agrégés, sauf de rares et honorables exceptions, arrivent à trente-cinq ans en moyenne sans avoir pu suivre leur vocation s'ils en ont une, sans y réfléchir quelquefois, sans avoir en tout cas eu le temps de faire autre chose que de compléter des articles de dictionnaire et d'orner leur mémoire de la notion des travaux d'autrui. Et une fois en possession du titre d'agrégé qui ne leur donne pas de quoi vivre, même pendant leurs neuf années d'exercice, ils siégeront à des examens, remplaceront par hasard un professeur malade durant un semestre ; les neuf années passées ils n'appartiendront plus à la Faculté et pour beaucoup d'entre eux la carrière universitaire sera terminée et fermée. ..... Il résulte de cette situation, ajoute M. Renaut, « qu'il n'y a dans l'agrégation que les sources d'une bonne clientèle, parce que le devoir de se faire vite une situation définitive à l'aide d'un titre temporaire s'impose légitimement à l'agrégé. L'agrégation de médecine (c'est la seule dans ce cas) ne constitue pas, à proprement parler, une carrière. Un jeune homme nommé agrégé de droit sait qu'il deviendra fatalement professeur et sera agrégé du moins toute sa vie... L'agrégé de médecine ne cesse de songer à ce qu'il avait à faire pour devenir agrégé que pour penser à ce qu'il lui faudra faire pour vivre lorsqu'il ne le sera plus : donc, travail stérile avant l'agrégation, travail d'un autre ordre et scientifiquement stérile aussi pendant sa durée. Voilà pourquoi ce n'est pas exclusivement dans l'agrégation qu'est la force vive, l'énergie utilisable de la science médicale. » Et après avoir reconnu que les grandes découvertes de ce siècle, que les notions utiles au progrès de la science et de l'art médical sont sorties des laboratoires de la Sorbonne, du Collège de France ou des Écoles vétérinaires, M. Renaut conclut que « pour rendre à l'agrégation sa vitalité, il faudrait avant tout en faire une carrière et non pas une sorte de station entre deux portes. Il faudrait exiger pour sa préparation de ces travaux qui sentent le travail de la forge plutôt que l'huile de la lampe. Il faudrait changer le statut tout entier, faire autre chose que ce qui est. Et il ne suffira pas pour cela de modifier la composition d'un jury, la nature et le lieu de quelques épreuves, il faudrait changer la face de l'institution tout entière. »

Nous avons tenu à résumer les passages essentiels de ce rapport dont on ne saurait contester ni l'autorité ni les louables intentions. Et cependant nous aurions, à son sujet, bien des réserves à faire. Nous convenons, avec M. Renaut, que les concours de l'agrégation, en raison du travail d'ensemble qu'ils imposent aux candidats, de la nature des épreuves

---

voyer soit au *Thesaurus*, soit aux lexiques spéciaux, surtout à ceux d'Aristote, de Xénophon ou de Platon (1).

Ajoutons cependant, pour ne rien omettre qui puisse éclairer cette partie de la question, que, si le simple τέμνειν est, pour ainsi dire, sans exemple en ce sens, ses correspondants τομὴ, τομία, τομίας se rencontrent pour désigner : τομὴ, la coupure faite par l'opérateur (2), τομία, l'opération (3), τομίας, l'homme ou l'animal castré (4) ; mais ces mots mêmes sont d'un emploi fort rare et relativement moderne ; car τομὴ et τομίας ainsi employés ne remontent pas au delà d'Aristote, c'est-à-dire du quatrième siècle, et τομία est du moyen âge. D'ailleurs, même chez Aristote, on trouve à côté d'eux et dans la même acception les dérivés d'ἐκτέμνω : ἐκτομή, pour désigner la castration une fois faite, ἔκτμησις pour marquer l'action de châtrer (5).

Ainsi, tout en écartant l'hypothèse que τέμνω aurait, dans notre phrase, le sens général et déterminé de « couper », il est impossible de l'expliquer par « faire l'opération de la taille », et il est au moins difficile, à ne considérer que le mot en soi, de s'arrêter à la traduction « châtrer ». A quelle opération pourrait s'appliquer la défense du serment? Je laisse naturellement à de plus autorisés que moi le soin de rechercher si cette question peut être résolue ou même s'il convient de la poser.

(1) Dém. Phal., § 293 ; Aristote, *H. anim.*, IX, 50, cités dans le *Thesaurus*.
(2) Tzetz, *Histoire*, III, 622.
(3) Voy. le *Thesaurus*.
(4) Voy. ces Dictionnaires au mot ἐκτέμνω.
(5) Voy. le *Thesaurus* et l'*Index* de Bonitz aux mots ἐκτομή et ἔκτμησις.

Mission scientifique. — Le gouvernement français vient de déléguer en mission à Djeddah M. le docteur Taleb-Ould-Morsly. Comme musulman, notre jeune confrère, qui a fait une partie de ses études à Alger, pourra pénétrer à la Mecque, et aura ainsi toute facilité pour renseigner le gouvernement sur l'état sanitaire d'une région toujours inaccessible aux Roumis. (*Union médicale.*)

qu'ils comportent, peut-être aussi en raison des défiances, parfois injustifiables, qu'inspirent à quelques juges, les tendances trop personnelles et l'indépendance scientifique trop absolue de certains candidats, pourraient et devraient être très sérieusement modifiés. Nous serions les premiers à reconnaître la nécessité de tenir un très grand compte des travaux personnels du candidat. Mais notre savant confrère conviendra avec nous qu'il n'est point impossible de mener de front les travaux de laboratoire et les études générales nécessaires pour obtenir le titre d'agrégé. Il a prouvé lui-même et plusieurs de ses collègues de Lyon, anciens élèves des laboratoires de Paris, ont montré comme lui que l'on peut être un excellent professeur après avoir été et en restant un histologiste, un physiologiste ou un anatomo-pathologiste partout estimé pour ses travaux personnels. Ne spécialisons donc pas trop tôt les candidats aux positions universitaires. Les connaissances encyclopédiques ont leur utilité. Un professeur de clinique ou de pathologie ne doit pas se désintéresser des études que l'on exige des candidats à l'agrégation. Quant aux découvertes que signale M. Renaut, elles sont dues à d'éminents professeurs dont plusieurs sont arrivés à l'apogée d'une brillante carrière. Si donc nous avions à critiquer les Facultés de médecine et à leur reprocher de s'être tenues trop à l'écart du mouvement scientifique contemporain, ce reproche s'adresserait plus justement à certains professeurs qui se contentent de faire leurs cours et de satisfaire aux besoins d'une clientèle absorbante plutôt qu'aux agrégés qui doivent apprendre beaucoup pour bien savoir le nécessaire.

D'accord avec M. Renaut, nous reconnaissons toutefois qu'une refonte complète des programmes, qu'une modification radicale des conditions dans lesquelles se font aujourd'hui les concours d'agrégation serait plus utile que les réformes partielles proposées par la circulaire de M. P. Bert. Mais il ne s'agit, pour l'instant, que de répondre à quelques questions de détail, voyons donc quelles ont été les résolutions votées par les différentes facultés.

Première question. — Elle était, on s'en souvient, relative aux épreuves d'admissibilité. La Faculté de Nancy accepte les conditions actuelles et pense que « le fait que les compositions seraient écrites au chef-lieu de chaque académie ne raccourcirait pas la durée du concours à Paris d'une façon assez notable pour compenser les inconvénients de ce système. »

A Montpellier, M. Grasset s'élève contre l'idée de multiplier ou de modifier les épreuves écrites. Si on les fait en province, qui les jugera? dit-il. Comment le jury parisien les appréciera-t-il? Les fera-t-il lire? par qui? que deviendront les compositions, même les plus brillantes, lues par un tiers qui hésitera en les lisant et débitera tout de la même voix monotone? Leur impression serait onéreuse. Supprimer la lecture publique et l'impression, serait supprimer la publicité du concours. La Faculté de Montpellier se prononce donc pour le maintien des épreuves préparatoires telles qu'elles se font aujourd'hui, mais à la condition formelle que les concours d'agrégation soient, au préalable, décentralisés.

A Lille, M. Arnould est non moins affirmatif. « Aucun changement, dit-il, n'est possible dans la nature des épreuves actuelles d'admissibilité; aucun changement dans le mode de ces épreuves n'est désirable. » Et cela parce qu'il s'agit d'épreuves *éliminatoires;* si, comme on le propose, elles sont jugées en province, ces épreuves doivent nécessairement permettre d'apprécier, non seulement le savoir, mais encore les aptitudes à l'enseignement des divers candidats. La leçon après trois heures de préparation doit être conservée, « parce qu'elle montre les aptitudes en quelque sorte innées du candidat à tirer d'un sujet, qu'il possède d'ailleurs, la matière d'une leçon. » M. Arnould insiste lui aussi pour réclamer la lecture publique des compositions.

Seules les Facultés de Bordeaux et de Lyon proposent des réformes qui s'accordent à peu près avec les intentions ministérielles. La Faculté de Bordeaux demande que l'admissibilité comporte deux compositions écrites que l'on ferait imprimer ou autographier et « qui seraient envoyées à Paris et publiées sans signature, mais avec une devise, comme pour les concours académiques ». M. Bouchard ne songe pas à examiner si ce procédé est pratique, s'il n'expose pas à de graves abus, s'il compense les inconvénients que présenterait la suppression pour l'admissibilité, de toute épreuve orale.

A Lyon, M. Renaut pense aussi que les épreuves d'admissibilité peuvent être ramenées à des épreuves écrites. « La Faculté de Lyon, dit-il, reste persuadée que ce n'est pas par des exercices brillants de conférence et d'amphithéâtre que se créent les véritables milieux scientifiques, mais bien par un dur travail accompli avec suite et ténacité, dans le laboratoire et dans l'hôpital. » Elle accorde, dans les épreuves d'admissibilité, une valeur prééminente aux titres scientifiques antérieurs du candidat. Elle propose de faire télégraphier à toutes les Facultés de province les sujets de composition tirés au sort à Paris, de faire parapher par l'un des commissaires surveillants toutes les ratures et renvois indiqués sur ces copies, de faire ensuite imprimer celles-ci et de faire collationner, avec les manuscrits, par le commissaire signataire des renvois et ratures, en présence de l'auteur et de tous les candidats, les épreuves de ces compositions qui seront ensuite envoyées à Paris. Nous craignons bien que ce système ne soit très difficile à faire adopter et que, au point de vue pratique, alors surtout qu'il s'agit d'un grand nombre de copies, il n'entraîne pour les commissaires aussi bien que pour les candidats une perte de temps considérable et bien des difficultés.

Deuxième et troisième questions. — La thèse et son argumentation doivent-elles être maintenues? Nous avons longuement exposé les arguments qui nous ont paru de nature à répondre affirmativement à ces questions. Pour des motifs à peu près semblables, M. Grasset à Montpellier et M. Arnould à Lille réclament le maintien de la thèse. M. Grasset déclare que, « si la thèse ne donne pas tout ce qu'elle pourrait donner, cela vient peut-être de ce qu'elle est faite trop rapidement encore ». M. Arnould ajoute aux considérations précédentes un nouvel argument.

« La substitution à la thèse, dans les conditions actuelles, d'un mémoire préparé d'avance par le candidat, sur un sujet de son choix, ne se prêterait pas, dit-il, au même degré à la mise en évidence de la richesse scientifique et de la souplesse du talent des compétiteurs. Elle pourrait aboutir parfois à des productions excentriques, rendant la comparaison difficile entre les auteurs et le jugement du jury très hésitant. L'argumentation pourrait en être à peu près impossible, par excès d'originalité. Dans leur ensemble, ces productions représenteraient rarement la physionomie de la science contemporaine.

» Il y a, certainement, si l'on en éprouve le besoin, quelques moyens d'éviter dans la confection des thèses collaboration multiple et de rendre le travail de l'auteur plus personnel. Cela ne serait pas malaisé avec le concours local. »

A Nancy, M. Bernheim accepte, avec la moitié seulement de ses collègues, — les autres préférant le système actuel, — la

substitution à la thèse d'un travail personnel livré à l'impression aussitôt l'admissibilité déclarée. — A Bordeaux, M. Bouchard demande aussi que la thèse soit remplacée par un travail original, imprimé et inédit, déposé par le candidat au moment même où il s'inscrit. L'appréciation de ce travail serait faite en même temps que celle des autres titres scientifiques du candidat. Enfin, dans son remarquable rapport, M. Renaut énumère longuement tous les reproches que l'on est en droit d'adresser à cette épreuve qu'il considère comme « inutile, coûteuse, hâtivement construite, nécessairement imparfaite par les conditions mêmes dans lesquelles on est forcé de la faire ». Nous reconnaissons volontiers que cette question est très discutable; aussi n'avons-nous cru devoir que résumer les arguments des divers rapporteurs. Un jour ou l'autre nous exposerons de nouveau et plus longuement, en nous appuyant surtout sur l'excellente argumentation de M. Renaut, les motifs qui nous font, malgré le talent qu'il a mis à défendre la sienne, persister dans notre opinion première. Nous croyons inutile d'ajouter que ceux de nos confrères qui demandent la suppression de la thèse réclament en même temps la suppression de l'argumentation.

Et cependant, à la Faculté de Nancy, M. Bernheim, tout en proposant de remplacer la thèse imposée par un travail original laissé à l'initiative de chaque candidat, demande le maintien de l'argumentation par ce motif que « l'appréciation faite par les compétiteurs et la défense d'un travail original présenté par l'auteur permettrait au jury de se pénétrer plus complètement de la valeur réelle de ce travail ».

Quatrième question. — Peut-on diminuer la durée des épreuves définitives sans affaiblir la valeur de ces épreuves? A cette dernière question, MM. Renault, Bernheim et Bouchard répondent en demandant que le jury siège tous les jours, voire même deux fois par jour. M. Arnould leur répond en excellents termes : « Étant admis qu'il ne faut pas toucher à l'essence des épreuves définitives, il n'y a pas de moyen d'en diminuer notablement la durée, surtout avec l'accumulation sur Paris des candidats des six Facultés. On ne saurait, d'ailleurs, vouloir abréger le temps en précipitant la succession des épreuves, chez des jeunes gens déjà surmenés de travail intellectuel; c'est une question d'hygiène cérébrale. Au fond, le gain de quelques jours sur les épreuves définitives ou préparatoires, ou même sur les unes et les autres, ne remédierait certainement à rien, si tant est qu'il s'agisse, en dernier ressort, d'assurer la fréquentation du concours. »

D'autres questions ont été soulevées par divers rapporteurs. Presque tous demandent que la composition du jury parisien soit modifiée. Nancy propose de constituer ce jury par trois juges choisis dans trois Facultés de province, trois choisis dans la Faculté de Paris et trois membres de l'Institut ou de l'Académie de médecine; Lille accepterait volontiers l'idée d'un jury ambulant dans lequel « l'élément local soit puissamment équilibré par l'adjonction de professeurs d'une autre Faculté notamment de celle de Paris, de membres de l'Institut ou de l'Académie de médecine, ce jury siégeant néanmoins au chef-lieu de chaque Faculté ». A Bordeaux on propose que le jury soit constitué par un président nommé par le ministre, un membre de l'Académie de médecine, le premier sortant des agrégés de la section, quelle que soit la Faculté à laquelle il appartient, enfin un professeur élu par chacune des facultés de médecine de France; Lyon serait aussi heureux de voir chaque Faculté de France représentée *nécessairement* par un de ses membres dans le jury central. La plupart des rapporteurs réclament également que dans les épreuves définitives on en introduise une ou plusieurs d'un caractère plus pratique et qui permettraient de mieux juger la valeur réelle de chaque candidat. A Nancy on demande la constitution de deux jurys distincts pour la section d'anatomie et de physiologie et pour la section des sciences dites accessoires.

Mais aucune des Facultés de province n'a songé à réclamer, au moins comme mesure transitoire et en attendant que la décentralisation des concours soit redevenue complète, le droit de juger, elle-même et sans contrôle du jury central, les épreuves d'admissibilité. La question méritait cependant un examen au moins sommaire.

On prétend aujourd'hui que la cause qui retient en province un grand nombre de candidats est la trop longue durée des épreuves du concours. Or la durée du concours parisien serait singulièrement abrégée si l'on n'admettait aux épreuves définitives que des candidats désignés au préalable par les Facultés de province et si on n'imposait à ces candidats, le sujet de la thèse leur ayant été donné à l'avance et cette thèse pouvant être imprimée avant l'ouverture du concours définitif, que l'obligation de venir à Paris faire une leçon orale, subir une épreuve pratique et défendre leur thèse. Il est vrai que cette manière d'agir qui, si nous en croyons les renseignements qui nous sont fournis, sera défendue dans le rapport de M. Gosselin, pourrait avoir le grave inconvénient d'écarter le plus grand nombre des candidats parisiens qui auraient l'idée de s'inscrire pour les facultés de province. Concourant pour l'admissibilité avec ceux de leurs confrères qui ambitionnent légitimement et exclusivement le titre d'agrégé de la Faculté de Paris, le plus grand nombre de ceux qui, après avoir terminé leurs études à Paris et ne se sentant pas de force à lutter pour la Faculté de cette ville, accepteraient volontiers une place en province, se verront écartés en raison du nombre limité des places offertes à l'admissibilité. Mais ce procédé pourrait aussi être considéré comme un premier pas fait dans le sens d'une décentralisation complète des concours d'agrégations de médecine. Or, malgré quelques divergences d'opinion que nous avons signalées, nous sommes heureux de constater que la majorité de nos confrères de province et en particulier ceux qui repré-sentent les Facultés les plus viables se sont, comme nous, déclarés les partisans convaincus de la décentralisation des concours d'agrégation.

L. Lereboullet.

HISTOIRE ET CRITIQUE

Mouvements des veines du cou en rapport avec l'action de la respiration et du cœur.

(Suite. — Voyez le numéro 9.)

V. — *Phénomènes thoraciques pulmonaires et veineux de l'expiration simple.* — L'examen des modifications apportées aux courants sanguins veineux et pulmonaires, par le phénomène de l'*expiration simple*, va être maintenant facile à suivre et ne nécessitera pas de grands développements.

L'expiration simple est constituée, comme on sait, par le retrait élastique seul, sans effort musculaire adjuvant, des parties mobiles qui ont été activement écartées de leur position d'équilibre pendant l'inspiration précédente.

Par conséquent on doit s'attendre à voir diminuer progressivement, du début à la fin de l'expiration, cette aspira-

tion thoracique que l'inspiration n'avait qu'exagérée ; elle va redescendre graduellement à la valeur qu'elle présentait à l'état de repos expiratoire.

Par conséquent aussi on verra s'atténuer par degrés les effets circulatoires qu'avait produits l'inspiration précédente : les vaisseaux pulmonaires qui déverseront leur trop plein dans le cœur gauche, deviendront, d'autre part, moins perméables au sang qui leur arrive du système veineux ; à cette moindre perméabilité des vaisseaux du poumon correspondra une diminution dans l'afflux veineux intra-thoracique, en vertu d'une relation mécanique tout aussi facile à saisir dans ce cas que dans celui de l'inspiration : l'appel du sang veineux diminuant du fait de l'atténuation de l'aspiration thoracique, ce sang n'arrivera plus dans la poitrine que sollicité par une aspiration décroissante et poussé par une *vis a tergo* peu importante. La force qui l'expulsait pour ainsi dire de l'abdomen pendant l'inspiration, diminue en effet à mesure que le diaphragme remonte et que la pression intra-abdominale devient moins forte. De telle sorte qu'en définitive, l'association entre les deux variations circulatoires pulmonaire et veineuse se retrouve aussi nette dans le cas de l'expiration que dans celui de l'inspiration, et on peut répéter ici ce qui a été dit plus haut, à savoir que l'*afflux du sang veineux dans le thorax se subordonne aux besoins variables de la circulation pulmonaire*.

Au point de vue de la manifestation extérieure, sur le trajet des veines du cou, de ces modifications circulatoires intra-thoraciques survenant pendant l'expiration simple, il suffit de rappeler qu'on observe le gonflement graduel, peu considérable, des jugulaires. Ce gonflement, dont l'importance sera nécessairement proportionnée au degré d'énergie de l'expiration, n'aura, dans aucun cas, pour cause le *reflux* du sang veineux. C'est d'un simple *ralentissement* du sang qu'il s'agit, et cette idée du reflux dont il est tant question dans les auteurs, aussi bien dans les écrits de Haller que dans ceux de physiologistes plus modernes, doit être absolument abandonnée. Non seulement, en effet, les expériences directes prouvent que ce reflux ne se produit pas, mais la simple réflexion aurait dû suffire à en faire rejeter l'existence : en effet, la diminution de la force aspiratrice du thorax qui caractérise l'acte d'expiration simple n'est en aucune façon capable de provoquer une rétrogradation du sang contre la pesanteur et contre la poussée propre à laquelle obéit la colonne sanguine ; si même la pression intra-thoracique arrivait à prendre une valeur positive importante, le reflux ne pourrait, comme nous le verrons à propos de l'effort, se produire à cause du redressement des valvules des veines du cou.

Dès lors le gonflement expiratoire des veines du cou signifie simplement ralentissement du courant veineux vers la poitrine, et les actes circulatoires associés les uns aux autres pendant l'expiration, peuvent à leur tour se formuler de la façon suivante :

Gonflement expiratoire des veines du cou.	*Diminution de l'aspiration thoracique pendant l'expiration simple.* *Diminution de la perméabilité des vaisseaux pulmonaires.* *Diminution de la rapidité du courant sanguin (et non reflux de ce sang).*

Cette expression abrégée des phénomènes respiratoires et circulatoires pendant l'acte d'expiration simple doit être maintenant, pour la commodité de notre exposé, rapprochée de la formule qui correspond à l'état d'inspiration. On arrive ainsi au groupement suivant qui peut servir de *memento*.

Tableau résumant les actes mécaniques de la respiration dans leurs rapports généraux avec les variations de la circulation veineuse normale.

	Aspiration thoracique	Pression abdominale	Circulation pulmonaire	Afflux veineux thoracique	Veines du cou
Inspiration.	*Augmentée.* (Élasticité pulmonaire plus énergique.)	*Augmentée.* (Contenu de l'abdomen comprimé par l'abaissement du diaphragme.)	*Activée.* (Vaisseaux dilatés.)	*Augmenté.* (Réservoirs veineux thoraciques dilatés.)	*S'affaissant.* (Courant sanguin accéléré ; souffle continu renforcé.)
Expiration.	*Diminuée.* (Poumon moins tendu, moins élastique.)	*Diminuée.* (Retrait du diaphragme.)	*Ralentie.* (Vaisseaux affaissés.)	*Diminué.* (Réservoirs veineux thoraciques se dépriment.)	*Gonflant.* (Courant ralenti ; souffle continu s'atténue.)

VI. — *Variations des phénomènes veineux inspiratoires et expiratoires suivant les phases de chacun des actes correspondants.* — Il y aurait lieu d'indiquer maintenant, à la suite de cette étude générale, quelques détails importants relatifs à la manière dont se comportent les phénomènes veineux d'un bout à l'autre des phases respiratoires auxquelles ils correspondent. En d'autres termes, les questions que nous devions nous poser seraient les suivantes : 1° le renforcement de vitesse du sang veineux vers le thorax existe-t-il avec la même intensité pendant toute la durée d'une inspiration ? N'offre-t-il pas une atténuation progressive ? 2° Le ralentissement qui correspond à l'expiration a-t-il, à tout instant, pendant la durée de cet acte, la même valeur, ou au contraire est-il plus accentué à la fin qu'au début de l'expiration ? 3° Qu'advient-il à ces différents moments de la pression sanguine dans les réservoirs veineux du thorax ?

Tels sont les points qui se présentent à l'examen quand on est fixé sur le sens général des variations inspiratoires et expiratoires du courant veineux. Mais malgré tout l'intérêt que cette étude complémentaire peut présenter, nous avons pris le parti de ne pas l'aborder ici dans ses détails, craignant d'être entraînés beaucoup trop loin par une discussion un peu minutieuse. Nous nous contenterons de dire que *les phénomènes veineux soit intra, soit extra-thoraciques qui se produisent pendant chacun des deux actes de la respiration, présentent leur maximum d'intensité au début, l'autre à la fin de la phase correspondante.* Ainsi, le courant veineux est surtout rapide, l'affaissement des veines du cou est surtout marqué *au début de l'inspiration ;* le ralentissement veineux expiratoire et le gonflement correspondant des veines ont leur maximum à la *fin de l'expiration.*

C'est ce que montre la figure suivante formée des courbes simultanées de la pression veineuse intra-thoracique et de la pression pleurale sur le chien respirant normalement. Quant aux conditions de ces variations, on nous permettra d'en différer l'exposé : nous avons sur leur mécanisme quelques doutes qu'une étude ultérieure dissipera peut-être et, d'autre part, nous croyons nécessaires des

études complémentaires relatives à la variation de la résistance que le sang veineux oppose à la fin de l'inspiration et au commencement de l'expiration au soulèvement des valvules auriculo-ventriculaires droites.

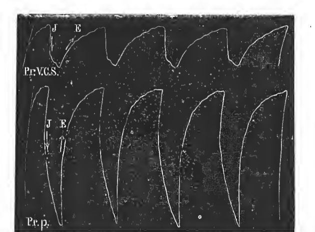


Fig. 1. — Pr.p., pression dans la cavité pleurale (négative en tout temps: aspiration thoracique). En I, augmentation de l'aspiration pendant l'inspiration; en E, diminution de l'aspiration pendant l'expiration simple (négative en tout temps). — Pr. V. C. S. pression dans la veine cave supérieure; les vaisseaux accompagnent celles de la pression pleurale. On constate que la pression veineuse diminue avec son maximum de rapidité au début de l'inspiration et qu'elle se relève plus vite au début de l'expiration qu'à la fin.

Cette réserve s'applique surtout à l'interprétation donnée par M. Potain *du dédoublement du premier bruit du cœur.*

VII. — *État de la circulation veineuse dans l'inspiration et l'expiration forcées.* — Nous devons chercher maintenant à établir le sens des modifications qu'apportent à la circulation veineuse les phénomènes d'inspiration et d'expiration excessives, en d'autres termes l'effort d'inspiration et l'effort d'expiration.

1° *Effets veineux de l'effort d'inspiration.* — On peut faire un effort d'inspiration dans deux conditions différentes : ou bien en laissant largement pénétrer l'air dans la poitrine, ou bien en diminuant, ou même en supprimant complètement, l'accès de l'air (une narine fermée ou les deux narines fermées, la glotte modérément ouverte ou la glotte complètement close).

Dans le premier cas, quand on respire, comme on dit, à pleins poumons, la grande aspiration thoracique qui est créée volontairement est presque aussitôt satisfaite par le libre afflux de l'air dans la poitrine. Aussi les effets veineux sont-ils proportionnellement peu marqués : on voit bien les veines du cou s'affaisser, la face se décongestionner, une hémorrhagie veineuse se suspendre, quelquefois même l'air entrer dans une veine ouverte au voisinage du thorax ; mais tous ces phénomènes sont beaucoup moins accentués que si tout l'effort d'inspiration ou une grande partie de cet effort se reportait sur la circulation veineuse, l'air rencontrant un obstacle momentané à sa pénétration.

C'est dans ce second cas que les effets de l'aspiration thoracique considérablement exagérée se font sentir sur le système veineux avec leur maximum d'intensité : la dépression des veines du cou est portée jusqu'à l'effacement complet, malgré la résistance des plans musculo-aponévrotiques de la région ; l'abondance de l'afflux veineux ne suffit pas, en effet, à combler le vide pleural, et les parties dépressibles du thorax, attirées en dedans, cèdent à la pression atmosphérique. Dans ces conditions on voit s'excaver l'abdomen au niveau du creux épigastrique (tirage sous-sternal) : fait qui laisse pressentir à quel degré l'aspiration excessive du thorax agit sur le système veineux cave-hépatique. Et, malgré ces actes multiples, veineux et pariétaux, qui tendent à satisfaire l'appel énergique du thorax, il peut arriver que cette aspiration conserve encore une puissance suffisante pour déterminer des lésions telles que l'emphysème pulmonaire, les ecchymoses pleurales et péricardiques.

Entre ces deux extrêmes, l'effort d'inspiration facile, immédiatement satisfait par l'accès de l'air, et l'effort d'inspiration avec obstacle considérable ou total à l'entrée de l'air (corps étrangers du larynx, croup, strangulation, etc.), il y a une série d'intermédiaires caractérisés par la simple gêne inspiratoire artificiellement provoquée ou accidentellement produite. Ici (en ne considérant que les phénomènes de début, et laissant de côté les accidents asphyxiques qui forment un chapitre à part) on assiste à l'action très nette de l'aspiration intra-thoracique exagérée sur le courant veineux. A l'intensité près les phénomènes sont les mêmes que dans le cas extrême examiné tout à l'heure.

Cette influence encore énergique de l'aspiration du thorax dans un acte inspiratoire un peu forcé, l'entrée de l'air étant seulement difficile, s'accuse dans certains cas pathologiques de la façon la plus nette et peut prendre une véritable importance diagnostique. Il arrive fréquemment que des sujets présentent un gonflement permanent des veines du cou, par suite de troubles pulmonaires chroniques et étendus par exemple; dans ces conditions, on voit s'affaisser les veines chaque fois qu'on fait exécuter au malade une inspiration un peu énergique. Cet effet prouve qu'il existe d'une façon continue un obstacle important à l'introduction du sang dans le thorax, et que c'est seulement quand on fait prédominer momentanément l'influence aspiratrice que le dégorgement veineux peut s'opérer. Cette question a été envisagée au point de vue clinique dans plusieurs ouvrages importants, notamment dans un mémoire de Immermann, en 1867, mais il faut encore des observations nouvelles, comme l'a reconnu Immermann lui-même, pour préciser les cas dans lesquels ces phénomènes peuvent se produire ; on les trouve dans des conditions pathologiques si différentes qu'une seule catégorie de causes ne peut être invoquée pour en expliquer la production : j'en ai observé des exemples dans des cas d'obstacles de nature très variée (emphysème, dilatations bronchiques, adhérences pleurales, anévrysmes aortiques, tumeurs médiastines, épanchements péricardiques). Tout ce qu'on peut dire de certain à ce sujet, c'est que le gonflement permanent des veines du cou est lié à un obstacle à l'afflux veineux intra-thoracique, avec diminution ou même suppression de l'aspiration pleurale ; et que le dégonflement inspiratoire de ces veines prouve que l'obstacle au courant veineux n'est pas absolu, qu'il cède à une exagération passagère de l'attraction thoracique.

2° *Effets veineux de l'effort d'expiration.* — Quand on tranforme la pression négative intra-thoracique normale en une pression positive plus ou moins élevée par un effort d'expiration, la glotte étant fermée ou rétrécie, on crée nécessairement des conditions défavorables à l'entrée du sang veineux dans le thorax : on supprime en effet plus ou moins complètement l'aspiration qui constitue la raison principale de son introduction dans le système veineux intra-thoracique.

Pour arriver à ce résultat, il suffit de soutenir pendant quelque temps la parole à haute voix, à plus forte raison de

chanter et plus encore de faire un véritable effort la glotte fermée.

On peut créer ainsi un obstacle variable à l'afflux du sang veineux, et voir se produire tous les degrés de distension des veines du cou, depuis le gonflement léger des jugulaires jusqu'à la distension considérable avec flexuosités, grande résistance au doigt, etc.

Mais, quelle que soit l'intensité de l'effort, les phénomènes qui en résultent du côté de la circulation veineuse peuvent toujours se rapporter au type suivant.

Au moment où débute l'effort, quand on a emmagasiné une certaine quantité d'air dans la poitrine, on comprime cet air à l'intérieur du poumon par l'action simultanée et énergique de tous les muscles expirateurs et particulièrement des muscles abdominaux. Le poumon rempli d'air et fermé par l'occlusion de la glotte, sert de point d'appui aux parois thoraciques; ses vaisseaux qui se sont remplis pendant l'inspiration préparatoire à l'effort se vident peu à peu et leur contenu se trouve pour ainsi dire exprimé dans le système artériel qui s'ouvre en dehors du milieu comprimé (1). Par suite, au bout d'un court instant, le sang que contenait le poumon a été projeté en dehors de la poitrine et est allé surcharger le système artériel. La pression s'élève donc notablement dans ce système quand l'effort est soutenu, et si les artères se tendent de la sorte, ce n'est pas seulement parce qu'elles ont reçu un surcroît sanguin, c'est aussi parce que leur évacuation dans le système veineux devient graduellement plus difficile.

De ce côté, en effet, la difficulté de la rentrée du sang dans la poitrine est considérable; le retour du sang peut même être complètement suspendu, si l'augmentation de la pression intra-thoracique est suffisante pour faire équilibre à la poussée croissante de sang veineux. Et il n'est pas nécessaire que l'effort soit porté à un très haut degré pour que cet effet se réalise.

On pourrait supposer que la rentrée du sang dans le thorax continue à s'opérer par la veine cave inférieure dont la portion abdominale est soumise à une énergique compression; mais il faut se rappeler que l'augmentation de la pression intra-abdominale pendant l'effort a pour pendant une augmentation de pression intra-thoracique de même valeur, comme nous nous en sommes assuré, avec M. Arnozan, dans des observations faites sur l'homme.

Sans insister davantage sur ces faits, nous voyons donc quelles sont les conditions essentielles de l'énorme stase veineuse périthoracique pendant un effort énergique.

Mais nous comprenons aussi qu'au moment même où cesse l'effort, quand on laisse s'échapper tout d'un coup l'air comprimé dans le poumon et qu'on exécute ensuite les inspirations profondes habituelles, cette masse de sang accumulée aux abords de la poitrine va se précipiter en toute liberté dans l'espace béant qui s'ouvre devant elle. Tous les réservoirs sanguins intra-thoraciques, aussi bien le réservoir aortique que les réseaux pulmonaires et la portion veineuse, brusquement décomprimés, seront trop larges pour leur contenu considérablement réduit : aussi le reflux artériel (Marey) et l'afflux veineux et pulmonaire se produiront-ils en vertu de la différence considérable de pression qui existe à ce moment entre les vaisseaux extra et intra-thoraciques.

(1) Pour la part qui revient aux modifications des pressions abdominale et thoracique dans les variations artérielles de l'effort, voyez les recherches de M. Marey consignées dans sa *Physiologie médicale de la circulation du sang* (1863), et dans son nouveau livre sur *la Circulation du sang* (Paris, G. Masson, 1881).

Cette surcharge veineuse consécutive à l'effort est un phénomène dont l'importance pathogénique nous paraît grande; déjà nous avons insisté ailleurs sur ce sujet, mais nous pouvons rappeler ici que les dangers de l'effort existent pendant que l'effort se produit et restent après lui.

Pendant l'effort, le danger est surtout en rapport avec la distension artérielle : si les artères sont malades et mal soutenues, les ruptures sont imminentes; c'est le cas bien connu des artères athéromateuses, dans un cerveau dont la consistance a diminué.

Mais après l'effort, tout le danger se reporte du côté des systèmes veineux et pulmonaire. Ce n'est certainement pas sans inconvénient qu'on impose au cœur droit et aux vaisseaux pulmonaires des surcharges comme celles qui se produisent par le fait de l'accumulation énorme du sang veineux à la suite d'un effort prolongé.

Ce qui est grave surtout, c'est la répétition des efforts à *intervalles insuffisants*. Il faut en effet un certain temps pour que ces grandes perturbations circulatoires produites par l'effort se réparent et que l'équilibre se rétablisse entre les deux circulations. Si l'on ne respecte pas cette nécessité d'un intervalle notable (qui varie selon les sujets, mais qui, pour certains, dépasse plusieurs minutes), et qu'on répète les efforts coup sur coup, on entrevoit quelle série de troubles circulatoires sera ainsi déterminée. Les désordres cardiaques et respiratoires les plus graves peuvent être produits dans ces conditions.

Une autre conséquence de la cessation *brusque* d'un effort soutenu et que chacun peut observer sur soi-même, c'est le vertige qui se produit alors : il nous paraît logique de l'expliquer par la décharge sanguine instantanée qui s'opère aux dépens des centres nerveux. Pendant tout le temps qu'a duré l'effort, les centres nerveux ont été le siège d'une tension sanguine considérable : le sang artériel y était énergiquement poussé et le sang veineux n'en pouvait sortir qu'en proportion minime. Dès que se suspend l'effort, d'une part le sang artériel diminue brusquement de pression et peut rétrograder, d'autre part les centres nerveux se désemplissent brusquement de sang veineux. Ils passent donc tout d'un coup à un état d'anémie relative, et la brusquerie même de cette modification jointe à son intensité paraît suffire pour provoquer le phénomène du vertige.

Mais, dans les conditions normales, ce n'est là qu'un simple incident, qu'il est du reste possible d'éviter en graduant la cessation de l'effort et en modérant l'amplitude des inspirations consécutives.

Peut-être est-ce dans les conséquences de ces modifications rapides de la circulation des centres nerveux que réside le grand danger des efforts dans certaines affections du cœur et notamment dans l'insuffisance aortique large? Il se peut que dans ce dernier cas la déplétion sanguine encéphalique soit assez rapide, à cause du reflux qui s'opère à la fois dans le réservoir aortique et dans le ventricule gauche subitement décomprimés, pour que l'anémie cérébro-bulbaire qui en résulte puisse amener une syncope très grave. On pourrait ajouter à cela les troubles nerveux réflexes (excitation des nerfs d'arrêt du cœur) résultant de la brusque surcharge cardiaque et qui, surtout dans les cas d'insuffisance aortique, viennent contribuer à entretenir l'anémie bulbaire qui a ouvert la scène.

Quoi qu'il en soit de ces interprétations données ici seulement en passant, il est certain qu'un chapitre de physiologie pathologique des plus intéressants se présente à l'étude si l'on envisage ce qu'on pourrait appeler l'*hygiène respiratoire des*

cardiaques. Tout ce que nous enseigne l'analyse des phénomènes circulatoires normaux dans leurs rapports avec la respiration pourrait servir de base à une semblable étude, et peut-être les développements qui précèdent présentent-ils quelque intérêt à ce point de vue.

Arrivé au terme que nous nous sommes fixé pour cette première partie de notre exposé, nous n'essaierons pas de résumer ici les notions successivement acquises dans le cours de cette étude. Ce serait répéter sans profit les formules abrégées qui suivent chaque paragraphe et nous devons nous contenter d'y renvoyer.

L'examen suffisamment détaillé des influences respiratoires sur la circulation veineuse nous permet maintenant d'aborder la seconde partie de l'étude des mouvements des veines du cou, c'est-à-dire celle des influences que la fonction cardiaque, soit normale soit troublée exerce sur la circulation veineuse au voisinage de la poitrine (*Pouls veineux normal et pathologique*).

Ce point sera traité dans le prochain article.

François-Franck.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

De l'action qu'exercent les fortes doses de strychnine sur la motricité des nerfs chez les mammifères. Note de M. *Vulpian.* — Récemment, M. Ch. Richet a communiqué à l'Académie des sciences les résultats d'expériences intéressantes qui prouvent que l'on peut injecter dans les veines d'un chien des doses très considérables de chlorhydrate de strychnine sans tuer sur-le-champ l'animal (Ch. Richet, *De l'action de la strychnine à très forte dose sur les mammifères*, in *Comptes rendus*, séance du 12 juillet 1880, t. XCI, p. 131). La condition principale du succès de ces expériences, c'est de soumettre l'animal, dès le début, à une respiration artificielle très active. Après une première période, période convulsive, pendant laquelle les mouvements du cœur sont profondément troublés, l'animal présente un collapsus complet, pareil à celui de la curarisation; les mouvements du cœur se régularisent et ne sont plus guère modifiés par les injections ultérieures. M. Ch. Richet a pu ainsi injecter jusqu'à 50 centigrammes de sel de strychnine chez un chien du poids de 10 kilogrammes. Cette quantité si considérable de strychnine a affaibli l'action des nerfs sur les muscles, mais ne l'a pas abolie.

Voulant répéter les expériences de M. Ch. Richet, l'auteur a d'abord recherché si la strychnine, injectée par une des artères crurales, vers l'extrémité du membre correspondant, ferait disparaître l'action du nerf sciatique sur les muscles auxquels il se rend.

J'ai fait, dit-il, cette recherche sur un chien fortement chloralisé. L'artère et la veine crurales du côté droit ont été mises à nu; la veine a été serrée entre les serres d'une pince à pression continue; puis on a injecté assez rapidement dans l'artère, vers les orteils, 16 centimètres cubes d'une solution aqueuse de chlorhydrate neutre de strychnine au centième (16 centigrammes du sel). Le nerf sciatique du même côté a été découvert et lié. Au moment de la ligature, il y a eu un faible mouvement des orteils correspondants. Après avoir coupé le nerf, on a faradisé son bout périphérique; il y a eu un faible mouvement du pied. Les mêmes opérations répétées sur le nerf sciatique gauche montraient que la motricité de ce nerf n'avait pas subi d'affaiblissement. Les muscles avaient conservé toute leur contractilité dans le membre postérieur droit. On pratique une nouvelle injection intra-artérielle de la même quantité de la solution de chlorhydrate de strychnine, et l'on examine tout aussitôt l'état de la motricité des deux nerfs sciatiques. Le nerf sciatique droit, soumis aux courants d'induction les plus énergiques, est sans la moindre action sur les muscles correspondants; le nerf sciatique gauche a conservé sa motricité absolument normale. On constate de nouveau que la contractilité musculaire est intacte dans le membre postérieur droit. Les deux injections ont été faites à onze minutes d'intervalle. Par suite de la chloralisation préalable, il n'y a pas eu la moindre convulsion chez ce chien pendant la durée de l'expérience.

Ayant acquis, par ces expériences, la certitude que la strychnine peut faire disparaître la motricité des nerfs chez les mammifères, lorsqu'elle arrive en suffisante quantité au contact des extrémités terminales de ces nerfs, M. Vulpian a répété les expériences de M. Richet sur des chiens.

Sur un chien du poids de 12 kilogrammes, soumis, dès le premier moment de l'expérience, à une respiration artificielle très active (32 insufflations pulmonaires par minute), j'ai injecté peu à peu, par la veine saphène gauche, vers le cœur, 59 centigrammes de chlorhydrate de strychnine, de trois heures seize minutes à quatre heures vingt et une minutes. Le nerf sciatique droit a été examiné à quatre heures trente minutes. Les excitations faradiques les plus intenses, portant sur ce nerf, ne provoquaient pas le moindre mouvement des orteils correspondants, bien que les muscles eussent conservé leur contractilité normale.

Chez un autre chien, du poids de 23 kilogrammes, il a fallu injecter, par la veine saphène, en une heure et quart, près de 2 grammes de chlorhydrate de strychnine en solution aqueuse au centième, pour obtenir l'abolition complète de l'action des nerfs moteurs sur les muscles.

On est autorisé à conclure de ces expériences que la strychnine, absorbée à hautes doses, peut abolir la motricité des nerfs chez les mammifères, comme elle le fait chez les grenouilles.

Ces faits expérimentaux montrent que l'action du curare sur les nerfs moteurs n'est pas exclusivement propre à ce poison. C'est un point de l'histoire physiologique des agents toxiques que M. Vulpian cherche depuis longtemps à mettre hors de doute, et qui paraît plus incontestable encore après les expériences dont il s'agit ici. La quantité de strychnine nécessaire pour obtenir l'abolition de l'influence des nerfs moteurs sur les muscles est toutefois bien supérieure à la dose de curare qui suffit pour produire le même résultat. Il convient d'ailleurs de rappeler que, si les deux poisons se ressemblent sous ce rapport, ils diffèrent tant par les autres caractères de leur action physiologique, que l'on doit les considérer comme deux types tout à fait distincts.

M. Vulpian a examiné l'effet des injections de solutions d'autres poisons, faites dans une des artères crurales, vers les orteils du membre correspondant. Ces expériences ont été faites aussi sur des chiens. On a injecté de cette façon, sur un chien, 80 centigrammes de chlorhydrate de morphine, en solution au centième. La motricité du nerf sciatique, du côté de l'injection, est demeurée absolument normale. Il en a été de même, chez un autre chien, après une injection intra-artérielle (artère crurale) de 96 centigrammes de sulfate neutre d'atropine, en solution aqueuse au centième. Même résultat après l'injection de 30 centigrammes de conine, en solution hydro-alcoolique, au centième, dans une des artères crurales d'un chien. Au contraire, une injection de 8 centigrammes de nicotine en solution hydro-alcoolique, à 1 pour 200, dans l'artère crurale d'un chien, a détruit immédiatement la motricité du nerf sciatique correspondant, en laissant intacte la contractilité des muscles auxquels se distribue ce nerf. La nicotine est donc encore une substance qui, absorbée à dose suffisante, peut, comme le curare, abolir l'influence des nerfs moteurs sur les muscles. Je l'avais déjà constaté chez les grenouilles ; on voit qu'il en est de même chez les mammifères. Par tous les autres caractères de son action physiologique, la nicotine n'en constitue pas moins aussi un type toxique distinct.

Sur le caractère physiologique de la contraction tendineuse. Note de M. *J. Guérin.* — Tout le monde connaît le phénomène connu sous le nom de *réflexe tendineux* (voy. *Gaz. hebd.*, 1881, p. 547). M. J. Guérin n'y voit qu'un fait de contractilité des tendons analogue à celle de la contractilité musculaire. Les preuves qu'il donne de son opinion sont les suivantes :

1° La constitution anatomique du tendon est le résultat nécessaire du tassement des fibres musculaires réunies dans un trajet libre, mais circonscrit, et des tractions incessantes qu'elles y subissaient Ces deux conditions règlent invariablement l'existence ou l'absence, ainsi que les rapports de forme et de dimension du tendon avec la portion charnue du muscle. Ce fait est une des applications de la loi physiologique : *La fonction fait l'organe.* On a la certitude du bien-fondé et de la signification de ce rapport, par certaines transformations accidentelles des muscles en tendons, et, réciproquement, par le retour de ces tendons passagers à la constitution musculaire. Ainsi, dans les difformités anciennes, produites par la rétraction musculaire, où des muscles et tendons raccourcis sont soumis à des tractions incessantes et exagérées, il est de règle que la portion charnue perd graduellement de sa consistance jusqu'à disparaître parfois tout à fait au profit de la portion tendineuse, laquelle gagne en longueur ce que le muscle a perdu en largeur. Deux exemples de cette métamorphose, sur lesquels il fournit des indications détaillées, lui paraissent favorables à cette opinion; il y voit une nouvelle confirmation dans les recherches de Flourens, en 1856, sur la sensibilité tendineuse, et dans celles que M. Papenheim en 1861, et M. Sappey en 1866, ont faites au sujet des cordes tendineuses, dans lesquelles ils ont trouvé des nerfs qui ne pouvaient être que des prolongements des nerfs musculaires.

2° La partie tendineuse du muscle droit antérieur, avant son insertion au tibia, est interrompue par un os sésamoïde considérable : la rotule; or, lorsqu'on exécute volontairement l'extension de la jambe sur la cuisse, la portion tendineuse du muscle placée entre la rotule et le tibia participe à la contraction musculaire provoquée par la volonté. Pourrait-on considérer la contraction simultanée de ces deux parties comme d'un ordre différent : l'une comme contraction volontaire, l'autre comme contraction réflexe? Ce qui avait pu être contesté à l'origine, c'était l'existence propre et réelle de la contraction tendineuse, que l'on avait longtemps prise pour un effet de la traction exercée par le muscle. Mais les expériences rapportées dans mon premier mémoire ont mis fin à cette méprise. Des aiguilles implantées dans la portion tibiale du tendon rotulien ont fait voir que le raccourcissement provoqué par la contraction volontaire simultanément dans le tendon et dans le corps charnu du muscle a lieu dans les deux sens : de bas en haut aussi bien que de haut en bas. Et s'il pouvait rester encore quelque doute à cet égard, il suffirait de se rappeler la contraction de la portion tibiale du tendon rotulien pendant les efforts de redressement volontaire de la jambe sur la cuisse, chez certains sujets atteints de soudure partielle de la rotule au fémur, avec possibilité d'un faible mouvement de flexion de la jambe.

Maladie de Ménière. — M. *Bonnafont* donne lecture d'une nouvelle note concernant les phénomènes nerveux (vertiges, titubation, défaut d'équilibre, etc.), qui sont généralement attribués aux canaux demi-circulaires, et qui peuvent également être produits ou provoqués par la simple pression de la membrane du tympan. (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

Suc gastrique. — M. *V. Poulet* adresse une note signalant la présence de l'acide hippurique dans le suc gastrique de divers animaux. (Renvoi à l'examen de M. Wurtz.)

Des microzymas gastriques et de leur pouvoir digestif. — M. *Béchamp* écrit à M. le secrétaire perpétuel : « A l'occasion de recherches sur le suc gastrique du chien, dont j'ai donné un aperçu dans un mémoire sur les matières albuminoïdes, j'ai cherché à isoler les microzymas gastriques qui accompagnent nécessairement le suc que l'on obtient par fistules gastriques artificielles. Ils restent sur le filtre, avec des débris de cellules des glandes dites pepsiques. Par un traitement à l'éther, qui les prive des corps gras, et avec quelques soins, il est facile de les isoler. Au microscope, ils apparaissent sous la forme de fines granulations mobiles, brillantes, peut-être un peu plus volumineuses que les microzymas pancréatiques. Après un lavage suffisant à l'eau phéniquée, ils ne rougissent pas le papier de tournesol. Voici les résultats des expériences auxquelles je les ai soumis. »

Après le récit de ses expériences, l'auteur continue :

L'expérience démontre donc que les microzymas gastriques n'agissent pas sur les matières albuminoïdes dans une matière neutre : on sait qu'il en est de même de la pepsine. On doit donc considérer celle-ci comme étant produite par ceux-là, de même que la pancréazymase est formée par les microzymas pancréatiques. La propriété des microzymas gastriques d'agir dans un milieu acide les distingue des microzymas pancréatiques. En effet, ces derniers n'agissent bien que dans les milieux neutres ou légèrement alcalins. Cependant ils opèrent également la digestion de la fibrine dans un milieu faiblement acidulé par l'acide chlorhydrique, mais leur activité est suspendue dans une liqueur plus acide que le suc gastrique. Toutefois, ce qui distingue surtout les microzymas pancréatiques, qu'ils agissent dans des liqueurs neutres ou très légèrement acides, c'est la production de composés du dédoublement cristallisable (leucine, tyrosine, etc.), lesquels n'accompagnent jamais les digestions par les microzymas ou le suc gastrique.

Observations nouvelles de mort apparente de nouveau-nés, traitée avec succès par un bain. Note de M. *Campardon.* — Une note de M. le docteur Goyard, insérée aux *Comptes rendus* du 10 janvier 1881, affirme, avec preuves à l'appui, que le meilleur moyen de ramener à la vie les nouveau-nés en état de mort apparente est de les plonger dans un bain à 50 degrés. L'emploi de ce procédé avait été suggéré par un travail du docteur Gustave Le Bon, publié également dans les *Comptes rendus*, en 1872. M. Campardon communique à l'Académie deux observations dans lesquelles il a pu, par ce même procédé, ramener à la vie deux enfants qui se trouvaient, dit-il, dans une situation désespérée, et dont il donne d'ailleurs l'observation détaillée.

Académie de médecine.

Séance du 7 mars 1882. — Présidence de M. Gavarret.

M. le ministre du commerce transmet à l'Académie : 1° une demande de M. Bonnet-Bardin à l'effet d'exploiter l'eau d'une source dite Marie-Louise, à Chamalières (Puy-de-Dôme) (*Commission des eaux minérales*); 2° un certain nombre de remèdes secrets et nouveaux.

M. le ministre de la guerre adresse le tome VII (2° série) du *Recueil de mémoires et observations sur l'hygiène et la médecine vétérinaires militaires.*

M. le docteur *Baudrimont* (de Bordeaux) envoie un *pli cacheté*, dont le dépôt est accepté.

M. le docteur *Mandon* (de Limoges), adresse un mémoire manuscrit intitulé : *Étude pathogénique et thérapeutique des fièvres intermittentes simples et copulées.* (*Commission des candidatures des correspondants nationaux.*)

M. le docteur *Girard de Cailleux* envoie son *Rapport annuel pour 1878 sur l'asile d'aliénés de Marsens* (Suisse).

M. le docteur *Asping* (de Yamstown, États-Unis) adresse un mémoire manuscrit sur le *Traitement de la diphthérie*, pour le concours du prix Saint-Paul de 1882. (Inscrit sous le n° 12.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° de la part de M. le docteur *Ravel* (de Cavaillon) les ouvrages suivants : *Bibliographie de la myélite; Du mercure dans la chorée essentielle; Malice, rudesse, dureté de quelques hommes de l'art envers leurs malades; L'officine des anciens médecins grecs et romains n'était pas un hôpital; Chem-y-Koei, Société des médecins marchands en Chine;* 2° au nom de M. le docteur *Pietro Cogo* (de Padoue), une brochure intitulée : *Memoria intorno all' angina difterica e sua cura;* 3° de la part de M. le docteur *Kerber* (de Chemnitz) les mémoires suivants : *Die Höhe der Erdatmosphäre* et *Refractions theorie auf geometrischer Grundlage.*

M. *Legouest* présente, de la part de M. le docteur *E. Spillmann* (d'Alger), l'article Genou, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, ainsi que l'*Exposé de ses titres et travaux scientifiques* à l'appui de sa candidature au

titre de correspondant national dans la deuxième division. (*Commission spéciale.*)

M. *Depaul* dépose un ouvrage de M. le docteur *Duboué* (de Pau), intitulé: *Étude comparée du médicament et de la série médicamenteuse, de la série sédative et excito-motrice.*

M. *Hervieux* fait hommage d'une *thèse* de M. le docteur *Staieu* (de Bucharest) *sur la vaccine animale.*

M. *Léon Labbé* présente une brochure intitulée : *Étude clinique sur l'inversion de l'utérus*, par M. le docteur *Chavernac* (d'Aix).

M. *Tillaux* place sous les yeux des membres de l'Académie un *Pneumo-inclu-seur*, imaginé par M. le docteur Servajan (de Saint-Alban) et construit par M. Mariaud.

Paralysie par compression des nerfs. — En 1871, M. Panas lut devant l'Académie un mémoire dans lequel il démontrait que la paralysie réputée rhumatismale du nerf radial n'était en réalité qu'une paralysie par compression. A cette époque de nombreuses objections lui furent faites, et M. *Vulpian*, entre autres, combattit cette manière de voir; mais ayant eu l'occasion récente d'observer un cas dans lequel la paralysie, évidemment produite par la compression des nerfs brachiaux, a présenté le même ensemble de phénomènes que dans les paralysies radiales dites *a frigore*, il s'empresse de venir loyalement déclarer qu'il n'hésite pas à se ranger, au moins pour le plus grand nombre des paralysies radiales, à l'opinion de M. Panas et à reconnaître avec lui que, dans la plupart de ces cas, le nerf a été soumis, pendant un temps plus ou moins long, à une pression continue, alors surtout qu'il est si difficile d'amener ces malades à dire qu'ils ont pu être soumis au froid.

Le cas dont il s'agit est celui d'une jeune femme qui, à la suite d'une arthrite prolongée du genou droit, avait eu pendant plusieurs mois le membre inférieur dans un appareil silicaté et qui avait été durant tout ce temps condamnée à se servir de béquilles. Le 10 janvier 1882 elle entra à l'Hôtel-Dieu; neuf jours avant, elle avait ressenti des douleurs dans le membre supérieur, surtout dans les avant-bras et les mains, et elle avait éprouvé, en même temps, de la faiblesse dans les deux mains, à la droite principalement; il y avait aussi un gonflement de ces parties, gonflement plus prononcé à droite qu'à gauche, mais qui disparut le lendemain de son entrée. Après examen il fut reconnu que l'appareil silicaté gênait la marche et que les traverses des béquilles dont se servait la malade, ayant perdu presque toute leur garniture, pressaient plus fortement sur les parties internes et supérieures des bras. Les muscles animés par les nerfs radial, cubital et médian sont paralysés dans les deux membres supérieurs, surtout à droite. Les mouvements de pronation et de supination des avant-bras sont affaiblis; mais il n'y a pas d'atrophie manifeste et la sensibilité, en même temps que la contractilité musculaire, est conservée partout. Certains faisceaux pourtant se contractent peu, c'est ce qu'on observe surtout pour le faisceau de l'extenseur commun destiné au médius et pour celui de l'extenseur commun destiné à l'index. Il faut noter qu'on ne peut provoquer aucune contraction des muscles animés par le nerf radial. Le 14 janvier, la faradisation faite sur l'avant-bras provoque une sensation de brûlure dans la main, qui disparaît dès le 18. Le 20, un appareil induit permet d'obtenir une amélioration certaine qui va en progressant chaque jour. Le 31, la malade commence à se servir de sa main gauche et relève un peu la main droite. On fait un nouvel essai de faradisation du nerf radial du côté droit et pour la première fois on obtient une contraction des muscles animés par ce nerf. Le 15 février, même état; on enlève l'appareil silicaté et on constate une ankylose incomplète de l'articulation du genou droit et une atrophie des muscles de la jambe et de la cuisse. Le 1er mars, état à peu près normal à gauche; du côté droit, le mouvement volontaire d'extension de la main sur l'avant-bras se fait moins péniblement. Le faisceau de l'extenseur commun destiné au médius est encore paralysé. La main gauche en serrant un dynamomètre dévie l'aiguille de 20 divisions; la main droite ne peut pas imprimer à cette aiguille le moindre déplacement. On voit que, chez cette malade, la pression exercée par les béquilles a porté sur tous les nerfs brachiaux; ce n'est pas toujours ainsi que les choses se passent; parfois un seul nerf a été comprimé et la paralysie ne s'observe que dans les muscles animés par ce nerf.

La paralysie, en somme, a été complète pour les muscles de l'avant-bras et de la main, du côté droit; incomplète pour les muscles correspondants du côté gauche (c'est sur la béquille du côté droit que la malade s'appuyait le plus fortement en marchant); elle n'a guère porté, en réalité, que sur la motilité; la sensibilité était intacte, les nerfs vaso-moteurs et les nerfs sudoraux avaient conservé leurs actions réflexes; cependant le mouvement volontaire était ou affaibli (côté gauche) ou à peu près complètement aboli (côté droit). Pour chercher à se rendre compte de cette différence, dit M. Vulpian, il faut examiner l'état dans lequel se trouvaient les agents principaux du mouvement volontaire chez cette malade. L'encéphale et la moelle sont évidemment hors de cause : on n'a à s'occuper que des nerfs moteurs et des muscles. Les muscles de l'avant-bras et de la main, du côté droit (côté le plus paralysé) avaient conservé leur contractilité, à peu près au degré normal; mais les nerfs n'agissaient plus sur ces muscles que pour les mettre en contraction. La faradisation du nerf radial, par exemple, n'avait plus aucune action sur l'extenseur commun, tandis que les excitateurs humides appliqués sur ce muscle lui-même y produisaient de fortes contractions, à l'exemple de ce qui se passe chez les grenouilles empoisonnées par le curare.

Ce n'est pas toujours ainsi que les choses se présentent dans la paralysie par béquilles. Si les nerfs comprimés perdent leur motricité, les muscles ne tardent pas à ne plus répondre ou à ne répondre qu'imparfaitement aux excitations faradiques. Ils continuent, au contraire, à se contracter sous l'influence des courants galvaniques; on constate encore, en un mot, les particularités caractéristiques d'une altération des nerfs moteurs; les muscles s'atrophient assez rapidement. De plus, on pouvait chez cette malade reconnaître que la paralysie ne se borne pas toujours à une simple impuissance des nerfs sur les muscles; un des faisceaux des extenseurs communs (à droite, celui qui met en mouvement le médius; à gauche, celui qui meut l'index) était évidemment et est encore altéré, puisqu'il répond à peine à l'excitation faradique; le filet nerveux destiné à ce faisceau paraît donc avoir subi une atrophie complète. Chez cette malade, il y a donc, réunis et coexistants dans le même muscle, deux des degrés de la paralysie par compression.

Il est bien difficile d'admettre que les fibres motrices du nerf radial, par exemple, avaient été atteintes par la pression des béquilles, pendant que les fibres sensitives, vaso-motrices et sécrétoires, mêlées aux fibres motrices dans ce nerf, avaient échappé à la pression. Donc, si les fibres nerveuses motrices sont paralysées, et non les autres, cela tient à une modification qui a dû se faire au niveau des terminaisons intra-musculaires de ces fibres, modifications que l'on peut comparer à celle que produit le curare dans les points où les extrémités des fibres motrices se mettent en rapport avec la substance propre des faisceaux musculaires striés. Chez cette malade, au moment où l'amélioration produite par l'électrisation quotidienne avait atteint un certain degré, et où les excitations faradiques, portant sur le nerf radial lui-même, provoquaient facilement des contractions des muscles correspondants, la volonté ne pouvait produire que de faibles contractions de ces muscles. Il est probable, d'après ces observations, que l'on constatera dans d'autres cas de paralysie par béquilles, pendant quelques jours au moins, l'absence absolue de mouvements volontaires, avec persistance de la possibilité de provoquer des contractions par faradisation directe des nerfs. En résumé, la compression prolongée des nerfs peut produire une paralysie de ces nerfs, caractérisée par une interruption passagère, mais plus ou moins durable, de la transmission des excitations des fibres nerveuses mo-

trices aux faisceaux musculaires striés, bien que ces deux sortes d'éléments anatomiques aient conservé leurs propriétés physioloques.

Physiologie de la contraction tendineuse. — (Voir au *Compte rendu de l'Académie des sciences*, p. 161.)

Chloroforme et chloroformisation. — L'équation algébrique, pour employer l'expression de M. Verneuil, suivant laquelle M. Gosselin voudrait résoudre la technique des inhalations de chloroforme, telle qu'il l'a indiquée à la dernière séance : 141 inspirations = 113 d'air chloroformé + 28 d'air pur pour produire, en général, une anesthésie complète et sans dangers, cette théorie de la manœuvre anesthésique ne paraît pas être du goût des chirurgiens qui siègent à l'Académie. Après M. Léon Labbé qui, il y a huit jours, déclarait lui préférer la chloroformisation continue à petites doses, voici que MM. *Verneuil*, *Rochard* et *Maurice Perrin* la combattent à leur tour aujourd'hui, dans ce qu'elle a d'absolu. Ce n'est plus sur la qualité de l'agent anesthésique, lequel paraît toujours à M. Maurice Perrin une condition importante, en ce qui concerne tout au moins les inconvénients, les malaises qui accompagnent souvent son emploi, que la discussion s'est élevé, car on a fait remarquer que dans la presque unanimité des cas le chloroforme dont on se sert est très suffisamment pur ; le débat a plutôt porté sur le mode d'administration et surtout sur ses contre-indications et sur le mécanisme de la mort dans la chloroformisation.

Il y a trente ans que j'administre le chloroforme, déclare M. Verneuil, et depuis vingt ans je le donne en me servant des règles puisées dans les préceptes de Bouisson, de Chassaignac, de Perrin, etc. ; en cas d'accident, je me sers des moyens recommandés par tous nos maîtres, respiration artificielle, flagellation épigastrique, traction de la langue, etc. ; dans ces conditions, je n'ai pas eu un seul accident grave pendant vingt-neuf ans et demi, et cependant il y a quelques mois j'en ai eu un, quoique dans les conditions les plus favorables et les plus régulières. Aussi M. Verneuil croit-il devoir « se séparer avec éclat » de M. Gosselin et affirmer pour son compte que le chloroforme, même bien administré et bon, peut par lui-même et de lui-même entraîner la mort ; il s'en tient à la formule de Robert : chaque fois qu'on introduit dans l'économie un agent quelconque, ayant pour but de supprimer la sensibilité et la motilité, on crée un grand danger pour le malade. De sorte que, avant de pouvoir dire que le procédé des intermittences des inhalations, préconisé par M. Gosselin, met définitivement à l'abri de tout désastre, il faut encore attendre. C'est aussi l'avis de M. Rochard et de M. Maurice Perrin, de ce dernier surtout, qui fait remarquer que tous les chirurgiens qui se sont servis d'autres procédés ont obtenu d'aussi excellents résultats que M. Gosselin, ce qui enlève une certaine valeur à son argument.

Mais y a-t-il quelques raisons à ces intermittences, ne fût-ce qu'au point de vue théorique ? Sans doute, ajoute M. Maurice Perrin, en agissant ainsi on diminue la quantité de chloroforme contenue dans le sang, mais ne va-t-on pas alors à l'encontre du but que l'on se propose et ne retarde-t-on pas purement et simplement le moment où le malade sera endormi ? Ne se met-on pas ainsi dans la nécessité de rendre le chloroforme que l'on vient de faire sortir ? Et d'ailleurs, objecte de son côté M. Verneuil, que sait-on de précis à cet égard ? On ignore ce qui est relatif à la dose maniable chez l'homme ; on parle d'élimination par les reins, la peau, l'intestin ; mais sait-on ce qu'est cette élimination, en quelle quantité et comment elle peut se faire ?

Toutes ces expériences de laboratoire n'ont encore rien produit qui puisse guider véritablement la pratique. Les dissidences proviennent surtout de ce qu'on ne comprend pas de la même manière la mort par le chloroforme : pour M. Gosselin, c'est un empoisonnement ; pour M. Maurice Perrin, il s'agit d'un accident brusque, foudroyant, d'une asphyxie, ou du moins d'une de ces sortes d'asphyxie qu'on a appelées l'asphyxie bleue et l'asphyxie blanche, le malade oublie de respirer et il suffit alors quelquefois d'exciter son épigastre pour rétablir la respiration, d'autres fois ses muscles respirateurs sont paralysés et le mieux alors est de pratiquer la respiration artificielle, d'autres fois encore le malade meurt de syncope ; quant à M. Verneuil, il pense que l'on meurt de plusieurs manières pendant l'anesthésie, par syncope, par asphyxie, par arrêt de la respiration, tantôt au début de la chloroformisation, quelquefois même alors que le sommeil est régulier. Une même cause de mort ne pouvant être admise dans tous les cas, un même moyen d'éviter cet accident ne saurait donc être proposé ; la chloroformisation ne peut être soumise à aucune règle fixe, précise et constante.

Les contre-indications sont d'ailleurs des plus nombreuses, suivant la nature de l'opération, le siège de cette opération et surtout suivant les états organiques des sujets ; on devine avec quelle habileté et quelle autorité M. Verneuil développe ce dernier point de vue, montrant quelle différence d'action cet agent peut avoir sur un homme de bonne santé ou sur un homme malade et rappelant que, d'après un relevé publié par le *British medical Journal*, depuis le 1er janvier 1882, il y a déjà eu 9 cas de morts par le chloroforme, 4 par l'éther et 1 par le méthylène dans les hôpitaux de Londres. Or, les autopsies ont montré que, dans plus de la moitié des cas, le cœur était gras, circonstance, dit-il, d'autant plus funeste, que cet état est indiagnosticable. Cette dernière affirmation arrache à M. Hardy un cri d'étonnement très remarqué par l'Académie ; M. Verneuil en prend acte dans l'espoir que son collègue voudra bien lui fournir à cet égard les indications nécessaires.

Reste la question incidemment soulevée par M. Rochard qui, après une brillante et éloquente défense de la chloroformisation pour laquelle il craindrait que les débats actuels n'apportent quelque pusillanimité dans son emploi si précieux, et après avoir approuvé les critiques adressées par les deux autres orateurs au procédé de M. Gosselin, recommande de se servir du cône tronqué dont on fait communément usage dans la marine depuis longtemps ; le chloroforme s'y trouve constamment à 7 ou 8 centimètres de la bouche du malade ; et il se fait un mélange d'air suffisant pour empêcher l'absorption de doses massives que l'on donne si facilement avec la compresse, surtout lorsque l'application n'en est pas très soigneusement surveillée ; de plus, le dosage du chloroforme est ainsi rendu très facile. Cependant M. Maurice Perrin reproche à ce cône d'agir à la manière des moustiquaires, de gêner le passage de l'air et de l'empêcher de circuler librement devant la bouche du patient.

En résumé, de tous les anesthésiques le chloroforme est le plus sûr, mais quel que soit son mode d'administration, quel que soit son état de pureté, les accidents sont toujours à redouter ; la question de vie ou de mort est toujours posée quand on administre un anesthésique quelconque, et il importe surtout de tenir compte de l'organisme appelé à le recevoir. Il est vrai, fait remarquer M. Verneuil, que si l'on n'administre le chloroforme qu'à ceux qui sont très disposés à le supporter sans inconvénients, n'ayant aucune tare fonctionnelle, on supprimera plus de la moitié des chloroformisations.

Tel est l'ensemble des observations opposées à M. Gosselin ; celui-ci s'est borné pour aujourd'hui à maintenir, dans une interruption à M. Verneuil, qu'un bon procédé d'administration, tel que celui qu'il a indiqué d'après son expérience, peut arriver à sauver la vie à ce 1/4000e qui succombe actuellement avec le chloroforme. MM. Gosselin, Trélat, Tillaux, Léon Labbé, Léon Lefort, Depaul, Jules Guérin, se sont fait inscrire pour continuer mardi prochain cette brillante discussion ; quant aux autres chirurgiens et accoucheurs de l'Académie, ils sont tous inscrits.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 1er MARS 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Statistique : amputations sous-périostées. — Résection du coude. — Rapport : syndactylie. — Enchondrome de l'extrémité supérieure de l'humérus. — Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. — Redressement de la cuisse; rupture de l'ankylose fibreuse; présentation de l'appareil.

M. *Nicaise* donne le résultat de quelques amputations pratiquées l'an dernier à l'hôpital Laennec. Il a toujours employé la bande d'Esmarch et le pansement de Lister; les ligatures ont été faites avec le catgut ou la soie phéniquée; les extrémités nerveuses ont été réséquées dans le moignon. M. Nicaise a cherché la réunion par première intention; il a pratiqué la méthode sous-périostée et a immobilisé le moignon. Voici le résumé des observations :

1° Homme de cinquante-trois ans; tumeur blanche tibio-tarsienne; amputation de la jambe à la partie moyenne; guérison.

2° Homme de vingt et un ans; tumeur blanche du genou; amputation de cuisse à deux lambeaux; guérison.

3° Homme de vingt-sept ans; tumeur blanche du genou; amputation de cuisse, circulaire; guérison.

4° Homme de vingt-neuf ans; tumeur blanche du genou; amputation circulaire de la cuisse; guérison.

5° Homme de cinquante-huit ans; tumeur blanche du genou; amputation de cuisse à deux lambeaux; guérison.

6° Homme de quarante-deux ans; tumeur blanche du genou droit; mauvais état général; tubercules pulmonaires; amputation circulaire de la cuisse; mort par phlébite infectieuse.

Dès 1814, il était question des amputations sous-périostées. En ces derniers temps, M. Ollier n'en est pas partisan. M. Trélat en a parlé favorablement. M. Houzé de l'Aulnoit et M. Poncet ont publié des brochures pour vulgariser des procédés particuliers. M. Houzé taille un lambeau de périoste pour recouvrir l'extrémité de l'os; M. Poncet taille un manchon. C'est ce qu'a fait M. Nicaise; il a taillé une manchette de 3 à 4 centimètres de hauteur en relevant le périoste avec une rugine. Sur une pièce anatomique recueillie trente jours après l'opération, on voit sur la coupe du fémur une lamelle osseuse fermant en bas le canal médullaire.

M. *Trélat* a énoncé pour la première fois en 1866, et très nettement, que, dans l'opération d'Esmarch ou de Rizzoli, il serait bon d'intercaler un lambeau de périoste entre les deux surfaces de section de l'os maxillaire pour les empêcher de se ressouder. Il a dit de plus que, dans les amputations de membre, on pourrait disposer une manchette périostique à l'extrémité de l'os. M. Trélat opère à peu près comme M. Nicaise.

La pièce présentée par M. Nicaise fournit une bonne démonstration, parce que ce n'est pas un vieux moignon. M. Trélat a donné le résultat de ses amputations à Necker en 1881; il a perdu un malade par septicémie; tous les autres ont guéri. De préférence, M. Trélat fait l'amputation de la cuisse par la méthode à lambeau antérieur. Pour l'opération sous-périostée, il préfère la manchette au lambeau de M. Houzé de l'Aulnoit. Il y a dix jours, M. Trélat a fait une amputation de cuisse chez un individu écrasé par une roue de voiture; amputation circulaire au tiers inférieur; manchette périostale. Le blessé fut opéré en pleine suppuration; à cause de cela, la réunion manqua totalement; plus tard, il faudra enlever une rondelle du fémur.

M. *Després* pense que le manchon et le lambeau périostique ne sont jamais des opérations régulières; il n'a jamais pu obtenir une manchette périostique sur le fémur, mais seulement des lambeaux de périoste. Quand on opère des malades atteints de tumeur blanche, le périoste est épaissi, et on peut tailler un lambeau qui ne reproduira pas l'os, parce que c'est un lambeau de périoste malade. Sur dix individus amputés de la cuisse pour tumeur blanche, M. Després n'a perdu qu'un malade.

M. *Pozzi*. On voit sur la pièce présentée par M. Nicaise que l'oblitération de l'os est faite par deux ossifications : l'une, très épaisse, qui dépend de la moelle; l'autre, plus petite, qui dépend de la manchette périostique; elles sont séparées l'une de l'autre par du tissu cellulaire. Au delà de quarante ans, le périoste est tellement mince et adhérent qu'il paraît presque impossible de tailler un manchon.

M. *Nicaise*. Chez les enfants, M. Ollier craint que l'amputation sous-périostée ne donne une trop grande proportion d'os, un os en massue.

— M. *Pozzi* présente une jeune fille à laquelle il a fait la résection du coude pour une ankylose osseuse complète, suite d'arthrite, et datant de cinq ans. La malade se sert très bien de son bras.

— M. *Delens* fait un rapport sur un travail de M. Blum relatif à la pathologie de la main. On y trouve une observation de syndactylie simulant une ectrodactylie; les os seuls ont été atteints par l'arrêt de développement; les muscles, les vaisseaux et les nerfs sont normaux.

— M. *Marchand* lit une observation d'enchondrome de l'extrémité supérieure de l'humérus; opération; guérison. Il présente la pièce.

— M. *Richelot* lit une observation de laryngotomie inter-crico-thyroïdienne; opération préliminaire dans l'ablation d'un épithélioma de la base de la langue; mort rapide.

— M. *Bouilly* lit une observation d'ankylose fibreuse à angle droit de la hanche, redressée par l'appareil Collin.

— M. *Terrillon* présente, au nom de M. Collin, l'appareil qui a servi à M. Bouilly pour fixer exactement et complètement le bassin.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

Effets et mode d'élimination de l'iodure de méthyltriéthylstibonium, classé parmi les agents curariques : M. Rabuteau. — Transfert des modifications de la sensibilité, passage de la léthargie à la catalepsie : M. Dumontpallier. — Division des noyaux et formation des cellules dans le parablaste des poissons osseux : M. Henneguy. — Appareil pour la respiration artificielle par les narines : M. Laborde. — Régulateur thermo-électrique pour les températures constantes : M. Régnard. — Compression ovarienne : M. Baratut.

On sait, d'après des recherches antérieures de M. Rabuteau (Académie des sciences, 1873), que les iodures de tétraméthylammonium et de tétramylammonium agissent comme des poisons curariques. Il était intéressant d'étudier les sels de stibonium quaternaires qui correspondent aux sels d'ammonium composés quaternaires. Ces diverses combinaisons stibiées, dont la connaissance, au point de vue chimique, date de 1851, avaient été considérées comme inoffensives. L'erreur provenait de ce qu'après leur introduction dans l'estomac, chez les animaux, on n'avait pas observé les vomissements que provoquent habituellement les préparations stibiées ordinaires.

M. *Rabuteau* a démontré que l'iodure de méthyltriéthylstibonium, introduit en solutions aqueuses sous la peau chez les animaux, aux doses de 30 à 50 centigrammes par kilogramme du poids de l'animal, produit des effets identiques à ceux que détermine le curare.

La mort arrive par asphyxie comme par le curare. L'iodure de méthyltriéthylstibonium s'élimine facilement de l'orga-

nisme, ce qui rend compte de la nécessité des fortes doses pour assurer la mort. On retrouve ce sel dans les urines en leur ajoutant un peu d'eau d'amidon et versant quelques gouttes d'acide nitrique contenant des vapeurs nitreuses. Le mélange se colore en bleu intense par l'iode mis en liberté. On reconnaît la présence de l'antimoine en plaçant deux lames de platine dans un verre contenant l'urine des animaux en expérience, et mettant ces lames en communication avec une pile, par exemple avec la pile de Grenet; l'antimoine se dépose sur la lame de platine au pôle négatif.

Le sel en question fait partie d'une classe d'agents curariques dont les termes sont excessivement nombreux. Si, dans l'ammonium ou un sel ammoniacal quelconque, on remplace les quatre atomes d'hydrogène par un radical alcoolique, tel que le méthyle, l'éthyle, l'amyle, on obtient des composés ammoniacaux quaternaires comme l'iodure de tétraméthylammonium, de tétramylammonium, qui sont tous des agents curariques. Que l'on remplace dans ces composés l'azote par l'antimoine ou le phosphore, on aura par exemple l'iodure de méthyltriéthylstibonium et l'iodure de tétréthylphosphonium qui agissent comme le curare.

En raison des substitutions nombreuses que l'on peut effectuer en remplaçant l'hydrogène par divers radicaux alcooliques, on voit que le nombre de ces agents curariques est considérable. On peut même présumer, d'après ces données générales, que les sels d'arsénium quaternaires devront agir comme les sels précédents, l'arsenic s'y trouvant dissimulé quant à ses effets, comme sont dissimulés l'antimoine et le phosphore dans les sels de stibonium et de phosphonium quaternaires.

On sait, d'autre part, d'après les recherches de Schroff, Crum-Brown et Fraser, Jolyet et André Cahours, que lorsque l'on substitue des radicaux alcooliques dans les divers alcaloïdes tels que la strychnine, la brucine, la morphine, la thébaïne, la conine, on peut obtenir des produits nauséaux tels que les iodures de méthyl-éthyl-amylstrychnium, brucium, morphium, etc., qui se distinguent non seulement par leur solubilité remarquable, mais par leur mode d'action sur l'organisme. Ils perdent successivement leurs propriétés primitives pour devenir des agents curariques. Ainsi les sels d'éthylstrychnium possèdent encore quelques propriétés convulsivantes; ceux de diéthylstrychnium en possèdent moins; enfin, ceux de triéthylstrychnium ne provoquent plus de convulsions, ce sont de véritables curares.

Le curare provient de diverses plantes du genre strychnos. Il est probable que la curarine, lorsqu'elle sera mieux étudiée et surtout si elle peut être préparée artificiellement, se présentera comme une substance renfermant des radicaux alcooliques, le méthyle, par exemple, c'est-à-dire comme un ammonium composé.

— M. *Dumontpallier* entretient la Société d'une nouvelle série d'expériences sur les hystériques, expériences parmi lesquelles nous signalerons les suivantes : sur une femme qui présente une plaque d'analgésie entre deux zones de sensibilité normale à la face antéro-externe de la jambe, on constate que la répartition des zones sensibles et insensibles est inverse à la région du mollet correspondant et identique à la face palmaire de l'avant-bras du côté opposé. Or, si l'on agit avec le « soufflet capillaire » sur la plaque d'anesthésie de la région jambière moyenne, on intervertit la disposition des zones, aussi bien dans cette partie du corps que dans la partie similaire du membre supérieur opposé.

Chez une malade qui présente facilement le passage de la léthargie à la catalepsie, on provoque la succession de ces deux états par l'attouchement du vertex et quand la catalepsie a succédé à la léthargie, par exemple, on obtient le renversement des phénomènes par la même opération.

Ces recherches sont faites avec la collaboration de M. Magnin, et les dernières avec celle de M. Forfer.

— M. *Henneguy* a étudié, chez les poissons osseux, la division des noyaux et la formation des cellules dans le *parablaste*, couche protoplasmique qui entoure le germe et s'étend au-dessous de lui, sans prendre part directement à la segmentation. Vers la fin du troisième jour, chez la truite, apparaissent dans le parablaste de nombreux noyaux qui se multiplient par voie de division, en présentant les phases qui s'observent dans les cellules embryonnaires. Un peu plus tard, un certain nombre de ces noyaux s'entourent d'une figure radiée et autour d'eux de petites masses de protoplasma se séparent du parablaste pour constituer des cellules qui s'ajoutent aux cellules de segmentation du germe. Cette observation prouve que la division du noyau et celle de la cellule sont deux phénomènes, qui, bien que liés généralement intimement l'un à l'autre et simultanés, peuvent cependant être indépendants; elle confirme pour les animaux ce que Strasburger, Treub, etc., ont déjà établi pour les végétaux.

— M. *Laborde* présente un dispositif qui permet de faire la respiration artificielle par insufflation chez les chiens sans trachéotomie : c'est une sorte de muselière métallique qui coiffe le museau de l'animal en s'appliquant hermétiquement à son pourtour et permet l'entrée et la sortie de l'air par les narines.

— M. *Régnard* montre le thermo-régulateur électrique dont il s'est servi pour faire varier très vite la température qui doit être maintenue constante dans un liquide. L'appareil se compose d'un thermomètre ouvert dans lequel plonge un fil de platine faisant partie avec le mercure d'un circuit électrique dans lequel est compris un électro-aimant. Ce dernier peut écraser un tube de caoutchouc servant à l'arrivée du gaz quand la température du liquide atteint le degré au niveau duquel on a fait descendre la tige de platine.

— M. *Baratut* expose l'observation d'une femme chez laquelle la compression ovarienne, avec ses effets ordinaires, pouvait être facilement pratiquée par le toucher vaginal, grâce à un prolapsus ovarique produit par une rétroversion avec rétroflexion du corps de l'utérus.

SÉANCE DU 4 MARS 1882. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Hyperexcitabilité neuro-musculaire à toutes les périodes de l'hypnotisme : MM. Dumontpallier et Magnin. — Surprises de la métallothérapie : M. Burcq. — Expériences négatives sur l'action propre du « regard » dans la production des contractures : MM. Javal, Pouchet, Dumontpallier, Magnin. — Sulfate de potasse dans le vin : M. Rabuteau. — Innervation de l'utérus : M. Rein.

M. *Dumontpallier* fait, au nom de M. *Magnin* et au sien, une communication sur les conditions qui permettent de mettre en évidence les phénomènes d'hyperexcitabilité neuromusculaire dans toutes les périodes de l'hypnotisme.

Ce phénomène, sur lequel M. Charcot a si justement attiré l'attention dans la phase léthargique, a pu être déterminé sur une malade dans les conditions suivantes : en faisant passer ce sujet de la phase léthargique à la phase cataleptique, le choc et la percussion ne produisaient plus les réactions musculaires de l'état précédent, mais on les obtenait avec le vent du « soufflet capillaire »; puis, pendant l'état somnambulique, les mêmes réactions étaient produites par le choc et la pression sur le trajet des nerfs. Par conséquent, ce caractère de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire n'est pas spécial à la phase léthargique; on peut le faire apparaître en mettant en usage des procédés qui diffèrent avec les périodes et avec les sujets.

—M. *Burcq* cite un certain nombre de faits destinés à établir l'efficacité des métaux et leur spécialité d'action ainsi qu'à faire justice de l'hypothèse anglaise de l'« expectant attention ». Il s'agit des « surprises » que réserve la métallothérapie quand on ne prend pas soin d'employer purs les métaux reconnus actifs

par les essais préalables. A ce sujet, l'auteur raconte l'histoire d'un journaliste bien connu qui fut débarrassé pendant deux ans de ses migraines en portant des plaques d'acier et n'éprouva plus aucun effet du jour où un fabricant peu scrupuleux substitua des plaques de tôle aux plaques d'acier pur.

— M. *Javal* donne communication à la Société d'un procès-verbal signé de MM. Dumontpallier, Magnin, Pouchet et Javal, et dans lequel sont relatées les expériences faites en commun au sujet de « l'action du regard » sur la production et la disparition des contractures chez une hystérique. De cette lecture résulte le fait, sur lequel insiste d'ailleurs ensuite M. Javal, que le regard par lui-même ne paraît être pour rien dans les oscillations des contractures qui ont été observées. M. Dumontpallier, du reste, attribue ces effets à la réflexion de la lumière sur la surface des globes oculaires.

— M. *Rabuteau* expose le résultat de ses recherches sur la richesse des différents vins en sulfate de potasse et sur l'innocuité des vins non falsifiés avec des alcools toxiques.

— M. *de Sinéty* lit une note intéressante de M. Rein (de Saint-Pétersbourg) sur le *plexus fondamental de l'utérus*, travail exécuté dans le laboratoire de M. Ranvier. Voici les principales conclusions de ce travail :

Le plexus fondamental de l'utérus présente les mêmes caractères généraux que ceux des autres organes à fibres lisses; il est situé en dehors de l'utérus, principalement dans le tissu cellulaire entourant le vagin, dans la région où le plexus hypogastrique s'anastomose avec les branches sacrées utérines.

Ce plexus renferme un grand nombre de cellules ganglionnaires formant chez le cobaye plus d'une centaine de ganglions de différentes grandeurs, qui sont situés pour la plupart sur le trajet des faisceaux nerveux principaux afférents et efférents du plexus. On rencontre aussi un certain nombre de petits ganglions disposés sans ordre dans les mailles du réseau du plexus lui-même.

D'après leur position, les cellules ganglionnaires peuvent être distinguées en cellules hypogastriques, sacrées, utérines, vésicales, et cellules du plexus fondamental proprement dit.

La limite supérieure des cellules ganglionnaires utérines chez le cobaye et le lapin correspond à l'origine des cornes utérines. Plus haut, elles font complètement défaut, soit dans les ligaments larges, soit dans l'utérus lui-même.

En bas, le plexus fondamental de l'utérus se confond avec le plexus vaginal.

Aucune fibre du plexus hypogastrique ou des nerfs sacrés n'entre directement dans l'utérus; elles n'y pénètrent qu'après avoir passé à travers le plexus fondamental.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de Paris. — Dans sa réunion du jeudi 2 mars, la Faculté a nommé professeur d'anatomie pathologique, M. Cornil.

Administration générale de l'Assistance publique. — *Avis aux internes des hôpitaux.— Prix Civiale.* — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1000 francs fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce travail devra être déposé au Secrétariat général de l'administration avant le 15 août 1882, au plus tard.

Congrès. — Un Congrès scientifique, auquel les Académies et Sociétés savantes de France sont convoquées par la Société de Bordeaux, aura lieu au mois de mai prochain dans la ville de Dax, choisie pendant la durée du concours régional. L'une des sections du Congrès est exclusivement réservée aux sciences médicales et à l'anthropologie. — La session durera six jours.

Société protectrice de l'enfance. — *Deuxième bal d'enfants*, paré et costumé, donné sous le patronage des jeunes bienfaiteurs de l'œuvre, le jeudi 16 mars 1882, à une heure de l'après-midi, dans le grand salon des fêtes de l'Hôtel Continental, 3, rue Castiglione. — Les billets d'entrée sont de 3 francs. On en trouve dès à présent au siège de la société, 4, rue des Beaux-Arts, et à l'Hôtel Continental, 3, rue Castiglione.

Conseil municipal : la pharmacie centrale. — La pharmacie centrale, dont le service est si important, n'est isolée que d'un seul côté, et encore incomplètement; elle ne possède qu'une seule issue à l'extérieur; elle n'a que de l'eau de l'Ourcq en quantité insuffisante, mais surtout elle n'a pas d'égout intérieur. Le Conseil municipal est actuellement saisi par l'administration de deux projets de travaux à exécuter : l'un pour la construction d'un égout, l'autre pour la réparation de la toiture et le nettoyage de la façade de certains bâtiments. On voit que ces deux projets réunis ne répondent pas aux besoins actuels; c'est ce qui résulte du rapport qui vient d'être présenté au Conseil par M. Bourneville.

Nécrologie.— M. le docteur Pain, ancien médecin adjoint de l'établissement d'aliénés de Clermont (Oise), vient de succomber à Paris, où il exerçait la médecine depuis dix ans. On a de lui un certain nombre de publications estimées sur l'assistance et l'hygiène appliquées aux aliénés.

Cours complémentaire de pathologie externe. — M. le docteur Ch. Monod commencera ce cours le mardi 21 mars, à cinq heures (petit amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. M. Monod traitera des *affections chirurgicales de la face, de la bouche et du cou.*

Leçons cliniques, — M. le docteur Bucquoy, agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, reprendra ses leçons cliniques, à l'hôpital Cochin, le mardi 14 mars 1882, et les continuera les mardis suivants.— Visite à huit heures et demie.

Mortalité a Paris (9e semaine, du vendredi 24 février au jeudi 23 mars 1882).— Population d'après le recensement de 1881 : 2225910 habitants.— Nombre total des décès : 1337, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 36. — Variole, 11. — Rougeole, 23. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 5.— Diphthérie, croup, 64.—Dysentérie, 1.— Erysipèle, 15. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 76.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 216. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 81. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 67. — Bronchite aiguë, 59. — Pneumonie, 126. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 46; au sein et mixte, 28; inconnu, 16.— Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 119; de l'appareil circulatoire, 70; de l'appareil respiratoire, 109; de l'appareil digestif, 59; de l'appareil génito-urinaire, 20; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 2; causes non définies, 0. — Morts violentes, 46. — Causes non classées, 8.

Conclusions de la 9e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1354 naissances et 1337 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1289, 1357, 1417, 1355. Le chiffre de 1337 décès relevé dans le bulletin de ce jour est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison avec la 8e semaine des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques fait ressortir : une atténuation pour la variole (11 décès au lieu de 14 pendant la 8e semaine), la rougeole (23 au lieu de 25), la coqueluche (5 au lieu de 6); une aggravation pour la fièvre typhoïde (36 décès au lieu de 32), la diphthérie (64 au lieu de 63), l'érysipèle (15 au lieu de 9). Les décès par scarlatine (3) et par infection puerpérale (5), ont atteint le même chiffre que durant la 8e semaine.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 16 mars 1882.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — CHLOROFORMISATION. — LA DÉLÉGATION A LA CHAIRE DE PHYSIOLOGIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON.

Séance de l'Académie de médecine. — Chloroformisation.

C'est une véritable croisade des chirurgiens de l'Académie contres les principes scientifiques et contre « la technique » de M. Gosselin en matière de chloroformisation. Après MM. Verneuil, Rochard, Maurice Perrin, voici MM. Trélat et Léon Le Fort, dont les discours ont rempli une partie de la dernière séance. Tous les cinq, dans les formes curieusement diverses d'un talent de tribune toujours remarquable, ont énergiquement protesté contre cet axiôme : que le chloroforme bien administré ne tue jamais; axiôme grave, dangereux, faux en soi, mais surtout capable de troubler la conscience des opérateurs et de compromettre dans l'avenir les bienfaits d'une des plus heureuses découvertes de la médecine moderne, — et aussi d'une des plus fécondes; car, ainsi que l'a rappelé M. Trélat, le chloroforme, l'éther, n'ont pas seulement pour avantage de calmer ou de supprimer la douleur, ils ont puissamment contribué à étendre le domaine de la chirurgie, à éclairer le diagnostic de diverses maladies, tant internes qu'externes. M. Le Fort a fait remarquer combien l'ancienne thèse de Sédillot, avec laquelle on croyait en avoir fini, est aggravée par celle de M. Gosselin, qui ne réserve pas une place, ou la fait insignifiante, à l'impureté de l'agent anesthésique.

Dans cette question, doivent être soigneusement distingués deux points de vue, par cette raison surtout qu'ils ne sont pas également accessibles aux lumières de la discussion.

Si, en effet on considère uniquement le danger de mort, il est permis de tenir peu de compte des enseignements de l'expérience personnelle. Bien des chirurgiens se sont vantés, pendant dix, douze, quinze ans et peut-être davantage, de ne compter dans leur pratique, et grâce à des procédés particuliers, aucun cas de mort, qui ont enfin dû faire l'aveu de ce malheur une ou plusieurs fois. Il en a été de même de ceux — et M. Gosselin, si nous ne nous trompons, le sait autant que personne — qui ont proclamé l'innocuité de l'éther. Si, avec la diversité des procédés employés, le défaut fréquent des précautions élémentaires, le peu de souci de ces contre-indications dont M. Duret a fait le compte dans sa thèse inaugurale, la proportion des victimes en France est, selon le calcul de M. Gosselin, d'environ 1 sur 5000 anesthésiés, et si, en même temps, avec M. Le Fort, on constate dans les statistiques des séries heureuses de 1 mort sur 17 000 anesthésiés, on comprend quelle masse de faits un chirurgien serait tenu de produire à son avoir pour être autorisé à se faire honneur de son succès. Ce ne serait pas 5000 faits, mais bien 20 000, 30 000, 60 000, si l'on voulait satisfaire aux exigences d'une bonne statistique, et ne pas s'exposer à prendre une simple chance pour un coup de maître. Dès lors, comment M. Gosselin qui, il y a une dizaine d'années seulement, partageait sur les dangers du chloroforme l'opinion commune, peut-il affirmer aujourd'hui que sa méthode personnelle est de nature à conjurer le danger? Essaiera-t-il de grossir son bilan avec le bilan d'autrui, de consulter, par exemple, les statistiques anglaises, allemandes, américaines? Ces statistiques seront à peu près muettes, parce qu'on n'aura jamais, sur les procédés d'anesthésie suivis par les médecins étrangers, que des données générales, impuissantes à prononcer sur la vraie cause de sinistres particuliers. On sait d'ailleurs que rien n'échappe plus à l'interprétation scientifique que la diversité des circonstances dans lesquelles la mort s'est produite. Plusieurs orateurs l'ont dit, et ces paroles ont été écrites plus d'une fois ici même : « La question de vie ou de mort est posée toutes les fois qu'on chloroformise. » A très petites doses, à l'état de pureté, le chloroforme peut tuer un individu sain, avant qu'on ait eu même le temps de pratiquer des interruptions; il peut tuer après la période anesthésique (M. Trélat a eu la douleur d'en avoir un exemple sous les yeux); il peut tuer par syncope, par suffocation, etc.; voilà surtout ce qu'il ne faut oublier, ni dans la pratique, ni dans un débat.

La critique est plus à l'aise s'adressant aux simples accidents de la chloroformisation : l'agitation, les vertiges, les vomissements, etc. Ces accidents-là, tous les chirurgiens les connaissent; ils sont si communs, si habituels même, qu'ils forment un terrain bien déterminé pour l'expérimentation comparative des procédés. Aussi est-ce sur eux que devait naturellement porter et qu'a porté réellement une bonne partie de la discussion. Or, celle-ci peut être ramenée à

trois chefs principaux : 1° quelle est, dans le produit des accidents, la part de l'idiosyncrasie ou de l'état pathologique du sujet? 2° quelle est la part de l'impureté du chloroforme? 3° quelle est celle des procédés d'inhalation?

L'influence idiosyncrasique, l'influence des dispositions morbides, personne ne les a contestées. M. Gosselin lui-même, si enclin à grossir celle de sa méthode, reconnaît expressément que le même chloroforme, administré de la même manière, pendant le même temps, à divers individus, peut produire chez eux des effets différents, faire naître chez l'un des accidents qui manqueront chez l'autre. Peut-être ne lui a-t-on pas rendu suffisamment justice sous ce rapport. A plus forte raison, ces différences s'accentueront-elles suivant les dispositions anatomiques, physiologiques, pathologiques du cerveau, de la moelle, des poumons, du cœur, du foie, de l'estomac, du larynx. C'est ce que M. Verneuil a rappelé d'abord avec insistance, et après lui plusieurs orateurs; c'est ce que reconnaît certainement M. Gosselin; mais dans quelle mesure? Nous ne savons au juste; en tout cas, cette mesure ne saurait être bien grande sans nuire un peu au fond de la thèse qu'il défend à l'Académie.

L'impureté du chloroforme est-elle aussi rare et aussi inoffensive que le veut notre savant confrère? Que le chloroforme soit quelquefois impur, c'est ce dont témoignent non seulement l'altération de ses qualités physiques, mais aussi son inefficacité. M. Maurice Perrin a cité, à ce sujet, l'expérience décisive, ce semble, d'un officier qui, avec un certain chloroforme, ne put être endormi qu'*après un labeur de trois quarts d'heure*, et le fut ensuite en six ou huit minutes avec le chloroforme purifié à dessein par le procédé qu'a imaginé M. Regnauld, et qu'il a lui-même rappelé au début de la discussion. Toutefois, on peut regarder comme certain que la qualité de l'anesthésique ne joue, dans les effets qu'il produit, qu'un rôle tout à fait secondaire. C'est, du reste, l'opinion formellement exprimée par M. Verneuil dans son premier discours; et, si l'on n'envisage que les cas de mort, avec impureté *vérifiée*, trois seulement ont pu être relevés par M. Le Fort dans les statistiques.

Reste la technique des inhalations. C'est la question dominante. Les accidents ne se produisent, en définitive, que par une action nuisible du chloroforme sur les centres nerveux. Il est bien évident que la grande préoccupation du chirurgien doit être de déterminer les conditions dans lesquelles l'action physiologique du chloroforme, son effet purement anesthésique, se dégage le mieux de toute action nocive. Si la certitude était faite sur ce point, on ne serait encore à l'abri ni de morts foudroyantes ni d'accidents moins terribles, comme les vomissements et les vertiges; mais très sûrement, la pratique de l'anesthésie deviendrait sous tous les rapports plus inoffensive. Malheureusement, nous n'en sommes pas là. M. Gosselin apporte à l'appui de son procédé des inhalations intermittentes, deux ordres d'expériences : les unes faites sur les animaux, les autres tirées de sa pratique chirurgicale, lui ayant fourni deux séries de résultats concordants. Le chloroforme à dose massive et continue tue les chiens ou détermine chez eux des accidents plus ou moins graves; à doses faibles et intermittentes il les endort paisiblement. De même les accidents si souvent observés chez l'homme pendant la chloroformisation continue se présentent moins souvent à M. Gosselin depuis qu'il a adopté la méthode des interruptions. Ce double argument de fait est certainement digne de considération. Pourtant, nous ne voyons pas qu'aucun orateur s'y soit rendu. Tous répondent par un autre argument de fait; ils déclarent que les résultats obtenus par eux sont aussi satisfaisants que ceux de leur collègue, bien qu'ils emploient les inhalations continues. Et l'on peut même soutenir que l'induction n'est pas contre eux. Le soin essentiel du chirurgien, quel doit-il être? D'empêcher l'emmagasinement du chloroforme dans le cerveau et dans le bulbe rachidien. Or, s'il y a des interruptions dans ces inhalations, il y a aussi des interruptions, ou au moins des affaiblissements temporaires, dans l'effet anesthésique; il y a des déperditions successives de la force qu'on a fait agir sur le système nerveux; déperditions qu'il faut réparer jusqu'à production d'anesthésie; et, comme le sujet sur lequel on opère ne sera anesthésié que par une dose déterminée de chloroforme, la dose totale des vapeurs inhalées sera, toutes choses égales, plus forte que si les inhalations avaient été continues. Ne peut-on craindre d'ailleurs, quand on songe à la soudaineté des accidents dans certains cas, après quelques inspirations seulement, que des agressions distinctes et répétées de l'anesthésique n'exposent à plus de danger qu'une accoutumance continue et convenablement ménagée? M. Perrin, si nous nous souvenons bien, a fait cette remarque. Assurément, si la pratique des intermittences devait être mise en parallèle seulement avec celle des doses massives, capables de sidérer d'un coup le système nerveux central, elle obtiendrait aisément la préférence aux yeux des chirurgiens. Mais elle a à côté d'elle celle de la continuité à petites doses, avec toutes les précautions nécessaires pour laisser à l'air atmosphérique un accès suffisant dans les voies respiratoires. Cette dernière pratique est aujourd'hui celle de presque tous les praticiens de France; de France, un des pays, M. Gosselin le reconnaît, où la proportion des morts par le chloroforme est le plus faible. Il n'existe guère de divergence entre eux que sur le procédé manuel. Le cornet, proposé jadis par M. Regnauld et qui n'a jamais perdu les faveurs du corps de santé de la marine, est un instrument *ad hoc* des plus commodes. M. J. Rochard, dans une rapide défense du chloroforme et une « protestation » contre les terreurs « pusillanimes » qui avaient porté M. Gosselin à opposer théoriquement à cette précieuse liqueur le protoxyde d'azote, s'est fait le panégyriste de ce cornet, muni d'un diaphragme de flanelle largement troué au centre et dans lequel l'agent anesthésique se trouve toujours à 7 ou 8 centimètres de la bouche. M. Le Fort, de son côté, à la fin de son discours, a présenté un modèle de cornet heureusement conçu. Il est aisé d'ailleurs, de le remplacer par un mouchoir roulé en cône tronqué; M. Labbé se sert d'une compresse doublée d'une toile imperméable pour empêcher l'évaporation et qu'il ne retire jamais que pour la recharger de liquide. Ce sont là des détails dans lesquels nous n'entrerons pas plus aujourd'hui que ne l'on fait les orateurs eux-mêmes.

A. D.

La délégation à la chaire de physiologie de la Faculté de médecine de Lyon.

Notre excellent confrère et ami M. Laborde a bien voulu répondre dans son dernier Bulletin (*Tribune médicale*, n° 108, p. 721) à l'article que nous avions écrit pour réfuter les arguments dictés par M. Paul Bert, signataire de l'arrêté qui nomme M. Morat professeur suppléant de physiologie de la Faculté de médecine de Lyon. Nous devons donc, ne fût-ce que pour dissiper quelques malentendus, revenir en peu de mots sur ce sujet et expliquer ce qui a paru obscur ou peu concluant à notre distingué collègue. M. Laborde s'étonne

que nous ayons discuté son article comme s'il avait été l'expression de son opinion personnelle. Il déclare que c'est l'ex-ministre lui-même « qui a parlé par sa plume ». Nous reconnaissons que nos critiques s'adressent surtout à M. P. Bert et nous sommes très heureux de voir M. Laborde affirmer qu'il ne s'agissait point dans ce qu'il a écrit de ce qu'il pense lui-même de l'arrêté ministériel. Nous croyons d'ailleurs que nos lecteurs ne se seront point mépris à ce sujet et qu'ils auront parfaitement compris — le nom de M. P. Bert revient assez souvent dans notre précédent article — que si nous nous adressions à M. Laborde c'est que, en se faisant l'interprète de M. P. Bert, il semblait approuver ses idées et défendre un ministre dont nous croyions devoir critiquer les procédés autoritaires. Nous reconnaissons aussi volontiers que M. P. Bert a été sincère et que, en se hâtant d'imposer aux Facultés de médecine l'application d'un système qu'il juge de nature à relever l'enseignement de la physiologie, il ne s'est pas exclusivement préoccupé d'installer un de ses préparateurs dans une situation à laquelle celui-ci n'avait que peu de droits. Mais nous ne saurions admettre que le système en question ne soit pas en contradiction formelle avec le statut de l'agrégation de médecine. S'il est permis à un ministre de ne tenir aucun compte des conseils qui lui sont donnés par les hommes compétents et d'installer, comme suppléants dans les Facultés de médecine, des professeurs qu'il prend où il le juge convenable, il nous paraît évident que ces nominations imprévues et peu justifiées rendent tout à fait dérisoires les fonctions des agrégés et, par conséquent, sont virtuellement contradictoires avec les règlements qui autorisent les Facultés à proposer pour une suppléance celui des agrégés qu'elles jugent le plus digne de ces fonctions. M. Laborde persiste aussi à affirmer que M. Arloing n'était pas *disponible* parce qu'il « était réservé pour une chaire de création nouvelle à la Faculté des sciences ».

Nous croyons avoir suffisamment répondu à cet argument. M. Arloing était parfaitement disponible au moment où M. P. Bert a signé d'urgence l'arrêté qui le condamne à l'inaction. La lettre adressée au *Progrès médical* par M. J. Teissier (*Progrès médical*, p. 195) atteste, au nom de M. Arloing, que celui-ci « n'a jamais été appelé à se prononcer sur l'acceptation ou la non-acceptation de cette suppléance qu'il n'a ni recherchée ni refusée ». M. Laborde sait, aussi bien que nous, comment et pourquoi on s'est efforcé d'imposer à M. Arloing la situation singulière dans laquelle il se trouve placé aujourd'hui. Nous persistons donc dans nos déclarations premières et nous sommes persuadé que notre excellent ami, M. Laborde, reconnaîtra avec nous qu'il n'était point urgent, qu'il n'était pas utile de contrevenir, par un arrêté signé à la dernière heure, à toutes les traditions universitaires.

L. L.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

De l'évidement du corps des vertèbres, par le docteur, Eug. Boeckel, chirurgien de l'hôpital de Strasbourg (1).

Les corps des vertèbres, par leur position derrière les viscères, paraissent inaccessibles à nos instruments; on serait tenté seulement de faire une exception pour la région cervicale, dont les corps vertébraux sont assez faciles à atteindre en décollant l'œsophage par sa face postérieure.

L'expérience m'a cependant prouvé qu'on pouvait arriver sans trop de difficultés même sur le corps d'une vertèbre dorsale en réséquant la partie postérieure de la côte correspondante, et pour la région lombaire l'accès est encore plus facile en faisant l'incision de la néphrectomie.

Voici l'observation recueillie par M. le docteur Frey, qui a donné lieu à ce mémoire :

Obs. — Caroline Hartmann, mariée, âgée de quarante-trois ans, est mère de trois enfants, dont l'aîné a dix-huit ans et le plus jeune sept ans. Elle n'a pas fait de maladie jusqu'au printemps 1881, où elle fut prise de douleurs vives entre l'omoplate gauche et la colonne vertébrale qui la forcèrent d'entrer à l'hôpital. Elle fut traitée dans un service interne et envoyée au bout de quelque temps à l'asile des convalescents.

En octobre 1881, la malade dut rentrer dans le service de chirurgie pour une tumeur fluctuante considérable qui s'est formée au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. L'abcès est incisé, gratté, désinfecté, et l'on constate à cette occasion que le décollement remonte jusqu'au bord supérieur du scapulum et qu'il existe un point rugueux sur l'une des côtes. Pansement antiseptique et compressif. La suppuration est d'abord peu abondante, mais elle augmente bientôt de quantité, et quand, en novembre, M. Eugène Boeckel reprend le service, il trouve la malade très cachectique, avec une exacerbation fébrile tous les soirs, allant jusqu'à 39 degrés et même quelquefois 40. Le 16 novembre 1881 on anesthésie la malade; une sonde introduite dans la fistule, au bas de la région dorsale, remonte le long de l'omoplate jusqu'au niveau de la fosse sus-épineuse. On fait une large contre-ouverture à ce niveau, et l'on tombe sur la troisième côte qui est dénudée et rugueuse. On en enlève un morceau de 4 centimètres, derrière lequel il existe des fongosités mollasses qu'on gratte avec la cuiller tranchante. L'index, explorant la plaie, pénètre alors dans le médiastin postérieur et reconnaît que la partie latérale du corps de deux vertèbres, probablement la deuxième et la troisième, est corrodée. Des bourgeons, mêlés de débris osseux, remplissent la cavité qu'on évide avec la cuiller tranchante et dont on estime le volume à celui d'une petite noix. De la poudre d'iodoforme est frottée dans la plaie et un gros tube à drainage est introduit jusqu'au fond. Pansement antiseptique.

Le soir de l'opération, la température monte encore à 38 degrés et puis elle ne dépasse plus jamais 37°,8. Le pansement est renouvelé d'abord tous les deux jours sans irrigation de la plaie et sans ajouter de l'iodoforme.

Dès le 29 novembre, la suppuration diminue beaucoup et la plaie se couvre de granulations vigoureuses.

Le 9 décembre, on supprime le tube à drainage; mais comme on constate au bout de quelques jours qu'il reste un trajet fistuleux de 8 à 10 centimètres qui pénètre jusqu'aux vertèbres, on y introduit un crayon d'iodoforme, qu'on renouvelle tous les cinq ou six jours. La malade reprend lentement, elle a de la bronchite. Huile de foie de morue et vin de quinquina.

20 février 1882. La malade a meilleure figure, un peu plus de couleur, sa bronchite a presque disparu et il n'y a pas de signes de tubercules pulmonaires; mais elle se sent toujours faible du dos et n'ose pas rester assise longtemps. La fistule est étroite et admet à peine la sonde cannelée, mais elle est toujours profonde et l'on continue à y introduire des crayons d'iodoforme.

10 mars. La malade prend de semaine en semaine un peu plus de force. Elle peut maintenant rester levée pendant une heure sans fatigue dans le dos.

En somme la guérison n'est pas complète, mais on est en droit de l'espérer si l'état général continue à s'améliorer comme il l'a fait pendant ces deux derniers mois.

Pour voir jusqu'à quel point l'évidement des corps vertébraux pouvait être généralisé j'ai fait quelques expériences sur le cadavre en commençant par les vertèbres dorsales qui sont le plus difficiles à atteindre. La résection de 3 à 4 centimètres d'une côte, un peu en dehors de l'angle de cet os, ouvre une porte suffisante pour pénétrer dans le médiastin. Le décollement de la plèvre, si elle n'est pas épaissie, devra se faire avec précaution au moyen du doigt de peur de la déchirer. Quand on a le choix du côté, on opérera de préfé-

(1) Une communication verbale sur ce sujet a été faite à la Société de médecine de Strasbourg, séance du 2 février 1882.

rence à gauche pour s'éloigner de la veine cave plus difficile à ménager que l'aorte. Les artères intercostales, le canal thoracique, la veine azygos, etc., paraissent aussi des empêchements presque insurmontables à l'opération. Ils le seraient en effet s'il s'agissait d'aller attaquer une vertèbre, mais dans les conditions où l'on opère un foyer de pus s'est frayé le chemin jusqu'au voisinage des téguments et en l'ouvrant on trouve un canal qui vous conduit sur le corps de la vertèbre malade déjà dépouillée des parties qui la recouvrent. Il ne reste donc qu'à creuser l'os en partant du point dénudé et l'entreprise est moins difficile et moins périlleuse qu'elle ne le semble en théorie.

Outre la carie, il pourra se présenter une autre indication pour ce genre d'opérations dans les plaies par armes à feu, témoin la blessure du président Garfield. La balle du revolver lui avait fracturé la onzième côte et creusé une gouttière dans le corps d'une vertèbre; le trajet était rempli de débris osseux qui entretenaient la suppuration. En réséquant la côte fracturée, on aurait pu pénétrer sur la vertèbre blessée et nettoyer le trajet de la balle, de façon à le mettre dans de bonnes conditions de guérison. La balle elle-même, si difficile à retrouver à l'autopsie, aurait pu séjourner dans le corps sans grands inconvénients.

Chez de simples soldats on tentera un jour cette voie de salut; malheureusement chez de grands personnages la responsabilité des chirurgiens, déjà si grande dans les cas ordinaires, est tellement augmentée par le rang du blessé que la consultation aboutit presque toujours à l'abstention, quelque fatale que puisse en être la conséquence.

Le corps des vertèbres lombaires, avons-nous dit, est assez facile à atteindre par une incision longeant le bord externe du muscle sacro-lombaire depuis la dernière côte jusqu'à la crête iliaque. Après avoir traversé les différentes couches de la paroi abdominale on arrivera sur la colonne en passant derrière le côlon et au-devant du rein. Au besoin on sacrifiera la douzième et même la onzième côte, comme on l'a déjà fait pour l'extirpation du rein.

Mais dans les caries lombaires il existe le plus souvent un abcès du psoas faisant saillie dans le pli de l'aine. En pratiquant une ouverture à ce niveau on peut y introduire une sonde qui servira à faire une contre-ouverture dans le fond de l'incision lombaire et alors le foyer purulent conduit directement sur la vertèbre malade.

Ce n'est donc pas la difficulté de l'opération qui sera le grand obstacle à son adoption, mais l'incertitude du diagnostic. Si même on sait à peu près quelle est la vertèbre malade, on ne connaît pas le degré et l'étendue de l'affection osseuse. Aussi mon intention n'est pas de conseiller indistinctement dans tous les abcès ossifluents du rachis d'aller à la recherche de la vertèbre malade; mais je pense qu'avec les pansements antiseptiques nous devons attaquer plus hardiment les abcès froids et non seulement les ouvrir à la partie déclive, mais faire des contre-ouvertures aussi haut que possible, ce qui donne toujours plus de chance de guérison au malade. Si alors par l'une de ces incisions on peut arriver sur un corps vertébral carié, il ne faut pas craindre de l'attaquer avec la cuiller tranchante pour préparer l'action curative de l'iodoforme, cet agent si précieux dans le traitement des fongosités osseuses.

P. S. — Au moment de livrer ce travail à l'impression, je lis dans la *Berliner medic. Wochenschr.* du 6 mars 1882 une observation toute semblable d'Israël. Après avoir réséqué la douzième côte, il constata un foyer de carie dans le corps de la dernière vertèbre dorsale et l'évida jusque dans le canal rachidien, dont il s'échappa une grande quantité de pus. L'opéré guérit d'abord très bien, puis il fut atteint d'une pleurésie suppurée partie de la plaie, à laquelle il succomba dans la sixième semaine.

CORRESPONDANCE

Traitement de la pleurésie par les injections de pilocarpine.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Je viens de lire les observations de M. le docteur Coriveaud sur le traitement de la pleurésie par les injections de pilocarpine, avec d'autant plus d'intérêt que, depuis plus de deux ans, j'ai fréquemment employé ce moyen tant à ma clinique que dans ma clientèle. Ce n'est point pour réclamer la priorité que je vous écris; car, l'idée est tellement naturelle qu'elle a dû venir à tout le monde, et qu'avant, comme après ce que j'ai lu, je n'ai garde de m'en croire l'inventeur. Mais, puisque l'auteur du travail que vous publiez appelle de nouveaux travaux sur la question, je vous demande la permission de citer les conclusions dont je faisais suivre une nouvelle observation présentée en novembre par un de mes internes à la Société de médecine d'Angers. Elles confirment dans l'ensemble celles de M. le docteur Coriveaud et diffèrent cependant par quelques points :

1° Les injections sous-cutanées de pilocarpine (1 à 2 centigrammes) font disparaître, à elles seules, dans l'espace d'une ou deux semaines, les épanchements pleurétiques moyens. Il a suffi d'une injection par jour ou même tous les deux jours.

2° Elles ont hâté (5 à 12 jours) la disparition d'épanchements plus considérables, mais déjà réduits par la thoracentèse ou les vésicatoires.

3° Elles ont une action incomparablement plus sûre et sont d'une application bien plus facile que le jaborandi.

4° L'effet de la pilocarpine s'est montré d'autant plus marqué que la diaphorèse a été plus abondante, plus exclusive ou tout au moins prédominante sur la salivation. L'effet thérapeutique semble tellement lié à cette spanhydrie que, dans les rares applications où la sueur a manqué, l'épanchement a paru n'éprouver aucune modification.

5° Malgré sa rapidité d'action, la pilocarpine ne peut être applicable à tous les cas, elle ne remplacera jamais la thoracentèse dans les cas d'urgence et présente même d'autres contre-indications : nature et abondance de l'épanchement, degré de la réaction fébrile, état des forces du sujet, etc.

En effet, M. le docteur Coriveaud ne paraît pas s'être préoccupé de la température de ses malades avant et après l'injection. Or, avant l'apparition de la sueur et pendant la plus grande partie de sa durée, le pouls est plus dur et plus vif et le thermomètre s'élève de 5 à 12 dixièmes de degré au-dessus de la température initiale. Cet effet immédiat semble exclure la pilocarpine du cas où un surcroît d'hyperthermie est à redouter. Secondement, après cette période d'excitation vient une période de dépression considérable, surtout si l'on dépasse 2 centigrammes, bien connue de tous ceux qui ont employé la pilocarpine dans la diphthérie et autres affections. Tous les malades accusent un accablement et une faiblesse plus ou moins profonds qui nous ont imposé comme règle l'usage des boissons toniques, vin chaud, punch, etc., pendant la diaphorèse, mais avec ce correctif même on devra souvent rejeter la pilocarpine chez les sujets débilités. Quelques cardiopathies peuvent encore fournir des contre-indications, mais il faudrait entrer dans le détail. Je préfère indiquer les résultats de quelques expériences comparatives instituées dans le but de mieux déterminer le mode d'action de la pilocarpine. Cette question de la température m'a ramené à l'emploi de l'acide phénique

Les lavements avec 50 centigrammes à 1 gramme d'acide phénique que j'ai employés, en 1880, pour obtenir l'hypothermie dans la fièvre typhoïde, m'ont donné constamment des résultats proportionnés à la diaphorèse. L'abaissement de température, lié à la sueur, a varié entre 0°,8 et 2°,25; en moyenne, 1°,8. J'ai obtenu dans la pleurésie les mêmes effets immédiats et, dans deux cas d'épanchement moyen, la *guérison complète en onze jours*. Le résultat définitif se rapproche donc beaucoup de celui des injections de pilocarpine quant à la diaphorèse et à la disparition de l'épanchement, mais il en diffère notablement pour la thermoscopie, et l'écart en plus ou en moins de la température initiale ne peut être estimé en moyenne à moins de 2 degrés entre l'action des deux médicaments.

L'acide phénique pourrait donc trouver son indication dans les cas ou les périodes qui feraient rejeter la pilocarpine.

Ces conclusions demanderaient peut-être comme pièces justificatives mes observations détaillées et assez nombreuses, mais je

ne voudrais pas en encombrer votre substantiel journal, et si vous publiez cette note faite au courant de la plume, je les réserverai pour les réflexions qu'elle peut faire naître ou les objections qu'elle pourrait soulever.

Veuillez agréer, etc.

Dr Em. Farge,
professeur de clinique à l'École d'Angers.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 6 MARS 1882. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Sur l'acide carbonique normal de l'air atmosphérique, par M. *Dumas*. — Les expériences de M. J. Reiset, par leur nombre, leur précision, l'importance des volumes sur lesquels elles ont porté, les années mêmes qui les séparent, ont établi d'une manière définitive deux vérités dont l'histoire du globe aura désormais à tenir compte : la première, c'est que la proportion de l'acide carbonique dans l'air varie à peine; la seconde, qu'elle s'éloigne peu de 3/10000 en volume. Ces vérités sont pleinement confirmées par les résultats obtenus en 1868, 1869, 1870 et 1871, à Rostock. M. Franz Schulze donne, en effet, comme moyenne, avec de très faibles écarts : pour 1869 (année entière), 2,8668; pour 1870 (année entière), 2,9052; pour 1871 (six premiers mois), 3,0126.

Plus récemment, MM. Müntz et Aubin ont analysé, par un procédé qui leur est propre, l'air recueilli dans la plaine à Paris et celui qu'ils ont pris au pic du Midi et au sommet du Puy-de-Dôme. Leurs résultats s'accordent avec ceux qui ont été publiés par M. J. Reiset et par M. Schulze.

La grande moyenne de la proportion de l'acide carbonique dans l'air paraît donc bien près d'être fixée; mais, ce point de départ établi, il reste à étudier les variations dont elle pourrait être susceptible, non par des causes locales, ce qui est de peu d'importance, mais par des causes générales se rattachant aux grands mouvements de l'atmosphère. C'est sur cette étude que M. Dumas appelle l'attention de l'Académie et celle des missions chargées d'aller observer, dans les stations favorables, le passage de Vénus sur le Soleil.

Études expérimentales relatives a l'action que peut exercer le permanganate de potasse sur les venins, les virus et les maladies zymotiques. Note de M. *Vulpian*. — M. de Quatrefages a lu, il y a quinze jours, devant l'Académie, une note très intéressante, à propos d'une publication de M. de Lacerda. Il rappelle les communications précédentes de M. de Lacerda sur le permanganate de potasse, considéré comme antidote du venin des Bothrops du Brésil, et il informe l'Académie, d'après les renseignements consignés dans le travail de l'expérimentateur brésilien, que plusieurs individus, mordus par ces serpents, ont été guéris au moyen de cet antidote. M. Vulpian, se plaçant dans l'hypothèse admise par M. de Lacerda, reconnait d'abord que si les morsures sont récentes et le venin non encore diffusé, les injections de solution aqueuse de permanganate de potasse, faites autant que possible dans les blessures, seront vraisemblablement efficaces; mais si la diffusion a déjà eu lieu au loin, il n'en pourra plus être de même. M. de Lacerda conseille alors de pratiquer des injections vers la racine du membre et sur les limites de la tuméfaction. Or, les expériences prouvent que le liquide ainsi injecté dans le tissu cellulaire ne se répand que dans une petite étendue, d'une façon irrégulière, et qu'il se décompose en formant un dépôt d'hydrate de bioxyde de manganèse. Un cas signalé par M. de Lacerda peut se présenter : celui dans lequel la morsure du serpent venimeux peut ouvrir une veine et y faire pénétrer directement le venin. Lorsqu'il en est ainsi, les symptômes généraux se produisent beaucoup plus rapidement et sont bientôt très menaçants. M. de Lacerda conseille, dans ce cas, d'injecter dans une veine la solution de permanganate de potasse au centième. Mais, dit M. Vulpian, « les expériences que j'ai faites sur des chiens montrent que les injections intra-veineuses de 25 ou de 50 centigrammes de permanganate de potasse, en solution aqueuse au centième, ne produisent, en général, que des effets toxiques passagers, si les animaux sont de grande taille; mais un chien de petite taille peut être tué, dans ces conditions, par 50 centigrammes de ce sel. Les chiens de forte taille ne résistent pas à une injection intra-veineuse (faite avec la plus grande lenteur) de 1 gramme de permanganate de potasse dans 200 grammes d'eau ».

Il semble qu'une injection intra-veineuse de quelques centigrammes de permanganate de potasse, en solution au centième, ne peut exercer aucun effet sur le venin qui aurait pénétré dans le sang, car, répartie dans la masse du sang, cette quantité de permanganate serait tellement diluée qu'elle serait inerte; il faut ajouter que le permanganate se décompose sans doute très peu d'instants après sa pénétration dans le sang.

Sur les règles a suivre dans l'hypnotisation des hystériques. Note de M. *A. Dumontpallier* et *P. Magnin*. — Les auteurs se sont proposé de rechercher les procédés les plus faciles pour produire chacune des périodes de l'hypnotisme. On peut, avec des moyens simples et fixes, déterminer à volonté et d'emblée l'une ou l'autre de ces phases avec tous ses caractères, et, à l'aide de ces mêmes moyens, on peut faire cesser l'état produit. C'est ainsi que, chez une hystérique hypnotisable, les paupières supérieures étant abaissées, le frottement des globes oculaires peut déterminer d'emblée la *léthargie*, et cet état se maintiendra aussi longtemps que l'on aura soin de tenir fermés les yeux du sujet. Le frottement des globes oculaires, exercé à nouveau, fera cesser la léthargie et réveillera la malade. La période *cataleptique* peut être obtenue d'emblée par la lumière solaire réfléchie, dirigée sur les yeux ouverts du sujet. Cette période persiste aussi longtemps qu'on a soin de maintenir les paupières supérieures élevées. En agissant de nouveau par le même procédé, on détermine la disparition de la catalepsie et le réveil. La période de *somnambulisme* s'obtiendra d'emblée par légère pression sur le vertex. La même pression, exercée à nouveau, fera sortir le sujet de l'état produit et le réveillera.

Dans l'une quelconque de ces expériences, la cause, mise en action d'une façon continue, eût déterminé sans interruption des oscillations de réveil et de l'état produit.

« Il a été possible aussi, chez les malades, disent les auteurs, d'obtenir un des trois états de l'hypnotisme sur une moitié du corps, tandis que l'autre moitié était dans une phase différente du sommeil provoqué. Nous avons pu produire, comme d'ailleurs d'autres expérimentateurs l'avaient fait, l'hémiléthargie simultanément avec l'hémicatalepsie. Nous avons pu, de plus, déterminer l'hémicatalepsie avec l'hémisomnambulisme, et l'hémisomnambulisme avec l'hémiléthargie. Nous avons même, chez une malade, déterminé la catalepsie croisée alterne et le somnambulisme croisé alterne. »

Dans toutes ces expériences, il est possible de faire passer le sujet d'une période dans une autre, en faisant usage de chacun des procédés ci-dessus énoncés, et cela en commençant à volonté par telle ou telle phase. On devra faire disparaître les états provoqués en ordre précisément inverse de celui de leur production, en employant les moyens qui leur ont donné naissance. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

Sur les modifications soluble et insoluble du ferment de la digestion gastrique. Note de M. *A. Gautier*. — Pour s'assurer si le ferment gastrique était réellement soluble, comme on le dit, l'auteur a filtré des solutions d'une pepsine très active, ayant déjà subi deux filtrations au papier, sur des filtres de biscuit de porcelaine, et il a examiné le pouvoir

digestif avant et après cette filtration, ainsi que celui du résidu insoluble parfaitement lavé durant quatre jours. Les solutions de pepsine de mouton dans l'eau pure, filtrées sur la porcelaine, puis acidulées d'acide chlorhydrique à 5/1000, sont aptes à digérer totalement la fibrine. 5 grammes de fibrine de bœuf bien essorée, additionnés de 4 décigrammes de pepsine ainsi filtrée et de 25 centimètres cubes d'eau acidulée à 5/1000, ont été, après une digestion de vingt-deux heures à 50 degrés, transformés complètement en peptone ne précipitant plus ni par l'acide nitrique ni par le ferrocyanure de potassium acétique. La pepsine ainsi manifestement dissoute se fixe à froid sur la fibrine, sans que les lavages puissent ensuite l'enlever, suivant la remarquable observation de M. Wurtz. 5 grammes de fibrine furent mis en suspension dans de l'eau contenant 500 milligrammes de pepsine filtrée sur porcelaine; au bout d'une heure vingt minutes, cette fibrine *impressionnée* fut lavée à grande eau, puis mise à digérer dans l'acide chlorhydrique à 5/1000. Après vingt-trois heures, elle était peptonisée comme si elle eût digéré en présence de 150 milligrammes de la même pepsine non filtrée, ou de 360 milligrammes de cette pepsine filtrée sur porcelaine.

Des essais de digestion furent faits avec la même pepsine, suspendue dans l'eau acidulée à 5/1000, et filtrée ensuite sur la porcelaine dégourdie. Une solution de 350 milligrammes de pepsine ainsi filtrée transforme intégralement en peptone, à 50 degrés, au bout de vingt-quatre heures, 5 grammes de fibrine de bœuf.

La pepsine filtrée sur porcelaine, ainsi complètement privée de ses parties insolubles, agit toujours plus faiblement qu'avant sa filtration. L'auteur a trouvé que 50 milligrammes de pepsine filtrée agissent comme 28 milligrammes de pepsine non filtrée; 100 milligrammes comme 70 milligrammes; 200 milligrammes comme 100 milligrammes; 385 milligrammes comme 150 milligrammes. En moyenne, 184 milligrammes agissent, après filtration, comme 87 milligrammes sans filtration. Ainsi, par sa filtration sur la porcelaine dégourdie qu'on avait lavée à l'acide et à l'eau distillée, la pepsine, préalablement déjà deux fois filtrée au papier, a perdu à peu près la moitié de son pouvoir de peptonisation.

Le complément de la puissance digestive, dont on la prive ainsi, se retrouve en grande partie, comme on va le voir, dans les particules insolubles dans l'eau pure ou acidulée qui restent sur le filtre de porcelaine. La pepsine de mouton qui a servi à ces expériences laissait sur ce filtre, pour 100 parties, 2,16 de particules insolubles dans l'eau. Elles ont été examinées soigneusement à un grossissement de 1000 diamètres avec un objectif 10 à immersion de Verick. Elles sont principalement formées de corpuscules réfringents d'un diamètre dix à douze fois plus petit que ceux des globules de levûre de bière.

« Après avoir, dit M. Gautier, lavé durant quatre jours, avec de l'eau chlorhydrique à 3/10000, le précipité primitivement formé de ces corpuscules, déposé sur le filtre de porcelaine, je l'ai séché; 4 grammes de ma pepsine m'en ont fourni 86 milligrammes. J'en ai pris 50 milligrammes que j'ai broyés avec 25 centimètres cubes de la même eau acidulée, et j'ai mis dans cette liqueur louche 5 grammes de fibrine. Au bout d'une heure, à 15 degrés, la liquéfaction de cette substance a été aussi complète que dans le flacon témoin où j'avais employé 350 milligrammes de pepsine non filtrée. Mais, après vingt-quatre heures de digestion à l'étuve à 49 degrés, j'ai constaté que la peptonisation était à peu près celle qu'auraient produite 20 milligrammes de cette même pepsine. »

Endocardite diabétique. Note de M. Lecorché. — « L'endocardite diabétique, que nous avons observée plusieurs fois, dit M. Lecorché, paraît se montrer plus souvent chez la femme que chez l'homme (huit fois sur quatorze). Nous ne l'avons rencontrée qu'à l'état chronique et seulement dans les cas de diabète à forme subaiguë ou chronique. Elle n'apparaît qu'à une époque avancée de cette maladie, deux ou trois ans et même plus après son début. C'est moins l'intensité de la glycosurie que sa longue durée qui semble en favoriser l'apparition. Elle se localise au niveau de l'orifice mitral. Nous ne l'avons vue qu'une seule fois siéger au niveau de l'orifice aortique. Elle traduit son existence par un bruit de souffle au premier temps et à la pointe du cœur, par l'irrégularité et l'intermittence du pouls. Elle s'accompagne parfois de dégénérescence athéromateuse des artères (deux fois sur quatorze). Elle précipite la marche du diabète et entraîne souvent la mort, soit en provoquant un œdème plus ou moins généralisé, de l'ascite, soit en se compliquant elle-même d'hépatite aiguë. Elle paraît être due à l'irritation que produit sur la membrane interne du cœur le contact prolongé d'un sang altéré par la présence du sucre en excès. »

Suc gastrique. — M. V. Poulet adresse une Note concernant les produits de la distillation du suc gastrique dialysé.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 MARS 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet l'ampliation du décret approuvant l'élection de M. Mesnet dans la classe des associés libres.

M. le ministre de l'intérieur transmet une lettre de M. *Pernotet*, ancien député, au sujet des précautions à prendre pour les personnes qui soignent les malades atteints d'affection contagieuse et notamment de diphthérie. (*Commission des épidémies.*)

M. le docteur *G. Millot-Carpentier* (de Mondevez, Nord) se porte candidat au titre de correspondant national.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, au nom de M. le docteur Badaloin (de Bologne) un *Rapport sur la valeur du permanganate de potasse comme antidote du venin des serpents ophidiens*; à ce propos M. Bouley fait remarquer que les expériences relatées dans ce rapport, n'ont rapport qu'à l'action de ce produit sur le venin de la vipère; mais il n'en signale pas moins un succès très important obtenu à la suite de morsure par un ophidien.

M. *Riche* offre sa *Notice biographique sur M. Bussy* et, de la part de MM. *Obertin* et *Schlagdenhauffen* (de Nancy), l'*Analyse des eaux de Schinznacht*.

M. *Gosselin* présente un ouvrage de M. le docteur *Retiquet* sur *la lithotritie rapide*.

M. *Ernest Besnier* dépose l'article Rhumatisme du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, par M. le docteur *Georges Homolle*.

M. *Larrey* présente : 1° de la part de M. le docteur *Bertherand*, une brochure intitulée : *Recherches sur l'hygiène et la pathologie préhistoriques en Algérie*; 2° au nom de M. le docteur *Gavoy*, un travail ayant pour titre : *Études cliniques sur le traitement des bubons vénériens*; 3° de la part de M. le docteur *Cuignet*, un travail sur l'*Œuvre de M. le docteur Maillot en Algérie*. M. *Larrey* offre, en outre, le tome III de la 8e série des *Mémoires de l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse*.

M. *Potaillon* fait hommage de la relation qu'il vient de publier de deux faits se rapportant à des *accidents consécutifs à l'ovariotomie*; cette relation est extraite des *Annales de gynécologie*.

Diagnostic de la dégénérescence graisseuse du cœur. — Nous avons signalé l'étonnement manifesté à la dernière séance par M. Hardy lorsque M. Verneuil, au cours de son discours sur la chloroformisation, et parlant des contre-indications du chloroforme, avait fait remarquer que la dégénérescence graisseuse du cœur était impossible à diagnostiquer dans la plupart des cas; M. *Hardy* vient affirmer, au nom de la clinique, que cette maladie n'est pas aussi latente que le croit M. Verneuil et que, lorsqu'elle est assez avancée pour constituer un danger dans les cas d'administration du chloroforme, il est habituellement possible de la connaître. La mollesse et surtout la lenteur du pouls, la faiblesse des mouvements et des bruits du cœur, la diminution ou la disparition du premier bruit, l'ensemble des symptômes ordinaires aux affections organiques de ce viscère existant sans les bruits anormaux dus aux lésions d'orifices, les signes physiques et les symptômes des athéromes artériels, la coïncidence de caractères appartenant à la goutte ou à l'alcoolisme sont autant de signes à l'aide desquels on peut asseoir le diagnostic de la lésion cardiaque caractérisée, soit par une sur-

charge graisseuse, soit par une dégénérescence graisseuse des fibres du myocarde.

Physiologie de la contraction tendineuse. — M. *Jules Guérin* place sous les yeux de ses collègues des dessins anatomiques reproduisant les particularités qui lui ont permis de décrire l'anatomie des tendons et la physiologie de leur contraction, telles qu'il les a définies dans sa communication de la dernière séance.

Paralysie du nerf radial. — A l'occasion de la communication présentée par M. Vulpian à la dernière séance (voy. p. 162) sur un cas de paralysie radiale déterminée manifestement par compression, M. *Panas* prend acte, avec une légitime satisfaction, des déclarations de M. Vulpian, déclarations conformes à l'opinion qu'il avait déjà soutenue en 1871 et qui avait alors eu de nombreux contradicteurs, parmi lesquels, comme nous l'avons rappelé, M. Vulpian lui-même. A cette époque, M. Panas soutenait déjà, en effet, que les faits décrits par Duchenne (de Boulogne), sous le nom de paralysie rhumatismale ou *a frigore* du nerf radial, étaient en réalité dus à la compression du nerf et non à l'action plus ou moins prolongée du froid; il s'appuyait alors et continue à s'appuyer, pour soutenir cette thèse, sur l'identité des signes de cette paralysie avec ceux qu'on observe à la suite des traumatismes des nerfs, ainsi que sur des considérations de causes, de siège et de délimitation rigoureuse de la paralysie en question. L'opposition qui s'était élevée contre cette manière de voir, provenait surtout de la découverte faite par M. Vulpian que le nerf paralysé, incapable de transmettre aux muscles les ordres de la volonté, était également inapte à les inciter sous l'influence d'un courant galvanique; il croyait y voir un signe distinctif entre la paralysie *a frigore* et celle de cause purement mécanique. Mais M. Vulpian a déclaré à la dernière séance que la perte de l'excitabilité électrique du nerf radial se retrouvait dans la paralysie par compression des nerfs émanant du plexus brachial. Cette déclaration clôt le débat sur cette question.

M. *Panas*, tout en admettant la conservation de la sensibilité cutanée dans la paralysie du radial, reconnaît en outre, à cette paralysie, avec Duchenne (de Boulogne) et M. Vulpian, deux variétés ou plutôt deux degrés, car il l'a toujours trouvée à l'esthésiomètre plus ou moins émoussée. Comme eux, il établit deux variétés, suivant que les muscles conservent leur contractilité ou qu'ils la perdent, le pronostic dans ce dernier cas étant plus défavorable que dans le premier; il y a même ajouté une troisième variété, qu'il appelle initiale et qui se produit lorsque la compression est tout à fait légère; le pronostic est alors entièrement favorable. Une particularité de cette troisième variété c'est que la paralysie peut ne se manifester que quelque temps après, voire même jusqu'à vingt-quatre heures après la compression; c'est ainsi qu'un malade s'étant comprimé le radial en dormant sur l'herbe, ne s'aperçut de sa paralysie que le lendemain, au moment où il soulevait un marteau; d'autres fois, on constate qu'une paralysie, incomplète dans les premières heures, devient complète au bout de peu de temps.

Chloroforme et chloroformisation. — La discussion soulevée par le mémoire de M. Gosselin, lu il y a quinze jours (voy. p. 143), sur la technique des inhalations de chloroforme, s'est continuée aujourd'hui par deux importants discours de MM. Trélat et Léon Le Fort. Le jour même il y a un mois, où, M. Gosselin présentait ses premières observations sur la chloroformisation à propos d'une communication de M. Regnauld sur les réactifs propres à reconnaître les impuretés du chloroforme, M. Trélat perdait un homme de vingt-deux ans, atteint de lymphadénome simple du cou, au moment où l'opération allait être terminée, bien que le chloroforme eût été administré avec la plus grande prudence; le malade poussa un léger cri, porta la main à la région opérée, éleva violemment le thorax; son pouls devint filiforme et il ne put être rappelé à la vie, malgré tous les moyens indiqués en pareil cas, malgré la respiration artificielle pratiquée suivant la méthode de Paccini par un médecin italien présent. Quinze jours plus tard, M. Gosselin venait rappeler l'axiome de Sédillot et affirmer de nouveau que le chloroforme ne donne pas la mort lorsqu'il est bien administré. Le verdict était un peu dur et la coïncidence cruelle, déclare M. Trélat; cette affirmation était grave venant d'un homme tel que M. Gosselin. C'est donc contre cette affirmation que M. Trélat désire tout d'abord s'élever, et joindre sa protestation à celles qu'ont déjà fait entendre MM. Labbé, Verneuil, Rochard et Maurice Perrin. Ce qui lui paraît plus grave encore, c'est l'ultimatum posé par M. Gosselin en ce qui concerne sa « technique des inhalations de chloroforme » : si le chirurgien n'a pas exécuté la formule déterminée, si son malade meurt, il faudrait le lui imputer; car avec cette technique spéciale, on ne perd jamais de malades. Jusqu'ici personne n'avait osé être aussi affirmatif, et chacun s'efforçait d'administrer le chloroforme avec une prudence et une attention constantes, en examinant avec le plus grand soin les contre-indications. M. Labbé, par exemple, a recommandé, il y a quinze jours, un procédé différent de celui de M. Gosselin et il s'est bien gardé de prétendre qu'avec ce procédé on ne perd jamais de malades D'ailleurs, ce n'est pas d'aujourd'hui que M. Gosselin, suivant les préceptes de Robert, préconise les intermittences dans l'administration du chloroforme; il a indiqué sa méthode dans ses cliniques il y a plus de dix ans et il était alors bien moins affirmatif qu'aujourd'hui; si, malgré tout cela, disait-il, il arrive des désastres, le chirurgien aura pour lui sa conscience et la certitude de l'exercice régulier de son art. Quelle conquête physiologique ou autre a donc pu déterminer M. Gosselin à un changement aussi complet? « Je le cherche en vain, » ajoute M. Trélat.

Sans doute, depuis quelques années des travaux considérables ont été faits sur le chloroforme; on a suivi pas à pas la marche des vapeurs chloroformiques sur les centres nerveux, comment elles atteignent graduellement telle partie de l'écorce cérébrale, telle partie de la profondeur, la moelle dans tel ou tel segment, et enfin le bulbe (Vulpian, Franck, Arloing, Paul Bert); mais la démarcation rigoureuse entre l'anesthésie médullaire et l'anesthésie bulbaire, démarcation qu'il serait si utile de connaître pour ne pas la dépasser, personne ne l'a encore indiquée, et M. Gosselin ne l'indique pas davantage. On a également recherché les causes de mort par le chloroforme (Maurice Perrin, Verneuil). Il est de notion vulgaire aujourd'hui, parmi les chirurgiens, que les opérés succombent dans ces conditions de manières très diverses et on a catégorisé ces manières. M. Perrin a montré que la mort pouvait arriver après les premières inspirations, sous l'influence d'un spasme laryngo-pharyngien, résultat d'une action réflexe bulbaire. Plus tard, il peut se produire une action sur l'encéphale, également mortelle, enfin on détermine expérimentalement la mort par intoxication bulbaire. Les opérés ne meurent pas au même moment; les uns meurent au début de la chloroformisation (dans la thèse de M. Duret on trouve 27 à 29 cas de ce genre). D'autres meurent soit pendant la période chirurgicale, soit après l'achèvement de cette période (Depaul, Rochard). Est-ce parce qu'il y a eu trop de chloroforme de donné à la fois, et que le bulbe a été trop fortement atteint? Mais il y a des malades qui meurent avant d'avoir respiré 20 gouttes de chloroforme, quelquefois 1 gramme et demi à 2 grammes. Ainsi, époque de la mort, quantité de chloroforme qui la détermine, accidents qui la produisent, tout varie A quoi a succombé le malade de M. Trélat en particulier? Celui-ci pense qu'il est mort incontestablement des conséquences d'un choc traumatique, à la fin de l'anesthésie, lorsque celle-ci était terminée, comme dans ces expériences où

M. Vulpian détermine, sur des chiens, la mort par action réflexe sous l'empire d'une excitation des nerfs périphériques. Donc quand on commence à administrer le chloroforme, quelle que soit la méthode employée, le sujet traverse une série de périodes dangereuses, tenant pour une part à l'insuffisance du mélange d'air et de chloroforme, tenant aussi à l'action particulière, spéciale du chloroforme sur les centres nerveux; or, comme ce que l'on poursuit c'est précisément cette action spéciale sur les différentes parties de ces centres, on ne peut éviter les dangers qui se rencontrent pendant ces étapes. On traverse ces dangers plus ou moins heureusement, mais on les traverse fatalement. M. Gosselin, après beaucoup d'autres (Maurice Perrin, Paul Bert, etc.), a cherché quelle était la quantité de chloroforme au delà de laquelle il ne fallait pas aller, et il a conclu qu'il ne fallait jamais qu'une quantité supérieure à 11 grammes soit introduite dans le sang; ce ne sont que des suppositions, des probabilités; il le reconnaît lui-même.

Si M. Gosselin s'était borné à conseiller sa nouvelle méthode comme pouvant offrir des avantages, il eût été facile d'en discuter les diverses indications; chaque chirurgien préfère tel ou tel détail, mais en général aucun n'ose leur attribuer la possibilité d'empêcher tout danger de mort dans l'anesthésie chloroformique. On peut, assurément, perfectionner le mode d'administration; mais c'est surtout par la physiologie et la clinique qu'on parviendra à le régler, en arrivant à connaître un plus grand nombre de signes caractérisant l'anesthésie; jusque-là personne ne pourra prétendre qu'avec telle ou telle méthode il pourrait sauver le 1/4000e ou 1/5000e qui succombe actuellement sous l'influence du chloroforme. Ce qui est grave surtout dans l'affirmation de M. Gosselin, c'est l'incertitude dans laquelle elle pourrait placer les chirurgiens, en ce qui concerne la chloroformisation; l'aphorisme de Sédillot avait déjà, à l'époque où il fut formulé, presque fait renoncer les jeunes chirurgiens au chloroforme; celui-ci résistera, il est vrai, au discrédit auquel l'exposerait l'assertion de M. Gosselin s'il n'était pas si profondément aujourd'hui entré dans la pratique. Car il n'est plus destiné seulement à anéantir la douleur; il a fait faire des progrès considérables à la thérapeutique et à la pathologie chirurgicales; la chirurgie des hernies, la chirurgie abdominale, pour ne citer que celles-là, que ne lui doivent-elles pas? Qu'on mette en parallèle, d'un côté, ceux qui sont morts en pleine santé sous le coup du chloroforme et, de l'autre, ceux qui ont dû à l'anesthésie, avec la reconnaissance de leur maladie, l'opération qui les a sauvés! Croit-on que les 150 à 200 morts par le chloroforme, observées jusqu'ici, « ne feraient pas piètre figure en présence du bataillon des ovariotomisées sauvées et conservées »? Le chloroforme est une puissance, par cela même c'est un danger et il importe de ne pas le nier; le chirurgien d'ailleurs n'ignore pas l'immense responsabilité qui pèse sur lui et il convient qu'il ne l'oublie pas lorsqu'il approche de son malade une compresse de chloroforme; mais, comme dans tous les actes de l'exercice de son art, il sait qu'il s'appuie sur deux forces : la science et la conscience d'être utile.

Nous n'avons pu que bien imparfaitement, l'espace ne nous le permet pas, analyser la « harangue », comme il l'a dit lui-même, de M. Trélat; l'Académie a souligné à plusieurs reprises de ses applaudissements le talent et l'éloquence « emportée » de l'orateur.

— Le débat s'est resserré encore avec la démonstration précise et nourrie de faits de M. *Léon Le Fort*. Plus absolu encore que Sédillot, dit-il, M. Gosselin affirme que le chloroforme, même légèrement impur, ne tue jamais pourvu qu'on l'emploie suivant sa technique. Sur quoi s'appuie cette assertion? A-t-il volontairement donné du chloroforme impur? On ne peut le croire. Qu'entend-il par chloroforme légèrement impur? et quel degré d'impureté accuse-t-il; ces impuretés, de quelle nature sont elles? Comment a-t-il rendu le chloroforme impur? De quels réactifs s'est-il servi pour le reconnaître? M. Gosselin ne fournit aucune justification; ce n'est qu'une forme oratoire sans doute. Pour sa part, M. Le Fort cite trois cas où la mort peut être attribuée à l'impureté du chloroforme. M. Gosselin est peut-être imprudent dans son exclusivisme; car ce n'est pas une raison, parce qu'on a été heureux, de croire qu'on le sera toujours; et d'ailleurs les résultats peuvent être irréguliers sans qu'on en puisse aisément saisir les motifs. C'est ainsi que dans huit hôpitaux anglais, on eut, de 1848 à 1864, 1 mort sur 17000 chloroformisations, et que dans ces mêmes hôpitaux, de 1865 à 1869, sur 75 000 chloroformisations il y eut 6 morts, soit 1/1250e; dans la guerre de la sécession, on compte 7 morts sur 80 000 anesthésies, soit 1/11448e; König a donné 7000 fois le chloroforme sans avoir de mort, de même Nussbaum sur 15 000, tandis que Billroth en a eu 1 sur 12 500, etc.; ces chirurgiens n'employaient pas le procédé de M. Gosselin.

M. Le Fort a recueilli 300 observations de mort par le chloroforme; elles peuvent mieux servir de base à une étude de la mort pendant l'anesthésie que des expériences de laboratoire : il y a des cas où la mort n'a pu être qu'une coïncidence (M. Le Fort en cite plusieurs exemples), d'autres où le chloroforme n'est pas directement en cause et il ne faut pas dans la statistique les confondre avec ceux imputables à l'agent anesthésique. Les faits montrent que beaucoup de malades sont morts au début de la chloroformisation, alors qu'on n'avait pas mis plus de 2 grammes sur la compresse ou dans l'appareil; c'est cependant la quantité que M. Gosselin donne d'emblée dans sa technique avant de faire pratiquer les inspirations d'air pur. Pour lui, la dose maniable est de 20 grammes environ; or, dans l'immense majorité des cas mortels on est loin d'avoir atteint cette dose.

Que faut-il penser des précautions spéciales recommandées par M. Gosselin? Le réflexe palpébral est connu depuis longtemps, il a été imaginé par Lister et il marque seulement que l'anesthésie arrive; quant à la nécessité du mélange d'air à doses progressives, elle a été indiquée par un grand nombre de praticiens; mais l'appareil de Clover, qui réalise le mieux les *desiderata* de M. Gosselin (20 grammes de chloroforme dans un récipient de 100 litres), a déjà occasionné 5 morts. Les centres nerveux doivent être seulement caressés par l'anesthésique, dit M. Gosselin; c'est parce qu'on les violente par une trop forte pression que l'action mortelle se produit sur le bulbe. Or, M. Le Fort a dépouillé 210 observations qui montrent que dans 10 cas la mort est arrivée moins d'une minute après l'application des compresses, 13 avant 1 à 3 minutes, 12 avant 3 à 5, etc., 93 avant l'anesthésie effectuée, 99 pendant l'anesthésie elle-même; donc dans presque la moitié des cas ce n'est pas parce que le bulbe a été atteint que la mort est arrivée. Que devient donc la doctrine de M. Gosselin sur l'empoisonnement chloroformique et sa nécessité des intermittences pour éviter cet empoisonnement? Est-ce qu'en deux intermittences, telles qu'il les a décrites, c'est-à-dire en 12 secondes, le sang pourrait se débarrasser du chloroforme; où et comment? S'il veut ainsi augmenter le mélange d'air, que ne verse-t-il pas moins de chloroforme à la fois? Tout ceci c'est de la théorie pure et sans preuves. M. Gosselin déclare, il est vrai, n'avoir pas perdu de malades; mais d'autres chirurgiens, après 15 000 opérations, n'en ont pas perdu; et comment se fait-il donc que M. Gosselin, si confiant dans son procédé, ait abandonné le chloroforme en 1868 pour se servir de l'éther et revenir ensuite au chloroforme?

On meurt du chloroforme de quatre façons : 1° *asphyxie* (excès de chloroforme); 2° *asphyxie par spasme de la glotte;* 3° *asphyxie par rétrocession de la langue;* 4° *syncope.* Et ce qui prouve que cette dernière cause est indiscutable, c'est qu'on a pu établir qu'on réussit 99 fois sur 100 à sauver le malade en le renversant la tête en bas.

En résumé, conclut M. Le Fort de toutes ces indications dont il nous a fallu ne reproduire que les principales, le malade ne meurt pas seulement parce que le bulbe a été chloroformisé, et la mort n'est pas due seulement à un empoisonnement. Il y a des causes multiples *qui tiennent au malade* et dont *le chirurgien n'est pas le maître*. Malgaigne, en 1848, a eu tort d'invoquer l'asphyxie comme cause unique et M. Gosselin a tort aujourd'hui de donner une égale importance à l'empoisonnement chloroformique, tandis que Sédillot a eu raison de dire que, lorsqu'on a recours au chloroforme, la question de vie ou de mort se trouve posée; mais il ne devait pas avancer que le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais. M. Gosselin ne peut donc prouver que le chloroforme, même légèrement impur et bien administré, ne donne pas la mort. C'est en vérité porter une accusation immérite contre ses collègues, c'est avancer un précepte démenti par les faits.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 10 MARS 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Tympanisme sous-claviculaire dans la pleurésie : M. Woillez. — Purpura à poussées paroxystiques : M. Du Cazal. — Pneumothorax spontané à la suite de la thoracentèse : M. Debove. — Herpès phlycténoïde suivi de gangrène buccale : M. Hallopeau. — Pyléphlébite consécutive au cancer du foie : M. Sevestre.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Woillez* fait observer que M. Grancher lui a attribué une opinion qui n'est pas la sienne. Dans un passage de son *Traité de percussion et d'auscultation*, cité par M. Grancher, il parle des diverses sonorités anormales sous-claviculaires qui se rencontrent dans la pleurésie et il en distingue cinq espèces, mais ce ne sont pas là cinq variétés de tympanisme; l'une d'elles, entre autres, est caractérisée par une tonalité plus aiguë, mais sans augmentation du son. C'est sans doute cette erreur d'interprétation qui a fait trouver à M. Grancher cette division trop subtile. En un mot, le *tympanisme* est la qualité principale, mais non exclusive des bruits de *sonorité sous-claviculaire* dans la pleurésie.

M. *Grancher* est tout disposé à faire la rectification que lui demande M. Woillez, mais il tient à rappeler que, dès le début de sa communication, il a nettement spécifié qu'il prenait le mot *tympanisme* dans sa plus large acception, c'est-à-dire comme synonyme de toutes les hypersonorités; c'est ainsi qu'il avait rangé sous une même dénomination les cinq variétés de sonorité anomale sous-claviculaire décrites par M. Voillez.

— M. *Du Cazal* rapporte l'observation curieuse d'une jeune fille de seize ans, née d'une mère phthisique, atteinte elle-même depuis deux ans de tuberculose pulmonaire, et qui présentait sur les quatre membres des taches violacées de purpura simplex. Ces taches, au dire de la malade, prenaient tous les soirs une coloration écarlate, en même temps qu'apparaissait un gonflement très douloureux des mains, des poignets, des genoux et des articulations tibio-tarsiennes. Pendant trois mois M. Du Cazal a pu vérifier le fait et suivre l'évolution de ces poussées paroxystiques; les accidents débutaient vers huit heures du soir, puis commençaient à s'amender vers dix heures et demie ou onze heures et disparaissaient complètement pendant la nuit; il ne restait, le lendemain matin, que les taches violacées d'un purpura bénin. La dyspnée, occasionnée par les lésions tuberculeuses des poumons, semblait avoir diminué d'intensité lorsque ces accidents étaient survenus, elle a reparu depuis qu'ils se sont amendés sous l'influence des préparations arsenicales et alcalines.

— M. *Debove* communique l'observation d'un vieillard hémiplégique qui fut pris, à la fin du mois de juin dernier, à l'infirmerie de Bicêtre, d'un mouvement fébrile assez intense et présenta tous les signes d'un épanchement pleural rapide et abondant. La dyspnée augmentant d'une façon inquiétante, une ponction fut pratiquée, suivant la méthode classique, et donna issue à un litre d'un liquide citrin n'offrant rien d'anormal. Le malade eut dans la journée un frisson assez violent, la fièvre augmenta et l'état général devint alarmant. L'épanchement se reproduisit rapidement et l'on put constater, au-dessus du niveau du liquide, des signes non douteux de pneumothorax. Une seconde ponction fut pratiquée et l'on retira un liquide très fétide, dans lequel le microscope révéla une quantité considérable d'organismes inférieurs. Le lendemain, le malade succomba.

A l'autopsie, on trouva dans la plèvre un liquide semblable à celui qu'avait fourni la seconde ponction et des gaz répandant une odeur également très fétide. La séreuse elle-même ne présentait que des lésions inflammatoires de moyenne intensité; il n'y avait aucune trace de gangrène pleurale. M. Debove rechercha avec le plus grand soin, par divers procédés, une perforation pulmonaire spontanée ou traumatique : il n'en existait en aucun point; il faut donc admettre que, dans ce cas, les gaz se sont produits au sein même de l'épanchement pleural par suite de la fermentation du liquide. Il semble également évident que les organismes inférieurs, agents de cette fermentation, ont été introduits par le trocart de l'appareil aspirateur, qui avait cependant été passé à la flamme avant l'opération. Quelles sont donc les précautions nécessaires pour éviter un semblable accident? Le lavage à l'eau est insuffisant; d'ailleurs une observation de Niemeyer montre qu'un pneumothorax analogue s'est développé sans perforation pulmonaire, après une thoracentèse qu'on avait fait suivre du lavage de la plèvre avec de l'eau tiède. L'eau renferme en effet de nombreux organismes qu'il serait indispensable de détruire par l'ébullition. Le lavage de l'instrument à l'eau phéniquée serait préférable, mais on ne peut être sûr d'atteindre les germes dans toutes les parties d'un appareil relativement compliqué; il en est de même pour le flambage, qui a de plus le grave inconvénient de *détremper* la pointe du trocart. Aussi M. Debove a fait construire une sorte d'étuve portative dans laquelle on peut porter toutes les parties importantes de l'appareil à une température de 120 à 130 degrés; les tubes et les bouchons de caoutchouc ne subissent aucune altération, car leur point de fusion n'est qu'aux environs de 240 degrés. On devra en outre adapter aux tubes de l'aspirateur de petites soupapes en caoutchouc qui s'opposeront au retour du liquide dans la plèvre, lorsque, le reservoir étant presque rempli, la pression thoracique deviendra, pendant l'inspiration, moindre que celle qui existe dans l'appareil.

— M. *Hallopeau* rapporte l'observation d'une femme de vingt ans, nourrice depuis un an, qui fut atteinte, trois semaines avant son entrée à l'hôpital, d'herpès de la face, au niveau des joues, des ailes du nez et des commissures labiales. Huit jours après l'apparition des premières vésicules, quelques groupes nouveaux se montrèrent dans la bouche; vers le vingtième jour, l'affection jusque-là bénigne, s'accompagna d'accidents généraux assez sérieux pour décider la malade à entrer à l'hôpital. On constatait alors, sur la face, des croûtes noirâtres, larges et épaisses, indiquant qu'il s'agissait d'un herpès phlycténoïde; en outre, sur les lèvres et les gencives boursouflées, deux plaques de sphacèle du côté droit. La malade se plaignait dès ce moment d'une vive douleur dans la gorge, mais elle ne pouvait suffisamment écarter les mâchoires pour permettre l'examen de l'arrière-bouche; les ganglions cervicaux étaient douloureux et tuméfiés. L'état général s'aggrava rapidement, en dépit du traitement institué une diarrhée fétide apparut et la malade succomba huit jours plus tard. A l'autopsie on constatait sur le pharynx un certain nombre d'ulcérations grisâtres dont la largeur variait de quel-

ques millimètres à 1 centimètre et dont quelques-unes étaient remplies d'un magma gangréneux répandant une odeur caractéristique. M. Hallopeau pense que les divers accidents présentés par cette malade ont entre eux un lien étroit et que leur évolution peut se reconstituer dans l'ordre suivant: herpès phlycténoïde de la face; herpès bucco-pharyngé; sphacèle; accidents généraux infectieux ayant amené la mort.

— M. *Sevestre* présente les pièces anatomiques recueillies à l'autopsie d'un homme qui était entré dans son service, le 23 février, avec une ascite assez considérable dont le début paraissait remonter à une semaine environ; les veines superficielles de l'abdomen étaient dilatées et le cours du sang, du moins vers la base du thorax, s'y faisait de bas en haut. Les urines, rares, étaient colorées en rouge foncé et briquetées. Ce malade prétendait avoir été bien portant jusqu'au mois de janvier, époque à laquelle il avait été pris de quelques vomissements bilieux et pituiteux, et avait commencé à maigrir rapidement : il avait perdu, disait-il, 25 livres de son poids en six semaines. On diagnostiqua une cirrhose hépatique et l'on fit la ponction de l'abdomen qui donna issue à 10 litres de liquide citrin. La percussion du foie, pratiquée à ce moment, ne révélait aucune modification du volume normal. Les phénomènes d'épuisement s'accentuèrent et le malade mourut trois jours après. Pendant son court séjour à l'hôpital la température était restée plutôt inférieure à la normale. A l'autopsie on trouvait un foie pesant 2300 grammes, à la surface duquel on voyait des noyaux et des saillies linéaires présentant un aspect très analogue à celui des productions cancéreuses. Au niveau du hile, la veine porte était oblitérée par un caillot qui se prolongeait dans ses ramifications hépatiques, mais on ne retrouvait aucune autre coagulation sanguine dans les branches originaires de ce vaisseau. La rate pesait 155 grammes. Un examen histologique sommaire semble établir. dès maintenant, qu'il s'agit bien d'un cancer du foie; on a donc là un exemple de pyléphlébite consécutive au cancer hépatique.

— A cinq heures la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 8 MARS 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Présentation d'un malade.— Résections sous-périostées.— Élongation du nerf sciatique. — De la cure des fistules recto-vulvaires ; causes des insuccès. — Fistule congénitale de la région ano-coccygienne.

M. *Desprès* présente à la Société un homme qui a reçu, il y a dix jours, une balle de revolver dans la main; extraction de la balle; pansement par occlusion avec le diachylon; on constate aujourd'hui la réunion par première intention.

— M. *Poncet* (de Cluny), à propos des amputations sous-périostées, présente trois observations de ces opérations. L'une récente, amputation du bras, démontre l'extrême facilité du décollement du périoste dans cette région. Les deux autres amputations de jambe : 1° sur un colon âgé de quarante-neuf ans, à Philippeville; 2° sur un jeune soldat, à Paris, ont été suivies deux ans et trois ans après l'opération. M. Poncet, qui coupe les muscles en un seul temps, pour décoller ensuite le périoste sur une longueur égale à celle du rayon du membre, a obtenu de magnifiques moignons cylindriques bien matelassés, et présentant une régénération osseuse, en champignon, du tibia et du péroné. Le moignon, dans ces conditions, est beaucoup plus apte, de l'avis de tous les fabricants de jambe artificielle, à porter une jambe articulée.

L'opération, facile à l'humérus et au fémur, est difficile à la jambe : aussi M. Poncet pense-t-il à scier le tibia au moyen d'une scie à chaîne, à double articulation, que M. Mathieu adapte en ce moment à une traction parallèle à l'os.

— M. *Gillette* fait un rapport sur deux observations d'élongation nerveuse comme traitement des névralgies rebelles, par M. Blum. Un homme de trente-neuf ans était atteint de sciatique rebelle avec atrophie du membre. Elongation du nerf sciatique, qui est hyperhémié. Les douleurs ne disparaissent qu'au bout de trois mois. Le malade est revu deux ans après; la guérison s'est maintenue.

Homme de trente ans; névralgie sciatique symptomatique d'une affection de la colonne vertébrale; élongation du nerf; légère amélioration. Pour la névralgie chronique du nerf sciatique dégagée des lésions osseuses du rachis, on peut espérer de bons résultats de l'élongation; mais si, comme chez le deuxième malade, une affection du rachis est la cause de la névralgie, on ne peut espérer qu'une légère amélioration.

M. Gillette a fait à Bicêtre une série d'expériences sur le cadavre; il paraît en résulter que le nerf sciatique peut supporter sans danger une traction de 15 à 16 kilogrammes, et que le lieu d'élection pour l'opération doit être la partie moyenne de la cuisse.

M. *Berger* a pratiqué deux fois l'élongation du nerf sciatique : la première fois dans le service de M. Laboulbène, chez un malade atteint de la maladie de Parkinson; amélioration; une autre fois dans le service de M. Hardy; les douleurs fulgurantes ne diminuèrent point. Chez un autre malade, ataxique aussi, et dans le même service, M. Berger ouvrit un abcès de la fesse; les douleurs cessèrent après cette opération. Cela fit dire à M. Hardy que, dans l'opération de l'élongation, peut-être que le traumatisme seul agissait pour diminuer l'intensité des douleurs.

M. *Larger* a fait l'élongation du sciatique chez une femme ataxique; il a tiré sur la partie centrale du nerf, puis sur la partie périphérique; il n'a obtenu qu'une très légère amélioration.

M. *Desprès* a eu dans son service un ataxique atteint d'hydrocèle; il fit la ponction et l'injection iodée; pendant tout le temps que dura le traitement, les douleurs de l'ataxie cessèrent; mais elles reparurent ensuite.

M. *Gillette*. Les malades auxquels on fait l'élongation ont déjà subi des traumatismes sans résultat (cautérisation avec l'acide sulfurique ou le fer rouge, cautères, etc.).

M. *Poncet*. Il résulte des expériences de Laborde que, si l'on tire sur un nerf dans le sens de la moelle, la sensibilité doit être abolie et la motilité conservée; si, comme l'a fait M. Larger, on tire dans les deux sens, on s'expose à une paralysie du mouvement.

— M. *Verneuil* lit un mémoire sur la cure des fistules recto-vulvaires; causes des insuccès.

Les fistules recto-vulvaires sont petites, abordables, faciles à opérer, mais difficiles à guérir. Les procédés américains échouent ordinairement. Les échecs ont poussé les chirurgiens à modifier leur opération, mais sans résultat. Ce sont les causes des insuccès qu'il faut bien connaître pour arriver à guérir les fistules recto-vulvaires.

Ce sont les fistules recto-vulvaires et non les recto-vaginales que M. Verneuil veut étudier aujourd'hui; elles siègent à 1 ou 2 centimètres de l'anus d'un côté, et à quelques millimètres de la commissure vulvaire de l'autre.

En 1868, ayant déjà une grande expérience des fistules vésico-vaginales, M. Verneuil fut appelé à traiter une fistule recto-vulvaire; il fit le procédé américain; insuccès. Quelques mois plus tard, il apprit la guérison spontanée de la malade; elle avait quitté l'hôpital avec une plaie granuleuse. En 1869, autre malade; même opération; même insuccès; guérison spontanée. En 1870, autre malade; insuccès opératoire; la cicatrisation est obtenue avec les cautérisations.

A ce moment se présenta à M. Verneuil une jeune femme; elle fut opérée en province sans chloroformisation. Après l'opération survint une tympanite violente avec expulsion de gaz; insuccès de la suture. Les cautérisations ne réussirent pas non plus. Plus tard, on fit une cautérisation avec le galvano-cautère, et une suture nouvelle après section du sphincter anal avec l'écraseur; la réunion immédiate de la plaie, faite avec l'écraseur, se fit en deux jours; au bout de huit jours on constata que la suture avait échoué. Une cautérisation au fer rouge faite du côté de la vulve fut encore l'occasion d'un échec. M. Verneuil dédoubla alors le périnée, sectionna le sphincter anal et fit la dilatation forcée; l'échec fut encore complet. La malade conserva sa fistule recto-vulvaire.

Alors, M. Verneuil avait dans son service une femme avec une fistule recto-vulvaire très petite; l'opération avait échoué deux fois. On fit une double suture, et le succès fut complet. L'avivement avait été fait avec l'acide sulfurique, et les surfaces granuleuses avaient été suturées en double plan.

Une cuisinière de trente ans entra à l'hôpital avec une petite fistule; avivement par le bistouri; double suture; insuccès. Trois mois après, même opération; même insuccès. Comme après cette dernière tentative la plaie était granuleuse, on fit au bout de trois semaines une réunion immédiate secondaire; il y eut échec à cause de l'écoulement incessant des matières fécales pendant l'opération.

Plus tard, trois jeunes femmes de la ville, non alcooliques, furent opérées avec toutes les précautions imaginables; trois insuccès.

Le hasard conduisit dans le service de M. Verneuil une femme qui avait passé dix ans avec les chirurgiens; M. Tillaux avait fait une suture du périnée, et le périnée était reconstitué, sauf une petite fistule recto-vulvaire qui résista à deux opérations. La malade passa deux ans chez Dolbeau et subit trois opérations sans succès. Chez M. Richet et chez M. Richelot, insuccès; en tout neuf opérations. Le 16 juillet 1881, elle entra chez M. Verneuil; ce chirurgien examina l'orifice vulvaire et l'orifice anal; il vit que la moitié antérieure du rectum avait sa muqueuse épidermisée. Cautérisation des deux lèvres de la fistule avec le thermo-cautère; destruction des deux muqueuses et du trajet. Au bout de douze jours, suture pure et simple; succès complet.

Ne faut-il pas soumettre à la revision les causes des insuccès? 13 opérations ont donné à M. Verneuil 2 succès et 11 échecs. Sur 10 sutures sanglantes, 10 insuccès. 2 malades ont guéri spontanément après avoir quitté le service, on ne les compte pas. M. Verneuil a réussi 2 fois de toutes pièces et du premier coup.

Conclusions. — 1° Les causes qui font si souvent échouer la cure chirurgicale des fistules recto-vulvaires sont essentiellement locales. Les principales sont : *A*. Le peu d'épaisseur de la cloison recto-vaginale au point où siège la fistule, ce qui empêche d'affronter des surfaces avivées suffisamment larges, et de comprendre dans l'anse des sutures une quantité suffisante de parties molles. — *B*. Le contact des matières intestinales liquides ou gazeuses avec les surfaces fraîchement avivées, contact difficile à prévenir et à empêcher, et qui fait échouer presque sûrement la réunion par première intention.

2° Les expédients mis en usage jusqu'ici pour combattre ces causes : formation des lambeaux, dédoublement des lèvres de la fistule, dilatation forcée ou débridement du sphincter, double plan de suture, n'offrent pas assez de garantie pour être recommandés sérieusement.

3° L'avivement sanglant, suivi aussitôt de réunion immédiate, c'est-à-dire l'anaplastie en un seul temps, doit être jusqu'à nouvel ordre abandonné.

4° La guérison spontanée des perforations recto-vulvaires peut s'observer après l'échec de la suture sanglante; elle s'effectue par adhésion secondaire de la membrane granuleuse qui s'établit sur les surfaces avivées; adhésion qui n'est point empêchée par le contact passager ou permanent des matières intestinales.

5° Cette guérison spontanée toutefois exige certaines conditions. Il faut (étant connue la disposition en zone circulaire qu'affecte la plaie granuleuse), il faut, dis-je, que la rétraction concentrique l'emporte en puissance et en vitesse sur la rétraction radiée. Dans le cas contraire, elle est impossible, parce que la rétraction radiée attire la muqueuse rectale dans l'orifice fistuleux, qui reprend ainsi ses conditions de permanence.

Le mode d'avivement usité dans le procédé américain entrave certainement ces cas où la suture manque l'occlusion spontanée de la fistule, et il en est de même de la cautérisation telle qu'on la pratique d'ordinaire dans l'espoir de favoriser cette occlusion.

6° La guérison entièrement spontanée est à coup sûr possible, mais fort aléatoire. L'art peut donc et doit même venir en aide à la nature; on y parviendra en adoptant d'une manière exclusive l'opération en deux temps, c'est-à-dire l'avivement par la cautérisation, et la réunion immédiate secondaire, lorsque les surfaces granuleuses seront jugées aptes à l'adhésion.

La suture métallique simple, exécutée à l'ordinaire, pourra suffire, sans doute; mais, en certains cas, il pourra convenir d'y adjoindre une suture de renfort ou de soutien.

7° L'insuccès de la suture étant encore fort possible, il sera sage de mettre la fistule en des conditions telles que la guérison spontanée par rétraction concentrique et adhésion lente des surfaces granuleuses soit encore réalisable. Il suffira pour cela de supprimer préventivement l'obstacle essentiel à la cure naturelle, en détruisant, dans une étendue suffisante, la muqueuse rectale au pourtour de l'orifice intestinal de la fistule.

— M. *Reclus* lit une observation de fistule congénitale de la région ano-coccygienne.

L. Leroy.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1882. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Peptone mercurique ammonique : M. Delpech. — Transfusion du sang : M. Roussel (de Genève). — Appareil pour les lavages dans l'empyème : M. Dujardin-Beaumetz.

Au début de la séance M. *Delpech* croit devoir protester énergiquement contre les paroles que lui a prêtées le *Journal de thérapeutique*, dans le compte rendu d'une discussion récente sur la peptone mercurique ammonique, discussion qui, d'ailleurs, a été fort écourtée dans le *Bulletin de la Société*. Il n'a jamais prononcé la phrase qu'on lui attribue et n'a jamais recommandé « sa pharmacie » comme pouvant seule fournir une bonne solution de la peptone mercurique; il est toujours resté dans les termes d'une discussion scientifique et courtoise. Il rappelle, à ce propos, la formule de la peptone mercurique ammonique qui lui avait été demandée par M. Dujardin-Beaumetz. La poudre sèche se compose de : peptone sèche de Catillon, 15 grammes; chlorure d'ammonium, 15 grammes; sublimé, 10 grammes. On voit que la peptone est ainsi au quart de sublimé. Pour la solution destinée aux injections hypodermiques, M. Delpech fixe la formule suivante : poudre de peptone mercurique ammonique (ci-dessus), 50 centigrammes; eau distillée, 25 grammes; glycérine, 5 grammes. Cette solution contient donc 5 milligrammes de sublimé par seringue de 1^{gr},20.

M. *Dujardin-Beaumetz* reconnaît, au nom de la Société, la justesse de la protestation de M. Delpech. — Il regrette que la formule à prescrire, pour obtenir une solution de peptone mercurique ammonique, soit double : il faut en effet

d'abord formuler la poudre sèche, puis la solution titrée de cette poudre. Ne pourrait-on réunir ces deux formules en une seule?

M. *Delpech* répond que pour bien d'autres substances il faut recourir à la désignation d'un type connu; l'hyoscyamine, la digitaline n'ont pas la même puissance active suivant leur provenance. En prescrivant la peptone mercurique ammonique, dont la formule est aujourd'hui partout publiée, on sait que l'on emploie un composé défini, renfermant le quart de son poids de sublimé, et par suite, on obtient facilement un titrage sûr de la solution dont on a besoin.

— M. *Roussel* (de Genève) a pratiqué dernièrement avec succès, au moyen de l'appareil dont il est l'inventeur, une nouvelle opération de transfusion du sang. Il s'agissait d'une femme enceinte de six mois et chez laquelle une fausse couche avait été déterminée par une ponction de l'abdomen faite avec un gros trocart pour un prétendu kyste de l'ovaire, diagnostiqué par un praticien de la ville. Cette femme alla peu de temps après cette opération malencontreuse consulter M. Péan qui reconnut la grossesse et l'imminence d'une fausse couche; transportée chez une sage-femme elle mit au monde deux jumeaux, sans qu'aucun accident sérieux se produisît à ce moment. Huit jours après, elle fut prise d'une abondante métrorrhagie qui nécessita le tamponnement; l'hémorrhagie interne continua malgré tout et l'utérus distendu renfermait une grande quantité de sang. On parvint néanmoins à conjurer les accidents et on combattit l'anémie par les moyens ordinaires : toniques et reconstituants. Mais le 12 janvier une nouvelle métrorrhagie apparut et dura plus de quatre heures; elle se termina par une syncope. A la suite de cette seconde perte de sang, la malade tomba dans un état effrayant d'anémie, avec fièvre intense, anorexie complète, toux, vomissements et diarrhée colliquative. M. Péan, appelé près de cette femme, conseilla la transfusion du sang et M. Roussel pratiqua l'opération, assisté de M. A. Brochin, le 7 février. L'opération elle-même, dont le manuel a déjà été minutieusement décrit, fut très facile et l'on put transfuser très rapidement à la malade 170 grammes de sang, fournis par un fort de la halle. Une évidente amélioration se manifesta au cours même de l'opération; puis au bout de vingt minutes apparut le frisson qui se montre constamment en pareille circonstance. Il fut assez intense et le pouls redevenu petit, remonta de 110 à 135 pulsations; la respiration était pénible, anxieuse, mais reprit bientôt son rhythme normal, après quelques profondes inspirations. Enfin la chaleur, les sueurs apparurent, la face devint rouge, les yeux brillants. Deux heures après l'opération, l'état général était satisfaisant, la transpiration modérée. Les urines étaient abondantes et absolument normales : pas d'albumine, pas de globules plus ou moins altérés; elles n'ont depuis lors subi aucune modification dans leur aspect ou leur composition. C'est là, pense M. Roussel, le critérium d'une bonne transfusion; c'est la preuve de l'intégrité absolue du sang transfusé; en effet, lorsque ce sang est altéré par le contact de l'air ou des appareils défectueux employés jusqu'ici, il est promptement éliminé par les reins et l'on retrouve ses divers éléments dans l'urine. Il est inexact de dire, ainsi que l'affirme M. Hayem, que le sang transfusé sera toujours éliminé; ce phénomène ne se produira pas, si ce sang n'est pas altéré, s'il est *vivant*. Le 8 février, la malade n'avait plus de diarrhée; le 9, elle mangea avec un appétit voisin de la boulimie, enfin elle est actuellement bien rétablie, se lève, marche et ne tardera pas à reprendre ses occupations. La plaie faite au bras, pour la dissection de la veine, par M. Brochin, afin d'introduire la canule du transfuseur, a guéri par première intention. Il est bon de faire remarquer que l'individu qui a fourni le sang n'en a perdu que 180 grammes au plus, pour une tranfusion de 170 grammes; il y a loin de là aux résultats d'une autre opération analogue, récemment pratiquée à l'hôpital Cochin, au moyen de l'ancien appareil. Deux externes de cet hôpital ont fourni chacun 500 et 800 grammes de sang, si bien que l'un d'eux a eu presque une syncope, et cependant M. Th. Anger n'a pu injecter que très peu de sang liquide à son malade; constamment l'appareil se remplissait de caillots. M. Roussel a fait également, dans le service de M. Péan, une transfusion de 110 grammes chez un opéré exsangue; un ouvrier avait consenti à fournir le sang : il ne lui en a pas été extrait plus de 120 grammes.

M. *N. Gueneau de Mussy* demande si M. Roussel a observé, chez ses opérés, quelques cas de phlébite?

M. *Roussel* n'a vu que rarement une légère inflammation très localisée et n'amenant aucun accident; une seule fois, dans un cas où la dissection avait été laborieuse et où il s'était produit un thrombus, la phlébite s'est développée avec une fâcheuse intensité.

M. *N. Gueneau de Mussy* a été appelé il y a plusieurs années par Campbell auprès d'une femme, épuisée par des métrorrhagies puerpérales et à laquelle on se proposait de faire la transfusion; il remarqua que le pouls se relevait légèrement pendant son examen et que la face devenait moins pâle. Campbell fit administrer de l'eau-de-vie, mais la malade eut quelques nausées et des menaces de syncope; elle réussit néanmoins à faire comprendre que l'alcool lui causait toujours des accidents analogues. M. Gueneau de Mussy, pensant que cette nouvelle aggravation dans les symptômes de dépression pouvait être imputée à l'état nauséeux déterminé par l'eau-de-vie, conseilla d'attendre quelque temps avant de se décider à la transfusion et de faire prendre à la malade simplement du tilleul. Le mieux-être s'accentua, les phénomènes inquiétants disparurent peu à peu et la transfusion fut jugée inutile.

M. *Blondeau* demande s'il est nécessaire d'injecter une aussi grande quantité de sang que l'a fait M. Roussel? Quelques auteurs sont d'avis qu'une quantité bien moindre est suffisante.

M. *Roussel* pense que cette opinion a pris naissance dans la difficulté que l'on éprouvait avec les anciens appareils à injecter du sang dans de bonnes conditions. Mais, lorsqu'on peut transfuser du sang véritablement *vivant*, les malades supportent très bien une plus forte dose et les résultats obtenus sont meilleurs.

M. *Durand-Fardel* croit que le vin de Champagne est meilleur que l'eau-de-vie pour *remonter* un malade épuisé par une hémorrhagie.

— M. *Dujardin-Beaumetz* présente un petit appareil composé de tubes en caoutchouc, disposés en *flûte de Pan*, pour le lavage de la plèvre dans l'empyème. Il diffère de l'appareil classique en ce que l'extrémité externe des tubes est implantée dans une plaque de caoutchouc qui s'applique sur le pourtour de la plaie. La lumière des tubes n'est donc plus en partie obstruée par le fil qui la traversait dans l'appareil ancien; en outre les tubes ne risquent plus de se détacher et de tomber dans la plèvre.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Des lésions musculaires provenant de la fatigue,
par M. O. Roth.

Expériences sur des animaux (grenouilles, lapins), au moyen de l'électricité.

L'altération principale est la dégénérescence cireuse des muscles, semblable à celle qui a été décrite dans la fièvre

typhoïde, et dans d'autres maladies infectieuses. Les recherches modernes semblent démontrer que cet état n'est pas le produit de l'inflammation : chez les animaux, la moindre lésion mécanique donne lieu à des dégénérescences cireuses très marquées. Neumann disait que les ruptures musculaires observées chez les typhiques n'étaient pas la suite, mais bien la cause de l'état cireux.

L'auteur pense que dans les maladies infectieuses, comme dans la fatigue extrême, les muscles deviennent plus fragiles, parce que ces causes y déterminent une altération moléculaire, qui peut être assimilée jusqu'à un certain, point à une coagulation.

Les vacuoles qui existent dans les faisceaux primitifs, et les granulations du sarcolemme ne peuvent guère être mises en rapport avec l'état cireux. Les premières sont dues à l'œdème (?), les secondes à une modification histologique dont la nature reste inconnue. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXV.)

Des lésions anatomiques de la leucémie, par MM. Leube et Fleischer.

Le fait rapporté par les auteurs présente le plus grand intérêt au point de vue de la théorie générale de l'affection. Le voici. Une femme jeune et bien portante jusque-là, présente tout à coup, quatre mois après son accouchement, tous les symptômes d'une anémie grave. L'examen du sang fait voir que la proportion des leucocytes est très considérablement augmentée, que par suite l'on a affaire à une leucémie. Comme l'on ne constate aucune tuméfaction du côté de la rate et des ganglions lymphatiques, comme d'autre part, le tibia et le calcanéum sont sensibles à la pression, on s'arrête au diagnostic clinique de *leucémie myélogène*.

Or l'autopsie ne démontra dans la moelle osseuse aucune des lésions attendues. Cette moelle était rouge, hyperplasique avec une grande surabondance de cellules médullaires et de corpuscules rouges à noyaux : c'est la lésion commune à tous les états cachectiques.

On voit que, dans l'état actuel de la science, ce fait est complètement inexplicable. On ne peut guère admettre une erreur de diagnostic, quoique l'autopsie fasse mention d'un ulcère rond de l'estomac. On ne peut pas davantage supposer que les lésions insignifiantes trouvées dans la moelle aient suffi pour inonder le torrent circulatoire de corpuscules blancs. Il faudrait donc admettre qu'il existe dans l'organisme en dehors de la rate, du foie et de la moelle osseuse, d'autres organes hématopoétiques, et les auteurs reculent avec raison devant cette interprétation. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXIII.)

De la dislocation des os du crâne dans la méningite chez les enfants, par le professeur J. Parrot.

Dans trois cas de méningite tuberculeuse ou purulente, M. Parrot a constaté la disjonction des pièces osseuses du crâne, avec épanchement, entre leurs bords ainsi désunis, d'un fluide sanguinolent. L'écartement est surtout prononcé près du bregma, au niveau des sutures cervicale et sagittale, où il peut atteindre 3 et 4 millimètres. La disjonction du crâne est due sans doute au volume exagéré de l'encéphale, qui lui-même doit être rapporté soit à l'exsudat inflammatoire, soit à l'œdème cérébral, soit à l'hydrocéphalie. La lésion appartient à la seconde enfance, à un moment où il n'y a plus de membrane entre les pièces osseuses, et où les sutures n'ont pas encore acquis la solidité qu'elles auront plus tard. (*Revue de médecine*, 1882, n° 2, p. 112.)

De la possibilité de distinguer le sang de l'homme de celui des mammifères, par M. Vibert.

Le seul caractère qu'on puisse invoquer pour distinguer, au point de vue médico-légal, le sang des divers mammifères consiste dans la différence de diamètre des globules. Après avoir fait ressortir les difficultés de cette enquête, les causes d'erreurs auxquelles elle prête, l'auteur soutient que les conclusions des experts doivent toujours être réservées. Il n'est jamais possible d'affirmer qu'une tache est formée par du sang humain; il est seulement permis de dire, parfois, qu'elle *peut* provenir du sang humain. De même on est quelquefois en droit d'affirmer qu'une tache provient du sang d'un mammifère autre que l'homme; il en est ainsi quand les globules sont beaucoup plus petits que ceux de l'homme et que, de plus, les conditions d'observation ont été très favorables (*Arch. de phys. norm. et path.*, 1er janvier 1882, p. 49.)

Recherches expérimentales sur la contusion du testicule, par O. Terrillon et Suchard.

Bien que la contusion du testicule joue un rôle important dans l'histoire de l'orchite traumatique, on n'a pas encore étudié les lésions qui se produisent à la suite de semblables traumatismes; c'est ce qui fait l'intérêt de ces recherches expérimentales dont voici les résultats. Dans les contusions légères du testicule, les altérations, purement épithéliales, ont pour siège l'épididyme surtout; quand la contusion est plus intense, on constate, d'une part, des lésions plus profondes des tubes de l'épididyme et d'autre part une inflammation localisée du testicule lui-même. Ce processus phlegmasique porte, non seulement sur l'épithélium, sur les parois des tubes séminifères, mais encore sur le tissu interstitiel qui prolifère et amène ainsi l'atrophie de l'organe, comme à la suite de toutes les altérations d'ordre sclérosique (*Arch. de phys. et path.*, 1882, n° 2, p. 325.)

Du pityriasis circiné et marginé; description de son mycoderme, le microsporon anomœon (Microsporon dispar), par Emile Vidal.

Description d'une variété de pityriasis due à un parasite, microsporon anomœon, dont voici les caractères : extrême petitesse et irrégularité de forme des spores, disposées en cercle autour d'une cellule épithéliale; rareté des chaînes de spores, rareté extrême d'un mycélium. Cette éruption débute par de petites taches rosées, peu saillantes, à surface sèche, qui sont le siège d'une desquamation furfuracée. Ces taches acquièrent lentement la dimension d'une pièce de cinquante centimes ou d'un franc; tantôt elles sont confluentes, en plaques (pityriasis marginé); tantôt elles sont isolées, prenant une forme annulaire (pityriasis circiné). A la longue, le parasite peut, dans certaines régions (aine, aisselle), provoquer de l'intertrigo ou l'eczéma marginé. Cette éruption se distingue des affections similaires par l'absence de symétrie, la distribution irrégulière, la marche souvent lente.

Le pronostic en est très bénin; car l'affection cède aux traitements les moins énergiques, bains sulfureux, lotions au savon de goudron, glycérolé au calomel, pommade au turbith (*Ann. de dermat. et de syphil.*, janvier 1882.)

BIBLIOGRAPHIE

Physiologie des muscles et des nerfs. Leçons professées à la Faculté de médecine, par Charles Richet. — Germer-Baillière, 1882.

Le livre que M. Richet a publié récemment renferme l'historique et la critique des travaux exécutés sur les fonctions musculaires et nerveuses; le même ouvrage contient, très développé, accompagné de nombreuses figures, l'exposé des recherches personnelles de l'auteur : le tout forme un volume compact de plus de 800 pages. C'est ce livre que nous avons été chargé d'analyser.

Il est bien évident qu'on *n'analyse* pas un ouvrage de ce genre : tout au plus peut-on chercher à en donner une idée sommaire en indiquant rapidement l'esprit dans lequel il paraît avoir été conçu, le degré d'utilité qu'il présente à des points de vue divers et les progrès qu'il réalise.

C'est donc plutôt la critique d'ensemble de cet ouvrage qu'un compte rendu détaillé que nous allons essayer de faire ici.

I. Le livre est intitulé : Physiologie des muscles et des nerfs. *Leçons professées à la Faculté de médecine.* C'est en effet la forme de leçons qui a été adoptée par M. Ch. Richet et ces leçons s'adressent aux étudiants. Un pareil mode de publication devait tenter l'auteur dont on connaît la facilité d'exposition; ce genre est tout à fait conforme à la nature de son talent. Mais si l'on étudie l'ouvrage, on s'aperçoit bien vite qu'une partie seulement répond à ce qu'on attend du titre, et, disons-le tout de suite, cette partie est la plus importante pour les élèves. C'est celle qui est relative aux *fonctions nerveuses.*

Ici M. Richet a débarrassé son texte des citations et des critiques qui abondent dans la partie consacrée à l'étude de la fonction musculaire; il a rendu facile, agréable même, la lecture de tout ce qui a trait aux phénomènes réflexes, aux actions nerveuses centrales. Les leçons consacrées à ces sujets, complètent sur quelques points, résument sur la plupart des autres, les notions importantes qu'on trouve détaillées dans l'ouvrage classique de M. Vulpian (Leçons de 1866), dans son grand article Moelle du *Dictionnaire encyclopédique*, et les travaux si originaux de M. Brown-Séquard, qu'il aurait été intéressant d'exposer cependant avec plus de détails. De telle sorte que l'étudiant pour lequel sont écrites ces leçons peut véritablement tirer parti de leur lecture : elles ne visent que lui et ne passent pas par-dessus sa tête pour aller, comme celles qui traitent des fonctions musculaires, s'adresser aux hommes versés dans l'étude de la physiologie.

La différence bien accusée entre les deux parties de l'ouvrage résulte sans doute de la prédilection marquée de l'auteur pour les recherches relatives aux organes du mouvement. Sur ce point il a accumulé les expériences personnelles, il s'est entouré de documents bibliographiques, et, en présence de toutes ces richesses, il a dû subir un entraînement facile à comprendre. Tout en s'efforçant de traduire clairement les faits compliqués dont il traitait, il les a envisagés d'un peu haut pour le public spécial auquel il s'adressait.

Comme on le voit, ce reproche est tout à fait *relatif :* je me place au point de vue des leçons faites aux élèves et ne juge nullement le côté scientifique de l'ouvrage. Il me semble pourtant, qu'il était possible de faire pour la fonction musculaire ce qui a été fait pour la fonction nerveuse : simplifier l'exposé. Et le besoin s'en faisait peut-être sentir davantage, car nous n'avons pas en France d'étude condensée, claire, lisible pour tous, sur la physiologie des muscles. Nous avons au contraire de nombreux résumés élémentaires, très satisfaisants pour la plupart sur la physiologie du système nerveux : pour n'en citer qu'un qui est tout à fait hors ligne, je rappellerai l'article Nerfs de M. Mathias Duval dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

N'y avait-il pas, du reste, un moyen de tout concilier, de faire à la fois la leçon simple et l'exposé détaillé de ses propres recherches ainsi que des documents bibliographiques? Je crois qu'en pareil cas, le type des leçons de Milne-Edwards est excellent, avec quelques modifications toutefois : dans le texte courant, les gros faits, les notions générales indispensables, tout ce qui doit rester classique; en petit texte, au bas de la page, les arguments, toute cette critique de détails, toutes ces citations qui fatiguent l'attention et rendent la lecture si pénible. Avec ce procédé (ou tel autre qui aboutit au même résultat, par exemple un appendice qu'on peut consulter si l'on veut, mais que le lecteur n'est pas forcé de s'assimiler si le besoin ne s'en fait pas sentir), j'ai la conviction que M. Richet aurait fait un livre mieux équilibré en ses différentes sections et répondant plus complètement aux besoins d'un enseignement aussi difficile.

Ces remarques étant faites avec toute la liberté qu'autorisent le rôle de critique que j'ai accepté et l'élévation d'esprit de celui à qui elles s'adressent, arrivons à l'examen d'une question qui doit toujours se poser quand un livre nouveau paraît : *Ce livre répond-il à un besoin, réalise-t-il un progrès?*

II. S'il m'est accordé que l'auteur a pris occasion, et très légitimement, d'un cours fait à la Faculté de médecine, pour exposer dans leur ensemble ses propres travaux sur la fonction musculaire, nous nous trouvons en présence, non plus de leçons élémentaires, mais d'une monographie très étendue sur la matière.

C'est en réalité un mémoire en dix chapitres dont il faut chercher à rendre compte. L'auteur y traite successivement de la contraction musculaire, de l'élasticité, de l'irritabilité, de la chimie des muscles; il étudie la chaleur et l'électricité produites par le tissu musculaire; il s'élève aux conceptions hardies de l'équivalence des forces, et nous montre les analogies fonctionnelles qui existent entre les organes de mouvement et les appareils producteurs d'électricité ou de lumière chez les animaux. Chemin faisant, l'application médicale n'est pas négligée, par une réaction heureuse contre les tendances de la physiologie actuelle qui, à l'étranger du moins, se sépare de plus en plus de la médecine, sa source et son but.

Je ne crains pas plus de froisser la modestie de l'auteur que tout à l'heure sa susceptibilité, en disant nettement qu'une semblable étude répondait chez nous à un besoin, besoin limité sans doute, puisque le cercle physiologique français est, hélas! bien restreint, mais enfin besoin réel. M. Richet ne dit pas (il l'a pensé peut-être), qu'il y avait encore à écrire en français *sur les muscles* après le livre de Rosenthal publié dans la Bibliothèque scientifique internationale : l'illustre Allemand avait, il faut en convenir, un peu trop oublié que chez nous l'analyse de la fonction musculaire n'avait pas été négligée, et, malgré les précautions oratoires de sa préface, on devait regretter que les travaux français eussent été aussi complètement passés sous silence.

M. Richet a procédé autrement, non seulement en nous mettant au courant des travaux publiés dans notre propre pays, mais en rendant largement justice à ceux des étrangers, des Allemands en particulier. On ne se plaindra pas cette fois d'un défaut d'érudition chez un Français, et, en soignant cette partie de son ouvrage, l'auteur s'est conformé au bon exemple donné chez nous par M. Milne-Edwards, M. Vulpian, M. Ranvier, etc.

Voilà donc un côté de l'ouvrage qui ne mérite que des éloges, et puisque nous sommes sur le chapitre des compliments, signalons tout de suite deux autres points sur lesquels nous devons féliciter l'auteur.

Sa leçon sur l'*irritabilité musculaire* et l'indépendance de cette irritabilité par rapport aux conditions qui en assu-

rent la mise en jeu (innervation, circulation, etc.), est un morceau vraiment remarquable, tant au point de vue de la logique des idées que de la netteté de l'exposé.

Comme pendant à ce fragment, il faut lire la leçon sur *l'irritabilité nerveuse* et enfin compléter par la *comparaison des muscles, des nerfs et les centres nerveux* qui forme la dernière leçon : M. Richet a voulu terminer par une étude originale et cette tentative de rapprochement entre les lois de l'irritabilité qui se manifeste dans les éléments divers de l'appareil neuro-musculaire, nous a paru des plus heureuses Nous avons toujours pensé, du reste, et d'autres partagent cette opinion, que l'auteur est surtout orienté dans le sens philosophique, ce qui est un mérite assez rare dans la période analytique que nous traversons.

On ne peut s'empêcher d'avoir les défauts de ses qualités : la rigueur des examens de détail s'allie assez peu avec les tendances aux conceptions générales; aussi est-ce dans l'étude des menus faits que nous pourrions citer quelques *desiderata*. Nous craignons que l'analyse d'un certain nombre de points relatifs à la secousse musculaire, l'allongement préalable du muscle par exemple, théorie qui nous ramène à la fâcheuse conception de la diastole active, la technique des excitations expérimentales des muscles, et quelques autres points de détail sur lesquels nous ne voulons pas insister, n'aient été insuffisamment fouillés par M. Richet. Nous regrettons aussi qu'il n'ait pas étendu davantage son examen comparatif des réactions musculaires et que les muscles des animaux supérieurs n'aient point été l'objet d'études spéciales comme l'ont été ceux de la pince de l'écrevisse ou du pied de l'escargot. La physiologie comparée est une merveilleuse source d'enseignements, mais, si on l'aborde, il faut en explorer le champ tout entier, faute de quoi les conclusions générales risquent d'être applicables en réalité à des cas particuliers seulement. Ce n'est point à dire que nous n'acceptions pas volontiers les résultats de M. Richet comme résultats généraux, mais nous aurions voulu une critique expérimentale moins circonscrite.

Nous avons assez sacrifié aux nécessités de la critique et nous n'entamerons point ici la discussion des faits relatifs à l'élasticité, à la force et au travail des muscles, pas plus que celle de l'équivalence mécanique de la chaleur, question qui, à notre avis, ne saurait être tranchée avec les moyens actuels, chez les êtres vivants : trop de facteurs essentiels nous restent inconnus, et nous ne pouvons avoir la certitude de dresser le bilan d'un organisme.

Nons terminerons en attirant l'attention sur les chapitres qui traitent de la constitution chimique des muscles et des phénomènes chimiques de la contraction : l'auteur paraît plus à l'aise sur ce terrain que lorsqu'il traite de faits purement mécaniques; son résumé des travaux étrangers sur l'analyse des produits musculaires est fort intéressant et la critique qu'il en fait des plus judicieuses.

Nous avons exprimé notre opinion sur le livre de M. Richet avec l'indépendance à laquelle nous nous sommes senti autorisé : pour nous résumer ici nous dirons que cet ouvrage, qui a le caractère d'une œuvre personnelle, présente pour les hommes spéciaux un intérêt très réel, et qu'à ce point de vue la partie qui traite de la fonction musculaire comble une lacune dans notre littérature scientifique; mais cette même partie ne nous semble pas avoir été écrite pour le public des élèves qui ont besoin de notions plus élémentaires. Au contraire, tout ou presque tout ce qui est relatif aux fonctions nerveuses est simple dans la mesure du possible et sera consulté avec le plus grand fruit par ceux qui ont besoin de trouver condensés beaucoup de faits dans un espace relativement restreint.

N'est-ce pas dire beaucoup de bien d'un ouvrage que le présenter comme instructif à la fois pour ceux qui savent et pour ceux qui débutent ?

François-Franck.

VARIÉTÉS

LE CHOLÉRA DU HEDJAZ

Nous avons signalé, dès son début, le choléra du Hedjaz et, depuis lors, nous avons appelé, à plusieurs reprises, l'attention de nos lecteurs sur les phases diverses de l'épidémie; il nous semble intéressant aujourd'hui de retracer à grands traits la marche suivie par le fléau et de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les causes et les résultats de cette importation du choléra indien en Arabie. Les documents officiels et les renseignements fournis par notre correspondance particulière nous permettent d'apporter quelque précision dans cette étude.

On se souvient que c'est le *Columbian*, navire chargé de blé à destination d'Aden, et portant 650 pèlerins se rendant à la Mecque, qui apporta le choléra dans le port d'Aden, le 31 juillet 1881. Ce navire venait de Bombay où l'endémo-épidémie cholérique présentait alors une recrudescence marquée. Les premiers cas de mort se montrèrent à Aden sur des *coolies* employés au déchargement du *Columbian;* la terrible maladie se répandit bientôt dans le port et la ville, si bien que du 2 août au 27 septembre on comptait 183 cas de choléra dont 147 suivis de mort. Le *Columbian*, après une désinfection illusoire de trois jours dans l'avant-port, repartait d'Aden avec une patente nette, délivrée par le résident politique anglais, qui ne croyait même pas devoir mentionner les faits graves qui avaient signalé le passage du navire dans le port d'Aden. La conséquence de cette incurie fut l'importation du choléra à la Mecque dans la première quinzaine de septembre, par les pèlerins du *Columbian*.

Tout d'abord, le fléau ne fit que peu de ravages, et du 15 septembre au 13 octobre on n'enregistrait que 278 décès, soit une moyenne de 10 par jour environ. Bientôt même, on put constater une légère diminution dans la gravité de l'épidémie dans la Ville Sainte, et du 18 au 28 octobre on ne relevait que 69 décès par choléra, c'est-à-dire un peu plus de 6 décès en moyenne par jour; mais ce n'était là qu'une accalmie trompeuse et la mortalité s'éleva rapidement à des chiffres considérables pendant les grandes fêtes autour de la Mecque, à l'Arafat et à Mouna, du 3 au 6 novembre : 55 décès, le 3 novembre; 215 le 4; 214 le 5; et 300 le 6 du même mois. A partir de ce moment, le départ des pèlerins de la Ville Sainte amena une diminution notable et rapide dans la léthalité du fléau; du 11 au 13 novembre, on ne comptait plus que 190 décès par choléra à la Mecque, et 9 seulement du 18 au 20; les derniers cas de mort ont été signalés à la date du 27 novembre.

Les pays voisins, l'Egypte et l'Europe elle-même, furent justement émus d'un état de choses aussi grave, et, pour prévenir la marche envahissante de l'épidémie, des quarantaines furent imposées aux provenances des lieux infestés; des cordons sanitaires furent établis au sud de Damas pour protéger la Syrie par la voie de terre. C'est grâce à ces mesures de police sanitaire internationale que l'on a pu circonscrire le fléau indien et l'étouffer sur le sol même du Hedjaz; il y a certes fait trop de ravages, mais on pouvait redouter de bien autres malheurs.

En effet, de la Mecque, comme centre, le choléra se répandit, à la suite des pèlerins, dans plusieurs villes de l'Arabie. Une caravane, composée de 6682 pèlerins, presque tous Javanais, partit pour Médine dans les premiers jours d'octobre; elle perdit en route 367 cholériques; durant son séjour de 9 jours dans la cité du tombeau du prophète elle en perdit 259 autres, soit un total de 626 morts par le choléra, presque le dixième de son effectif, durant un si court laps de temps. Il est d'ailleurs probable qu'elle a dû être très éprouvée de nouveau pendant son retour. La population de Médine ne paraît pas avoir beaucoup souffert de l'importation de l'épidémie et n'a payé au fléau qu'un tribut de quelques décès.

C'est encore à la suite des pèlerins, au retour de la Mecque ou de Médine, que le choléra s'est montré à Djeddah et à Yambo, ports d'embarquement de presque tous les Hadjis qui regagnent leurs pays par la voie de mer. A Djeddah, du 7 au 13 novembre, il causait 74 décès et se répandait parmi la garnison turque dans les derniers jours du mois.

Si tous les Hadjis avaient dû retourner dans l'Inde par la voie de terre, l'Europe n'eut pas couru, dès lors, de bien sérieux dangers; mais un grand nombre de ceux qui s'embarquaient à Djeddah et à Yambo rentraient en Egypte ou en Turquie, et l'on pouvait craindre l'importation du fléau indien par les navires chargés de pèlerins. Aussi le Conseil international de santé d'Alexandrie im-

posa une quarantaine de 15 jours à El-Wedj, de 10 jours à El-Thor et le transit du canal en quarantaine, à tous les transports de pèlerins provenant des lieux infestés. Cette sage mesure ne fut pas inutile, car le nombre des décès par choléra ou cholérine à El-Wedj, de la fin de novembre à la fin de janvier, a été de 177 sur un chiffre de quarantenaires qui a varié de 6 à 7000. A la fin de janvier, ou au commencement de février, tout était à peu près fini, et les pèlerins en quarantaine ont été dirigés d'El-Wedj sur El-Thor, au pied du Sinaï, d'où ils arrivèrent à Suez vers la fin de février, pour franchir le canal et aller parachever leur quarantaine (du moins pour tous les Ottomans) dans les lazarets de Beyrout et de Smyrne. Parmi les navires qui les transportent, le *Babel* ne devra être accepté par le conseil de Constantinople que sous toute réserve, car on a constaté à son bord 92 décès de choléra depuis son départ de Djeddah.

En résumé, tout porte à croire que le danger a entièrement disparu, mais on peut facilement se figurer les désastres auxquels nous avons échappé, puisque sur le seul territoire du Hedjaz les statistiques officielles indiquent : 2584 décès cholériques pour la Mecque et les villages voisins; 150 entre la Mecque et Djeddah; 118 à Djeddah; 656 à Médine et environs; 76 à Rebouk (entre la Mecque et Médine); 76 à Yambo et 150 à Kraïber au nord de Médine, soit un total de 3813 morts de choléra. Or, personne n'ignore la difficulté d'établir une statistique exacte sur une population composée d'éléments si divers; bien des décès ont été ignorés ou cachés; souvent les femmes ne sont pas comptées dans les totaux publiés, aussi tous les médecins sanitaires s'accordent-ils à voir des minima dans les chiffres qu'ils ont pu relever. Il est donc rationnel d'évaluer à 5, 6 et peut-être 8000 morts, les ravages exercés par l'épidémie cholérique sur une population de moins de 50 000 pèlerins réunis au Hedjaz à l'occasion des fêtes de la Ville Sainte.

André Petit.

Nous avons reçu de M. Jules Guérin une lettre que nous publierons dans le prochain numéro.

Assemblée générale des médecins de France. — Ordre du jour de la séance du dimanche 16 avril 1882 : La séance sera ouverte à *trois heures précises*.

1° Allocution de M. le Président; 2° exposé de la situation financière générale, par M. Brun, trésorier; 3° rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Boutin, membre du Conseil général; 4° compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1881, par M. Martineau, secrétaire; 5° rapport de M. Pénard, au nom de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères (1re partie); 6° élection d'un vice-président de l'Association en remplacement de M. Bouillaud, décédé; d'un secrétaire général, en remplacement de M. A. Latour, démissionnaire; de sept membres du Conseil général, en remplacement de MM. Petit, Peter, Gallard, Denucé, Brouardel, Gavarret, arrivés au terme de leur exercice, et de M. Brière de Boismont, décédé. *A sept heures précises le banquet*.

Ordre du jour de la séance du lundi 17 avril 1882. La séance sera ouverte *à deux heures précises*.

1° Vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale; 2° approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale; 3° deuxième partie du rapport de M. Pénard sur les pensions viagères à accorder en 1882. Discussion et vote des conclusions; 4° ouverture du scrutin pour l'élection de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1883; 5° discussion sur le rapport de Me Vannesson (service médical), lu à la dernière assemblée générale et publié dans l'*Annuaire* de 1881; 6° rapport sur la question de l'exercice de la médecine pratique sur le territoire français par les médecins belges et luxembourgeois (dénonciation de la convention diplomatique de janvier 1881). — Mr Vannesson, rapporteur; 7° rapport sur le vœu de la double patente imposée aux médecins, notamment aux médecins exerçant près les stations thermales ou hivernales (vœu de M. Max. Legrand). — Rapporteur, M. Richelot; 8° rapport sur le vœu de M. Charbonnier (Sarthe), priant le Conseil général d'intervenir auprès du gouvernement pour obtenir le vote des fonds nécessaires aux départements et aux communes, afin d'assurer par l'augmentation des honoraires des médecins le bon fonctionnement de la médecine des pauvres. — Rapporteur, M. Lunier; 9° rapport de M. Bucquoy sur le vœu émis par M. Surmay, relatif aux rapports des médecins avec les Sociétés de secours mutuels; 10° rapport sur le vœu de M. Bigourdan (Eure), relatif au projet d'assurances sur la vie entre médecins. — M. Brun, rapporteur; 11° exposé des vœux émis par les Sociétés locales qui, renvoyés au Conseil général, seront l'objet d'un rapport dans l'assemblée générale de 1883.

Concours du Bureau central des hôpitaux. — Le jury du concours est composé de MM. Archambault, Besnier, Cadet de Gassicourt, Fournier, Gerin-Roze, Gourand, Proust, Tenneson, Benjamin Anger.

Nécrologie : Lanza. — Parmi les membres du corps médical récemment décédés, il en est un qui fut célèbre par un tout autre côté que le côté scientifique. C'est Lanza, ancien ministre, ancien président du Conseil dans le gouvernement italien. C'est sous sa présidence que fut élaborée et votée la fameuse *loi des garanties*, qui ne fut pas reconnue par la curie romaine. Lanza était piémontais, et ce fut pour lui un déplaisir notable de venir habiter Rome. Depuis quelques années il vivait presque toujours dans son pays natal.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un confrère distingué de Suresnes, M. Jules Lolliot, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société médico-psychologique et du Conseil municipal de Suresnes.

Association des dames françaises. Secours aux militaires en cas de guerre. Secours aux civils en cas de calamités. — L'école de *garde-malades* et d'*ambulancières*, qui a été fondée en 1877 à la mairie du VIe arrondissement, est transférée au siège de l'Association des dames françaises, rue Jean-Jacques-Rousseau, n° 15. Ses cours sur l'hygiène, sur les soins à donner aux malades et aux blessés, et sur l'art des pansements, ont recommencé le 8 mars; ils se continueront les lundis et les vendredis, à huit heures du soir. Ces cours sont faits par des docteurs en médecine; ils sont publics et gratuits. Un diplôme sera délivré aux personnes qui passeront l'examen avec succès.

Mortalité a Paris (10e semaine, du vendredi 3 au jeudi 9 mars 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2225910 habitants. — Nombre total des décès : 1363, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 38. — Variole, 15. — Rougeole, 39. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 62. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 12. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 79.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 230. — Autres tuberculoses, 20. — Autres affections générales, 86. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 79. — Bronchite aiguë, 56. — Pneumonie, 120. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 52; au sein et mixte, 35; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 118; de l'appareil circulatoire, 66; de l'appareil respiratoire, 88; de l'appareil digestif, 49; de l'appareil génito-urinaire, 34; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 2. — Morts violentes, 45. — Causes non classées, 7.

Conclusions de la 10e *semaine*. — Il a été enregistré cette semaine 1284 naissances et 1363 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1357, 1417, 1355, 1337. Le chiffre de 1363 décès relevé dans le bulletin de ce jour est donc légèrement inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison avec la 9e semaine des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir : une atténuation pour la diphthérie (62 décès au lieu de 64 pendant la 9e semaine), l'érysipèle (12 au lieu de 15), la coqueluche (4 au lieu de 5); une aggravation pour la fièvre typhoïde (38 décès au lieu de 36), la variole (15 au lieu de 11), la rougeole (39 au lieu de 23), la scarlatine (5 au lieu de 3), l'infection puerpérale (6 au lieu de 5).

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

PARIS. — IMPRIMERIE EMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE REDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET. PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE. 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 23 mars 1882.

LA CHLOROFORMISATION. — LES CONCOURS D'AGRÉGATION. — FERMENTS ET MALADIES.

Académie de médecine : La chloroformisation.

La discussion sur la chloroformisation n'est pas terminée. M. Gosselin a répondu à tous ses adversaires par un discours écrit et très étudié, mais qui ne nous a paru renfermer aucune considération capable de déterminer un changement notable dans le courant d'opinion établi à l'Académie. M. Tillaux, qui est ensuite monté à la tribune, a-t-il prêté, comme c'était son intention manifeste, un appui réel à son ancien maître ? Cet appui nous a paru être dans les mots plus que dans les choses. Nous attendons la suite du débat.

Les concours d'agrégation.

Au moment où nous écrivions notre dernier article sur *le concours d'agrégation des Facultés de médecine* (*Gaz. hebd.*, p. 152), nous ne connaissions point encore le travail publié par M. le professeur Léon Le Fort dans la *Revue internationale de l'enseignement* (n° 2, p. 126). Nous venons de lire avec un vif intérêt les pages écrites avec tant d'autorité et de talent par notre éminent confrère. Sur la plupart des points qu'il a examinés, nous sommes d'accord avec lui. Nous aurions cependant quelques réserves à faire si nous ne voulions aujourd'hui que faire connaître ses idées.

M. Le Fort condamne sans restriction aucune l'institution, réclamée, on l'a vu, par diverses Facultés, d'une *agrégation générale* commune à toutes les Facultés de médecine. Après avoir démontré que l'on ne saurait arguer de ce qui se passe au delà du Rhin pour défendre le système d'une agrégation unique, il ajoute :

De plus, l'étranger ne possède pas cette organisation des hôpitaux civils qui a rendu possible notre admirable institution des concours hospitaliers, depuis ceux de l'externat jusqu'à ceux du Bureau central, concours auxquels nous devons l'existence, à Paris, d'un état-major de cliniciens sans rival au monde, et auxquels nous devons pour toute la France un état-major de praticiens qui, après avoir, comme externes et comme internes, passé six années au moins au lit des malades, maintiennent à un niveau élevé la situation générale de la médecine française. A l'étranger, rien de pareil; le *privat-docent* n'est pas et n'a guère l'espoir de devenir avant longtemps médecin d'hôpital. Il est ce qu'il est par l'enseignement; il n'a pas un autre titre, une autre fonction qui le fixent en un lieu déterminé, et rien n'empêche un *privat-docent* de quitter Berlin ou Vienne pour devenir professeur d'une Faculté provinciale, avec l'espoir de revenir plus tard professeur dans la capitale où il avait commencé sa carrière. Partout où il ira, il retrouvera une bibliothèque et un laboratoire; il ne laisse pas derrière lui la situation difficilement acquise de médecin ou de chirurgien d'hôpital; il n'abandonne pas une clientèle civile qu'il lui faudra reconstituer dans sa nouvelle résidence. Il quitte, il est vrai, une clientèle d'élèves, mais celle-ci se déplace aussi facilement que le professeur et assez souvent elle le suit dans l'Université qui s'est annexé le nouveau professeur, en raison surtout du succès de son enseignement. En France, rien de pareil n'existe. Ce n'est pas dans l'enseignement, c'est dans la pratique professionnelle que la majorité des professeurs et des agrégés trouvent leurs ressources pécuniaires. Le candidat à l'agrégation, aussi bien que l'agrégé, doivent donc chercher à se créer dans la ville où ils habitent une clientèle de malades. Lorsqu'ils l'auront créée, ils ne pourront, non sans raison, se résoudre à l'abandonner, et cette nécessité matérielle constitue déjà un obstacle presque invincible à l'établissement d'un roulement entre les agrégés.

Ce n'est pas tout encore, le niveau de l'agrégation ne pourrait être élevé que si les candidats parisiens consentaient à aller occuper en province les places d'agrégés auxquelles ils seraient nommés. Or, cela n'est pas et ne peut pas être. Notre carrière est double. Pour nous, à côté du concours pour l'agrégation, il y a le concours pour les hôpitaux, et il n'est pas un médecin, pas un chirurgien qui, au point de vue de son importance et de son influence sur la carrière, ne place le titre de médecin ou de chirurgien d'hôpital à Paris au-dessus de celui d'agrégé. Sauf quelques exceptions, heureusement des plus rares, tous les agrégés de Paris, en médecine et en chirurgie, sont médecins ou chirurgiens des hôpitaux; beaucoup de concurrents à l'agrégation sont déjà en possession de ce titre et ceux qui ne le possèdent pas ont tous l'ambition et l'espoir de l'obtenir. On peut donc être assuré d'avance qu'aucun médecin, qu'aucun chirurgien des hôpitaux de Paris ne consentira à aller en province occuper une place d'agrégé. Si les candidats

pour Paris s'abstiennent de concourir pour les Facultés de province, alors que la plupart seraient certains de leur nomination, il serait souverainement injuste de faire passer à Paris, en cas de vacance, un agrégé de province. Il est donc impossible de remplacer par une agrégation en médecine l'agrégation spéciale auprès de telle ou telle Faculté.

Comme plusieurs de ses collègues de provinces et comme nous aussi, M. Le Fort déclare qu'il faut ne rien modifier au nombre et à la nature des épreuves. Toutes ont leur raison d'être et lui paraissent indispensables. La seule qui prête à quelques objections sérieuses est la thèse, qui est devenue peu à peu, par suite d'un abus auquel il serait facile de remédier, une épreuve aussi dispendieuse que peu concluante au point de vue du mérite personnel de chacun de ceux qui l'ont signée. M. Le Fort propose de revenir aux errements anciens et de n'accorder, pour la rédaction et l'impression de la thèse, qu'un intervalle de douze jours francs. La thèse étant conservée, son argumentation est, dit M. Le Fort, une des plus belles épreuves du concours, à la condition qu'elle reste sérieuse et sévère, c'est-à-dire à la condition « que l'argumentateur et l'argumenté soient deux candidats inscrits pour la même Faculté, luttant pour conquérir une place qui ne saurait appartenir à tous deux, qu'ils soient en un mot des adversaires et non des indifférents ».

Mais, contrairement à l'opinion que nous avons défendue, M. Le Fort n'admet pas l'utilité de la décentralisation des concours d'agrégation, du recrutement autonome des Facultés. Les raisons qu'il donne à l'appui de cette opinion peuvent se résumer en quelques mots. Connaissant par une assez longue expérience les faiblesses que peuvent avoir pour leurs candidats les juges de certains concours, M. Le Fort se défie des influences locales, des coteries régionales. Il ne croit donc pas à l'indépendance des jurys locaux. Aussi se prononce-t-il énergiquement contre la décentralisation complète des concours :

Instituer des jurys d'agrégation au siège de chaque Faculté, ce serait augmenter dans de fâcheuses proportions la valeur des influences locales, ce serait permettre d'élever au titre d'agrégé des concurrents d'une insuffisance déplorable. L'expérience nous montre la différence, déjà trop grande, qui existe forcément entre les agrégés parisiens et les agrégés provinciaux; il ne faut pas qu'on aille jusqu'à avilir ce titre d'agrégé que nous sommes tous si fiers d'avoir acquis dans les luttes des concours. Les nominations d'agrégés en province ont besoin d'être contrôlées; un jury central peut seul exercer ce contrôle; ce jury ne peut siéger qu'à Paris.

Nous ne nions pas la valeur de ces raisons non plus que l'insuffisance réelle d'un assez grand nombre des candidats de province. Si nous avons plaidé la cause des agrégations locales, c'est dans l'espérance de voir les Facultés de province plus soucieuses de leur autorité et du prestige que confient les titres dont elles disposent. Nous n'ignorons point qu'il n'en est pas ainsi partout. Nous connaissons les faits que signale avec tant de compétence et de sincérité le savant professeur de la Faculté de Paris. Mais le moment n'est pas venu de les discuter en indiquant le remède qu'il conviendrait de préférer à celui qu'indique M. Le Fort. Nous craignons, en effet, que la juste sévérité du jury central n'augmente pas dans des proportions suffisantes le nombre des agrégés nécessaires pour assurer l'enseignement dans les Facultés de province.

M. Le Fort aborde ensuite la réforme de la composition du jury central. Il propose, avec raison, de substituer un professeur de Faculté départementale au juge appartenant à l'Académie de médecine.

Enfin il indique par quels moyens on pourrait arriver à diminuer la durée des épreuves du concours d'agrégation en conférant aux Facultés provinciales le droit d'élimination et en ne confiant au jury central que les épreuves définitives du concours. Voici dès lors le projet de réforme que propose M. L. Le Fort :

Les concours pour l'agrégation dans les Facultés de médecine comprennent quatre sections : 1° médecine, médecine légale et hygiène; 2° chirurgie et accouchement; 3° anatomie, physiologie, histologie et histoire naturelle; 4° chimie, physique et pharmacologie.

Les épreuves de ces concours sont divisées en deux séries : épreuves éliminatoires, épreuves définitives. Les épreuves éliminatoires sont subies au siège de chaque Faculté devant un jury composé de quatre professeurs et d'un agrégé. Les épreuves définitives sont subies devant un jury central siégeant à Paris; ce jury se compose de cinq professeurs de la Faculté de Paris, de *trois* professeurs d'une Faculté de province et d'un agrégé de la Faculté de Paris faisant fonction de secrétaire.

Les candidats déclarent, en s'inscrivant, pour quelle Faculté ils désirent concourir. C'est devant le jury de cette Faculté qu'ils doivent subir les épreuves éliminatoires. La nomination et le classement des candidats admissibles appartiennent aux jurys locaux, la nomination aux places d'agrégés est réservée au jury central.

Au jour indiqué pour l'ouverture du concours, le jury central se réunit à Paris, se constitue, arrête la liste des candidats et fait choix du sujet de l'épreuve écrite.

La question choisie est expédiée télégraphiquement aux jurys locaux simultanément réunis. Le lendemain, le jury central se réunit de nouveau, fait choix des questions de thèse en nombre double du chiffre maximum des candidats admissibles. Les questions, placées dans des enveloppes scellées et paraphées par le président, sont tirées au sort et réparties suivant le nombre des candidats admissibles pour chaque Faculté. Les questions échues par le sort, pour une même Faculté, sont placées dans une enveloppe commune scellée par le président, signée par lui et par le secrétaire du concours et remise au ministère de l'instruction publique, qui la transmet au président de chaque jury local.

Les épreuves éliminatoires comprennent une question écrite et une épreuve orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation. Lorsque tous les jurys locaux ont prononcé leur jugement sur l'admissibilité des candidats, ils se réunissent de nouveau à un jour indiqué par un avis ministériel, et procèdent au tirage au sort des questions de thèse entre les candidats admissibles.

Douze jours francs sont donnés pour la rédaction et l'impression de la thèse. Les thèses, au nombre de 125 exemplaires, doivent être remises soit au président du jury local, soit au président du jury central, suivant que la déclaration en a été faite par le candidat au moment du tirage au sort.

Les thèses remises aux présidents des jurys locaux sont envoyées par leurs soins au ministère de l'instruction publique, qui transmet au président du jury central vingt exemplaires de chacune d'elles. L'argumentation de la thèse a lieu, autant que possible, entre candidats pour une même Faculté.

Les épreuves définitives ont lieu devant le jury central dans les formes actuellement en vigueur.

L'élection a lieu au scrutin secret et à la majorité absolue.

En cas d'insuffisance dans la valeur des candidats, le jury central peut, par un vote par bulletins blancs, déclarer, à la majorité absolue des votants, qu'il n'y a pas lieu à nomination.

Ce projet réalise une modification utile, une amélioration réelle des concours tels qu'ils ont été institués depuis 1874. Nous accepterions donc très volontiers cette réforme du statut

de l'agrégation en attendant que l'on fasse plus encore, soit par l'organisation d'un petit nombre de centres universitaires autonomes, soit par quelque autre mesure qu'il serait trop long d'indiquer aujourd'hui.

L. Lereboullet.

Ferments et maladies.

Sous ce titre alléchant et sonore, vient de paraître un volume de 250 pages (1) où M. Duclaux résume en un style sobre et alerte, son important article Fermentation du *Dictionnaire encyclopédique*. Cette œuvre de vulgarisation et de critique touche à tant de questions médicales et de si graves, elle formule avec tant de hardiesse et souvent de bonheur, les méthodes nouvelles et les espérances de la jeune école, et par-dessus tout, elle répond si bien aux préoccupations générales, que nous saisissons avec bonheur cette occasion de nous expliquer sur l'importance qu'il faut attacher au mouvement scientifique actuel, et étudier la transformation qui s'opère dans nos doctrines médicales.

Mais, dira-t-on, il y a donc encore des doctrines médicales et des esprits qui s'en préoccupent? Oui sans doute. Il est vrai que la mode est aux faits, les plus petits et détaillés possible, mais la *Gazette hebdomadaire* a montré maintes fois que tôt ou tard la logique reprend ses droits, et que les théories générales ne sont pas uniquement l'apanage des esprits arriérés ou amoureux obstinés du passé.

Il est bien inutile de revenir sur les raisons qui font de la théorie une absolue nécessité pour la science, et surtout pour la science médicale. Conçoit-on, par exemple, une thérapeutique, une hygiène sans doctrine générale? Nous admettons volontiers qu'il est mauvais de consacrer tout son temps à l'incessante, à l'énervante discussion des généralités, ce qui fut la faute capitale du commencement du siècle. Mais cette discussion revient sur le tapis le plus naturellement du monde toutes les fois qu'une découverte, ou une série de découvertes, vient ébranler, du moins en apparence, les bases traditionnelles de la doctrine.

Nous sommes arrivés à l'une de ces époques solennelles de l'histoire de la médecine. Les mémoires de Pasteur et de ses collaborateurs, contiennent non seulement des faits surprenants, mais une foule d'idées révolutionnaires qui ont du même coup choqué à l'extrême bon nombre d'académiciens et séduit la foule des jeunes esprits amoureux des choses claires, précises et surtout brillantes. Ce double effet n'a rien d'extraordinaire; mais derrière cette agitation se prépare une véritable lutte doctrinale. On constate la même situation des esprits à l'étranger, et spécialement en Allemagne, où la crise est arrivée à une phase plus aiguë.

En France, à vrai dire, il n'y a plus de doctrine médicale. Je me hâte d'ajouter que c'est là une impression toute personnelle, basée sur l'indifférence absolue de la jeune génération médicale, vis-à-vis de ces théories dont Pline l'Ancien célébrait la majesté. Chaque jour voit disparaître quelques-uns des brillants représentants du vitalisme ou de l'organicisme; nul ne vient les remplacer dans l'enseignement des doctrines générales. On ne lit pas plus Virchow que Bichat. — Et cependant la médecine française est bien profondément, quoique inconsciemment, imprégnée de la doctrine cellulaire, beaucoup plus qu'on ne le croit. C'est ainsi que l'on s'explique la vogue extraordinaire dont a joui, parmi nos étudiants, le livre de Niemeyer, qui a de grandes qualités, mais dont la lourdeur, l'insuffisance clinique, la recherche obstinée de l'application doctrinale, semblaient devoir rebuter les lecteurs français. Si notre Ecole a combattu avec éclat quelques détails de cette doctrine, elle n'en a pas moins adopté le fait fondamental, que toute maladie est essentiellement une modification des cellules. Quoi de plus naturel au fond? La pathologie cellulaire n'était en quelque sorte que le couronnement d'une œuvre française. Ici je laisse la parole au professeur de Berlin qui est revenu sur cette question dans un mémoire qui a eu la singulière fortune de passer à peu près inaperçu même en Allemagne (1). Tant il est vrai que les doctrines n'ont plus le don d'intéresser personne!

« Notre époque, dit-il, a vu se succéder trois périodes scientifiques.

» Pendant la première, à la fin du siècle dernier, on classait les maladies par régions : aujourd'hui encore, on rencontre quelques praticiens arriérés qui parlent de maladies de la poitrine ou de maladies de l'abdomen. C'est la période *régionnaire*.

» Morgagni, dans son fameux livre *De Sedibus et causis morborum* (où, soit dit en passant, il s'occupe surtout *de sedibus*), commence à s'occuper des organes. Cette tendance qui fut celle de la seconde période, trouva sa plus haute expression dans l'école de Paris représentée par Laennec et Dupuytren. On ne parla plus de maladies de l'abdomen, mais de maladies du foie, de l'intestin, etc. C'est ce que l'on désignait du nom bizarre, mais parfaitement juste, d'*organicisme*.

» Mais déjà, au sein de l'école de Paris, l'influence de Bichat poussait vers une analyse plus profonde : dans l'intimité de l'organe on cherchait un tissu, une portion où se localisait la maladie. Je n'ai fait qu'étendre cette tendance à ses dernières limites, et cherchant la maladie, non dans l'organe, non dans une portion d'organe, mais dans la cellule elle-même, j'ai créé du même coup la pathologie cellulaire. »

N'est-ce pas là un brillant et véridique tableau de l'évolution scientifique du siècle? Je ne puis résister au plaisir de citer encore les lignes suivantes :

« Vouloir faire table rase, dit-il plus loin, d'un système comme la pathologie cellulaire, sans le remplacer, c'est enlever un fil conducteur indispensable au praticien comme au savant.....

» La médecine sans boussole!... Tel était l'état des choses lorsque je fis mon entrée dans le travail. Alors régnait en Allemagne l'humorisme de Vienne qui avait cependant été considéré comme une véritable délivrance à une certaine époque. Nous avons commencé la campagne contre cet humorisme, et nous pouvons dire, sans être taxé de gloriole, que nous l'avons menée à bien. Faut-il maintenant rétrograder?

» Faut-il que les jeunes médecins se désintéressent absolument de la théorie, quand les dichotomisations du vieil arbre se multiplient, quand la recherche du détail envahit tout, et que les méthodes elles-mêmes deviennent innombrables?

» En un mot ne faut-il donc plus de doctrine? »

Ces dernières phrases montrent que le mémoire en question est une sorte de plaidoyer *pro domo suâ*, qui ne manque ni d'autorité ni de grandeur. C'est que la pathologie cellulaire est menacée de perdre son antique importance : son fonda-

(1) *Ferments et maladies*, par M. E. Duclaux, professeur à l'Institut agronomique. 1 vol. in-8 avec 12 planches et figures dans le texte. Paris, G. Masson. 6 fr.

(1) *Krankheitswesen und Krankheitsursachen*, par R. Virchow (*Archiv für path. Anat. und Phys.*, t. LXXIX, p. 1 et 185).

teur sent venir le choc depuis quelques années déjà. Une communication faite par Klebs au congrès des naturalistes allemands en 1877 (1), a été la goutte d'eau qui fait déborder le vase. C'est bien le choc de deux doctrines, non de deux hommes.

Le professeur de Prague qui est un « des fervents, peut-être même trop fervents prosélytes de la théorie des germes », dont parle Duclaux, a porté une main téméraire sur la pathologie cellulaire. Virchow a vertement répondu. Ce débat très vif et très intéressant, qui a mis en question la base elle-même de nos connaissances, ne saurait nous rester indifférent parce qu'il est localisé en Allemagne. Nous allons donc examiner d'abord cette question : Quelle est l'influence de la théorie des germes sur la conception générale de la maladie?

I

L'essence de la maladie, pour Virchow et pour tout le monde aujourd'hui, est une modification de la cellule. Cette modification, l'anatomo-pathologiste la constate et le clinicien s'en sert pour expliquer les phénomènes pathologiques observés pendant la vie.

Mais qu'est-ce qui produit cette altération de la cellule?

Ici nous sommes dans le monde de l'hypothèse.

Une irritation spéciale, disent les uns, qui ne veulent pas quitter le domaine de la biologie : une action physico-chimique, disent les novateurs. Comment une action de ce genre peut-elle se produire, en quoi se résume-t-elle, quelles sont les modifications produites dans l'intérieur de la cellule, ce sont là des questions auxquelles il vaut mieux ne pas même essayer de répondre. Pour Virchow, elles sont secondaires. La maladie est faite, au moment précis où la cellule se transforme, et cette transformation est vraiment l'*essence de la maladie*. Tout le reste appartient aux *causes*. Vouloir chercher ce qui se passe avant la modification cellulaire, c'est confondre la nature de la maladie avec l'étiologie, c'est prêcher la confusion. Sans doute, l'esprit n'est pas entièrement satisfait, et il ne l'est pas, parce que cette séparation que Virchow veut établir entre l'essence et la cause de la maladie est un peu artificielle. Entre la cause qui agit et la cellule qui se déforme, on conçoit, à la rigueur, une action intermédiaire, purement fonctionnelle celle-là, et uniquement du domaine de la biologie. Mais c'est là une simple vue de l'esprit que rien ne vient contredire ni confirmer.

On conçoit mieux une lésion des humeurs : « Ce n'est pas seulement, dit Duclaux, dans la texture d'un élément histologique que peut se produire la *lésion organique d'où résulte la maladie*, elle peut exister tout aussi bien dans le milieu qui entoure cet élément. »

Quelques faits d'observation récente tendent à faire admettre comme possible cette intervention des humeurs. Mais il faut bien reconnaître que cette lésion humorale est bien secondaire.

La doctrine de Virchow explique bien l'évolution des maladies ordinaires, inflammatoires, chirurgicales, etc. Il n'en est pas de même pour les maladies infectieuses, où les lésions sont souvent insignifiantes comparées aux symptômes. Quelle est, par exemple, l'essence de la maladie dans le choléra? Si c'est une modification de ces cellules, on se demande quelle elle est, sur quelles cellules elle porte. On l'a cherchée, il est possible qu'on cherche longtemps encore.

Il y a là une insuffisance réelle, reconnue par Virchow lui-même, mais qui peut disparaître avec les progrès de la science.

Vis-à-vis de cette doctrine, celle des germes tente déjà de s'élever, comme nous l'avons dit, et Klebs s'est fait l'organe de ses revendications évidemment prématurées. Car la doctrine parasitaire n'a pas encore été systématisée par quelque main puissante, de manière à faire bonne figure devant la pathologie cellulaire, telle qu'elle est sortie du cerveau de Virchow après vingt années de travaux, et dans notre idée, il est bien douteux qu'elle y arrive jamais. Précisément elle ne fait porter ses déductions que sur les maladies infectieuses. Elle ne s'attarde pas à analyser minutieusement les altérations cellulaires et attache plus d'importance aux lésions des humeurs. Ce qui crée la maladie, c'est la pénétration dans l'organisme de quelque chose qui provient de l'extérieur, d'un parasite animal ou végétal, d'un microbe en un mot. Le charbon est fait au moment précis où la bactéridie a pénétré dans le sang. Alors les réactions diverses des tissus deviennent insignifiantes (1), ce qui fait la maladie, est la mort de l'un et la vie de l'autre, et l'on rentre ainsi dans la loi générale qui préside au développement de tout ce qui est organisé sur le globe.

Dans cet exposé rapide, il aurait fallu, pour être vrai, énoncer moins affirmativement certaines propositions. Mais, je désire surtout être court et clair, et je crois être bien resté dans l'idée de la doctrine.

Tel est le débat qui se pose *in petto* dès aujourd'hui, qui peut être engagé publiquement dans un avenir prochain. Il n'est pas nouveau.

C'est l'antique querelle de l'anatomie et de la physiologie qui recommence sous une autre forme, la querelle de Riolan et d'Harvey, des anatomo-pathologistes et des expérimentateurs, du cadavre et de la vie, querelle qui, d'ailleurs, n'a pas d'autre raison d'être que la difficulté de maintenir chaque chose à sa place : l'anatomie sur le même rang que la physiologie et, au-dessus d'elles, les doctrines générales qui sont le fil conducteur destiné à relier les uns aux autres les éléments quelque peu disparates qui constituent la science médicale. A quoi servirait, dit-on, d'établir laborieusement l'essence de la tuberculose dans le sens de Virchow, le granulome, la cellule géante, et le reste, si les expérimentateurs qui ont commencé par démontrer que la maladie est inoculable, faisaient un pas de plus et démontraient qu'elle est parasitaire, et qu'un micrococcus est la cause de la phthisie, comme la bactéridie est la cause du charbon? Mais cela servirait à nous faire connaître la maladie dans ses étapes successives, le mode de souffrance de chaque tissu : c'est bien quelque chose.

Il importe, en pareille matière, d'éviter autant que possible de se payer de mots. Dans le mémoire cité plus haut, Klebs fait valoir l'impossibilité de donner par la théorie cellulaire de Virchow, une solution satisfaisante de la question de l'hérédité, de l'inflammation, de la genèse des tumeurs, de la thérapeutique et de la prophylaxie. Ce dernier point surtout lui tient à cœur.

« La pathologie cellulaire, dit-il, n'a pas de place pour la théorie parasitaire des maladies : elle néglige tout ce qui précède les altérations cellulaires et elle est restée stérile

(1) *Ueber die Umgestaltung der medicinischen Anschauungen in den letzten drei Jahrzehnten. Vortrag gehalten am* 18 *september* 1877, par E. Klebs, Leipzig, 1878.

(1) ... *Dass..., die sogenannte Reaction der Gewebe wesentlich von æusseren Einflüssen abhängt.* Klebs, *loc. cit.*

dans l'étude de tous les processus pathologiques où les lésions cellulaires n'existent pas, ou n'apparaissent que secondairement. »

Toutes ces querelles sont injustes, surtout la dernière. On ne peut logiquement demander à une doctrine générale plus que ne comporte son titre et son but. Si la pathologie cellulaire devait, contrairement à sa conception, faire une place, même minime, à la théorie des germes, pourquoi n'en ferait-elle pas à la théorie zymotique des Anglais, ou à la théorie catalytique de Robin, ou même aux théories attardées nées de l'humorisme de Rokitansky ou du naturalisme de Schœnlein, en tant qu'elles se cantonnent sur le terrain des maladies infectieuses. Il est vrai, il est naturel que la pathologie cellulaire néglige la prophylaxie qui n'est pas de son ressort.

Il n'en est peut-être pas de même de la thérapeutique, qui doit s'occuper plus spécialement de faire rétrograder les altérations qui déjà existent au sein des tissus. Il nous semble, au contraire, avec Virchow, que la théorie cellulaire a exercé une action indéniable sur cette partie des sciences médicales, et que « la localisation en thérapeutique est le cachet de la science moderne». La pharmacodynamique moderne, la seule qui ait droit à ce nom, ne vit que par l'observation des tissus au même titre que par celle des fonctions, et l'on constate que le médecin aussi bien que l'expérimentateur administre un remède donné, avec l'arrière-pensée d'aller atteindre au sein de l'organisme un groupe cellulaire déterminé. « Il sera possible, disait dernièrement le vénérable T. H. Huxley au congrès de Londres, d'établir dans l'économie un mécanisme moléculaire qui, semblable à une torpille bien dirigée, pénétrera jusqu'à un groupe particulier d'éléments vivants et déterminera une explosion parmi eux, sans toucher au reste. »

Pour ce qui concerne l'inflammation et la genèse des tumeurs, il est certain que la découverte de la diapédèse des globules blancs, de cette pluie de leucocytes qui, subitement, à certaines époques, inonde les parenchymes, a eu pour résultat de modifier notablement les opinions imposées par les travaux de Virchow. Les travaux de Strasburger, Balbiani, etc., sur les phénomènes observés dans le protoplasma à l'époque où se fait la segmentation des noyaux, les travaux un peu trop oubliés de Robin et de ses élèves, font déjà pressentir que Virchow a eu le tort de vouloir faire plier toute la pathologie dans tous ses détails, devant une loi uniforme et inflexible, ne comportant ni exception ni particularité.

On peut, il est vrai, faire rentrer encore provisoirement ces manifestations de l'activité des humeurs dans la théorie cellulaire et faire remarquer que les leucocytes sont des cellules qui ont dû passer dans les intervalles laissées par d'autres cellules, que les études faites sur le protoplasma sont encore trop récentes pour permettre des conclusions certaines.

Les raisons alléguées par Klebs contre l'existence d'une vie autonome des cellules et des groupes cellulaires, et le rôle de cette autonomie dans la genèse des tumeurs nous semblent peu concluantes. A force de vouloir faire de la réaction contre l'empire despotique de la métaplasie de Virchow, on en est arrivé à admettre que toute tumeur a son point de départ dans un groupe embryonnaire oublié dans un tissu. « Tout ce mysticisme de l'embryonnaire va décidément trop loin, » s'écrie le professeur de Berlin. Et comment expliquera-t-on les névromes consécutifs aux amputations, pour ne parler que d'une tumeur dont la genèse est par hasard hors de tout conteste ?

En résumé, sur ce terrain important de l'inflammation et des tumeurs, nous voyons très bien que la théorie cellulaire domine encore la matière, et si elle commence à nous sembler trop exclusive en éliminant de la nature intime des maladies tout ce qui concerne les humeurs, nous ne voyons pas en quoi elle pourrait être remplacée par aucune autre : car nous ne pensons pas que la théorie des germes ait la prétention de vouloir s'appliquer à la médecine tout entière. Si nous nous rappelons, d'autre part, que la lésion d'une cellule n'implique pas forcément une altération matérielle, constatable par nos moyens d'investigation forcément limités, que dans la théorie cellulaire on distingue trois propriétés (trophique, formative et fonctionnelle), on en concluera que ces hypothèses toutes rationnelles suffisent amplement à réfuter les principales objections que nous venons d'examiner.

Quelle argumentation peut-on fonder sur l'hérédité? Après toute l'encre dépensée pour élucider cette grave question, il semble que l'on devrait s'abstenir d'introduire un assemblage de théories et non de faits dans les discussions de ce genre. Il suffit de relire avec attention le discours de Chauveau au congrès d'Alger, cherchant à concilier (avec quels efforts de dialectique !) les notions de la pathologie parasitaire avec les faits de l'hérédité, pour comprendre la difficulté d'un pareil sujet. Virchow a eu au moins le grand mérite de déplacer la notion générale de l'hérédité et de la rendre compréhensible, en montrant que l'hérédité pour les maladies devait être remplacée par l'hérédité pour les éléments.

Si, vis-à-vis de la doctrine cellulaire et de ses imperfections fort exagérées, on place la doctrine parasitaire, on est étonné des énormes lacunes que laisserait cette dernière si elle devait, comme le veut Klebs, devenir l'idée directrice de toute la pathologie. Prenons pour exemple la maladie la mieux étudiée, la plus fouillée à ce point de vue, la fièvre charbonneuse, et demandons-nous en quoi consiste essentiellement la maladie de l'organisme qui en est atteint. Quel acte primordial intime commande ce dépérissement rapide et la mort, cette fièvre d'un type particulier, ce désordre fonctionnel de l'hématopoïèse, de la respiration, de l'innervation, les lésions locales de la peau, de l'intestin, du cerveau ?

La théorie des germes peut répondre : cet acte, c'est la vie du microbe qui, étant aérobie, s'empare de tout l'oxygène des hématies et fait périr l'organisme par asphyxie. C'est simple comme on voit : le malheur est que cela n'explique guère que la dyspnée. Et la fièvre ? et la déchéance organique? et les lésions locales? A ce compte d'ailleurs, toutes les maladies à microbes aérobies, se termineraient de la même façon et par le même mécanisme, un mécanisme identique à celui de l'intoxication par l'oxyde de carbone.

Nous le demandons en toute sincérité, cela constitue-t-il une théorie générale de la maladie et de la pathologie? Évidemment non. Duclaux l'a bien senti, car après avoir prononcé par-ci par-là quelques phrases qui rappellent vaguement les théories de Klebs, il conclut que « la maladie a une cause originelle, un centre d'irradiation résidant *dans une ou plusieurs cellules atteintes*. Le jour où la médecine aura appris à les connaître, elle ne s'attachera plus à couper les anneaux de la chaîne principale ou des chaînons transverses, elle ira droit à l'anneau initial. Elle ne sera plus,

comme elle est aujourd'hui, une médecine de symptômes. Elle sera une médecine de causes. »

Voilà la vérité ! La théorie des germes ne peut remplacer la doctrine cellulaire, par la raison qu'elle n'est pas une doctrine générale, mais une doctrine étiologique. Nous allons voir maintenant que dans ce domaine spécial son influence est énorme grâce surtout aux travaux de Pasteur, qui lui, a eu le mérite de se maintenir constamment sur le terrain des faits et des lois générales étiologiques démontrées par ces faits.

C. ZUBER.

(*A suivre.*)

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Paris, 14 mars 1882.

Le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire* renferme une critique de ma communication, aux Académies des sciences et de médecine, sur la contractilité tendineuse, qui me paraît exiger quelques mots de réponse.

Je laisse de côté la réplique que pourrait, dit l'auteur de l'article, m'adresser « le premier venu, parmi ceux qui étu- » dient l'anatomie générale, à savoir : que le tendon est un » organe de tissu fibreux entièrement différent du tissu muscu- » laire par sa composition chimique, par ses caractères histo- » logiques, et bien plus encore par ses propriétés physiologi- » ques. » La force et la nouveauté de cette révélation sont telles que je crois pouvoir me dispenser de m'y arrêter.

Mais on ajoute deux assertions qui méritent plus d'attention.

Premièrement, je n'aurais fait que rééditer ma communication de 1856 en vue de combattre les *réflexes tendineux.*

Secondement, « c'est seulement d'hier que j'annonce à » l'Académie que c'est là le phénomène intéressant qui depuis » quelques années est *fort bien étudié sous le nom de réflexes* » *tendineux.* »

Soit que l'on n'ait pas lu mon travail ou qu'on ne l'ait pas compris, — deux choses qui ne me paraissent pas absolument indispensables pour faire de la critique, — on s'est complètement mépris sur mon texte et ma pensée. Je demande la permission de le démontrer.

1° Dans ma communication de 1856 je m'étais proposé « d'établir que les tendons possèdent la faculté de se contrac- » ter, me bornant à montrer ce fait dans son caractère expé- » rimental. » Dans ma communication récente, j'ai eu pour but d'établir que « la contractilité tendineuse est une pro- » priété *absolument de même ordre* que la contractilité musculaire, c'est-à-dire que les tendons, comme les muscles de la vie de relation, se contractent tout à la fois sous l'*empire de la volonté* et sous l'influence d'une *autre impulsion*, et » qu'ils possèdent cette double propriété d'une manière indi- » vise avec les muscles, dont ils ne sont qu'un prolongement » modifié par l'action physiologique qui les met en jeu ». Ma dernière communication n'est donc pas une simple réédition, mais une suite de mon travail de 1856.

2° Ce n'est pas d'hier, ainsi que le dit l'auteur, que j'ai considéré la contractilité involontaire des tendons comme susceptible d'être rapportée à l'ordre des mouvements *réflexes.* Dans mon mémoire de 1856, j'écrivais ce qui suit : « Une question reste à résoudre, à savoir quel est le carac- » tère dynamique de la contraction tendineuse. Tient-elle à » une action particulière du système nerveux, qu'on est con- » venu d'appeler *réflexe*, ou à une propriété spéciale du tissu » tendineux, sorte d'irritabilité de ce tissu. » Or, la réserve que j'exprimais à cette époque, je l'ai abandonnée dans ma dernière communication, tout en rappelant qu'ayant été le premier à signaler, en 1856, le phénomène de la contractilité tendineuse comme fait expérimental inconnu jusqu'alors, j'avais néanmoins soulevé, dès cette époque, la question de savoir s'il fallait le rapporter à la catégorie des mouvements *réflexes;* ce que je conteste formellement aujourd'hui, à l'encontre de ceux qui se sont emparés de ce fait sans dire qui l'avait mis en lumière. « J'ai déclaré, en effet, et après des » observations répétées depuis plus de trente ans, que les faits » de cet ordre émanent d'une autre source et servent à d'autres » usages que ce que la science enseigne. » Voilà ce que j'ai dit et écrit.

Ces deux rectifications n'ont pas seulement pour but de bien montrer la filiation de mes idées, mais encore de faire mieux comprendre le point de départ des recherches que j'ai annoncées contre la doctrine aujourd'hui si universellement acceptée des phénomènes *réflexes*.

En ce qui concerne la partie de l'article où l'on veut bien m'apprendre que la science d'aujourd'hui n'est plus celle de 1856 (ce qui n'est pas contestable au point de vue des dates), je me contenterai de répondre, pour le moment, que la vraie science de tous les temps consiste à voir, n'importe par quel moyen, ce qui n'avait pas été vu auparavant, et à le faire voir le mieux possible à ceux qui ne l'avaient pas vu : l'un, j'en conviens, étant beaucoup plus difficile que l'autre.

Jules GUÉRIN.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie médicale.

RECHERCHE DE LA GLYCOSURIE CHEZ LES PALUDIQUES, par le docteur F. SOREL, médecin major de 1re classe (1).

(Suite. — Voyez les numéros 5 et 6.)

II. — FAITS DE LA DEUXIÈME SÉRIE D'EXAMENS (2).

Les premiers examens étaient restés complètement négatifs ; il n'en est pas tout à fait de même de ceux de la deuxième série, où, dans six cas (obs. XLVI, XLVII, LVIII, LX, LXIV, LXXII), j'ai pu constater une réduction, quoique des plus faibles, de la liqueur de Fehling ; et, dans trois (obs. XLVII, LVIII, LXIV), elle résultait incontestablement de la présence de la glycose dans l'urine.

Cependant on verra que de ces faits d'une réduction accidentelle, et quasi microscopique, il n'est pas permis de conclure à la réalité d'une glycosurie paludique.

L'observation inscrite sous le n° XXXV terminait la première série d'examens.

(1) Nous accueillerons, favorables ou défavorables, tous les faits qui nous seront communiqués, relativement à l'importante question soulevée à l'Académie de médecine par M. le professeur Verneuil ; mais nous ne reprenons pas *la trêve* proposée par notre confrère et ami, et nous ne reviendrons sur cette question que lorsqu'il y reviendra lui-même.

(2) A l'occasion des recherches de M. Sorel, M. le docteur Mossé, agrégé de la Faculté de Montpellier, nous prie de rappeler qu'il a commencé au laboratoire de la clinique médicale une série d'observations destinées à vérifier l'existence du diabète ou de la glycosurie chez les paludéens. Les résultats obtenus jusqu'à ce jour ne lui semblent pas devoir confirmer l'opinion soutenue par M. le professeur Verneuil. Les recherches seront d'ailleurs régulièrement continuées. Par cette communication rapide, faite à la Société de médecine de Montpellier (20 décembre 1881), M. Mossé a simplement voulu prendre date, car le retentissement de la discussion de l'Académie de médecine suscitera, sans doute, de nombreux travaux de vérification à ce sujet.

A. — *Cachectiques ou chloro-anémiques observés en dehors de l'état de fièvre.*

XXXVI.—R..., détenu de l'atelier n° 4, en Algérie du 14 août 1881, contracte la fièvre en septembre, arrive à Sétif le 21 novembre. L'urine est examinée à la fin de décembre; le malade n'a plus d'accès depuis environ un mois; il est très anémié, et malgré l'absence de souffle, soit cardiaque, soit vasculaire, présente une teinte jaune verdâtre du tégument et des conjonctives qui sont translucides.

De coloration acajou, tachant le linge en jaune, l'urine, de réaction très acide, laisse déposer des urates en abondance par le refroidissement, mais ne contient ni sucre, ni albumine. Il m'est impossible d'y déceler la présence de la bile; du reste, les selles ne sont nullement décolorées. L'acide azotique y détermine une coloration rouge générale, et l'acide sulfurique y fait apparaître un disque brun violacé.

XXXVII. — Lec..., détenu de l'atelier n° 6, vingt-quatre ans, en Algérie du mois d'avril 1881, contracte la fièvre en août, arrive à Sétif le 14 novembre. Anémie cachectique, visage bouffi, aucun souffle. Examens négatifs de l'urine faits à la fin de décembre.

XXXVIII. — Vig..., détenu de l'atelier n° 4, vingt-quatre ans, en Algérie du mois de mai 1880, contracte la fièvre en septembre de la même année; depuis, accès constants, qui se répètent plus fréquemment pendant l'année 1881, arrive à Sétif le 21 novembre. Anémie considérable déterminée par la fièvre et la diarrhée, aucun souffle. Absence de sucre dans l'urine, examinée à la fin de décembre, un mois environ après la disparition de tout accès.

XXXIX. — Lemar..., détenu de l'atelier n° 4, trente-huit ans, a eu la fièvre jaune au Mexique et les fièvres d'accès pendant un séjour de 1861 à 1867, en Algérie de juillet 1881, repris bientôt par la fièvre intermittente, arrive à Sétif le 28 novembre. Homme anémié, aucun souffle. Accès graves accompagnés d'oppression et d'angoisse dans les premiers jours de décembre. Les examens faits de l'urine à la fin du mois restent négatifs.

XL. — Bey..., détenu de l'atelier n° 4, vingt-trois ans, ayant contracté la fièvre en 1880, en Cochinchine, en Algérie du mois de juillet 1881, accès en août, arrive à Sétif le 21 novembre. Homme très anémié, aucun souffle. Recherche négative de la glycosurie à la fin de décembre.

XLI.— Gan..., détenu de l'atelier n° 6, vingt-cinq ans, a séjourné en Cochinchine en 1879 et 1880, où il a contracté la fièvre dès la première année, en Algérie de juin 1881, accès intermittents en septembre, arrive à Sétif le 31 octobre. Après quelques accès survient une diarrhée dysentériforme qui ne disparaît qu'à la fin de novembre. Ce malade, très amaigri, très anémié, présente un souffle continu au cou. L'urine, examinée à diverses reprises en décembre, n'est pas sucrée.

XLII.— Frau..., détenu de l'atelier n° 4, vingt-cinq ans, en Algérie de l'année 1875, contracte la fièvre en 1876, repris seulement en septembre 1881, arrive à Sétif le 26 décembre. Anémie, souffle continu au cou. Examens de l'urine restés négatifs.

XLIII.— Bil..., détenu de l'atelier n° 4, vingt-deux ans, en Algérie du mois de février 1881, contracte la fièvre en avril; accès constants depuis, plus fréquents en automne, arrive à Sétif le 26 décembre. Anémie, souffle continu au cou. Aucun accès à l'hôpital. Urine non sucrée.

XLIV. — Corq..., détenu de l'atelier n° 4, vingt-trois ans, en Algérie de l'année 1879, contracte la fièvre en août 1880; accès de temps à autre, se rapprochant depuis juillet 1881, arrive à Sétif le 26 décembre. Homme très fatigué, anémié. Aucun accès à l'hôpital. Urine non sucrée.

XLV.— Ren..., détenu de l'atelier n° 4, vingt-six ans, en Algérie du mois d'août 1878, contracte la fièvre pendant l'été de 1880, à Mondovi, près Bône; repris en juillet 1881, accès fréquents en septembre, arrive à Sétif le 12 décembre. Homme anémié, amaigri, au teint terreux. Pas d'accès à l'hôpital. L'urine ne contient pas de sucre.

Je pourrais encore produire une dizaine de cas analogues. Je me bornerai aux deux suivants, où la cachexie prend une allure plus chronique, et d'autant plus qu'il y eut à un moment donné réduction de la liqueur cupro-potassique.

XLVI.— *Embaret ben Amar*, mendiant des environs, âgé d'environ dix-huit ans, séjourne à l'hôpital de Sétif du 31 janvier au 7 février 1882. Il n'y a lieu de tenir aucun compte des renseignements incohérents ou contradictoires qu'il donne. Ancien paludéen, il est porteur d'une rate volumineuse qui plonge dans le flanc, dépassant les fausses côtes de 15 à 16 centimètres; elle est très mobile dans l'abdomen, distendu par une ascite modérée. Absence absolue d'anasarque; au contraire, sécheresse marquée du tégument; réseau veineux dessiné sur la paroi abdominale; le foie paraît normal, il ne déborde pas les fausses côtes.

L'urine, examinée chaque jour matin et soir, de réaction acide, laisse déposer par le refroidissement des urates en abondance; mais, de plus, l'urine du 2 février soir, qui n'avait donné aucune trace de réduction au moment de l'examen, a déterminé le lendemain matin une réduction minime, qui se traduit par une *petite tache d'oxyde cuivreux* déposée au fond du tube et dépassant de peu en surface les dimensions d'une tête d'épingle. Le fait ne s'est pas reproduit dans les autres examens; pas d'albuminurie.

XLVII. — (Service de M. Dieu.) Femme H..., vingt-trois ans, en Algérie depuis l'âge de cinq ans, habite le village de Bir-el-Arch, sur la ligne du chemin de fer de Sétif à Constantine. Elle aurait été atteinte de la fièvre pour la première fois après la moisson, en juin 1881. A son entrée à l'hôpital de Sétif, le 17 janvier 1882, elle n'a plus d'accès depuis deux mois, mais elle est anémiée, voit ses pieds enfler par la marche ou la station debout; l'abdomen est distendu par une ascite très modérée; la rate, volumineuse, plonge dans le flanc; elle est du reste mobile. Elle ne présente aucun souffle cardiaque ou vasculaire; les règles sont très peu abondantes.

L'urine, examinée le 19 janvier, est très albumineuse et contient en outre des phosphates en abondance; après ébullition et filtration, elle ne réduit pas la liqueur cupro-potassique.

La malade est soumise au régime lacté absolu.

L'urine du 24 janvier, matin, est pâle, faiblement alcaline, riche en phosphates; l'albumine a diminué de quantité. Après ébullition et filtration, aucune réduction sensible de la liqueur cupro-potassique; mais par le repos il se forme une *tache d'oxyde cuivreux* au fond du tube, ne dépassant que de peu la surface d'une tête d'épingle.

L'urine du soir, traitée successivement par l'acétate basique de plomb et le carbonate de soude, et examinée après double filtration, donne à chaud instantanément, et à froid au bout d'une demi-heure, cette même petite tache d'oxyde cuivreux.

Le régime lacté, assez mal accueilli, est suspendu le 26 janvier; il n'y a plus trace de réduction dès le soir même, l'urine étant examinée aussi bien après défécation par l'acétate de plomb et le carbonate de soude. Les examens restèrent dès lors négatifs jusqu'à la sortie de la malade, le 5 février. L'albumine était moins abondante qu'à l'entrée, la phosphaturie persistait.

La présence des urates a pu être la cause de la réduction tout à fait accidentelle observée dans le premier de ces deux cas, et comme je n'avais pas conservé d'autres portions de cette urine, ce qu'il est toujours prudent de faire, je n'ai pu renouveler l'examen après défécation préalable.

Chez la seconde malade, la réduction ne s'opère que pendant qu'elle est soumise au régime lacté; il restait à déterminer la part d'influence de ce régime sur la présence manifeste de la glycose dans l'urine.

Je repris l'examen de l'urine d'anciens paludiques de la première série, qui, tout en participant au régime commun, consommaient depuis longtemps les quatre portions de lait comme boisson. Un seul de ces malades, qui a subi les atteintes d'une cachexie aiguë des plus graves, et qui fait le sujet de l'observation XII, fournit une urine qui réduisait la liqueur de Fehling dans les mêmes conditions, c'est-à-dire qui donnait, après défécation par le sous-acétate de plomb et le carbonate de soude, une petite tache d'oxyde cuivreux, qui se déposait au fond du tube à essai, instantanément à chaud, au bout d'une demi-heure à froid. Cette urine, riche en phosphates alcalins, n'était pas albumineuse.

Il suffit de prescrire du vin au lieu de lait comme boisson pour voir cesser, dès le premier jour même, le faible pouvoir réducteur de l'urine; mais la phosphaturie a persisté et dure encore.

De ces faits il ressort : que l'usage du lait a entraîné chez les malades l'existence de traces de glycose dans l'urine; que l'apparition de la glycose dans l'urine correspond peut-être à des troubles organiques ou fonctionnels nés sous l'influence du tellurisme, et qui ne permettent pas une assimilation complète du sucre de lait, mais qu'en tout cas ce fait reste exceptionnel et peut se rencontrer en dehors du paludisme; qu'enfin *on ne peut, sans exagération considérable, attribuer le nom de glycosurie paludique à la présence exceptionnelle, accidentelle et éphémère de glycose dans l'urine de paludéens, et cela en proportions si minimes que la quotité serait loin d'atteindre 1 décigramme par litre de liquide.*

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 13 MARS 1882. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Sur la reproduction, par la photographie, des diverses phases du vol des oiseaux. Lettre de M. *Marey* à M. le Secrétaire perpétuel. — L'auteur annonce de Naples à l'Académie qu'il vient d'obtenir, au moyen de la photographie instantanée, l'analyse complète des différentes formes de la locomotion, y compris le vol des oiseaux. L'instrument qu'il a fait construire pour cet objet donne aisément douze images successives par seconde, chaque image n'employant pour se produire que 1/700 de seconde. Il présentera bientôt à l'Académie son appareil et ses épreuves photographiques.

Faits nouveaux établissant l'extrême fréquence de la transmission, par hérédité, d'états organiques morbides, produits accidentellement chez des ascendants. Mémoire de M. *Brown-Séquard.* — Toutes les observations ont été faites sur des cobayes. Actuellement, au Collège de France, plus de 150 animaux présentent des manifestations héréditaires ayant pour point de départ des lésions accidentelles chez les ascendants.

Voici la liste des affections ainsi reçues par hérédité : 1° épilepsie chez des descendants de cobayes, mâles ou femelles, chez lesquels on a produit cette affection par une section du nerf sciatique ou d'une partie de la moelle épinière; 2° un changement particulier de la forme de l'oreille ou une occlusion partielle des paupières chez des descendants d'individus ayant eu les mêmes effets après la section du nerf grand sympathique cervical; 3° de l'exophthalmie chez des descendants de cobayes ayant eu cette protrusion de l'œil après une lésion du bulbe rachidien; 4° des ecchymoses, suivies de gangrène sèche avec d'autres altérations de nutrition de l'oreille, sur des descendants d'individus chez lesquels on avait produit cette série d'effets par une lésion du corps restiforme; 5° absence de phalanges ou d'orteils entiers à l'une des pattes postérieures chez des descendants de cobayes ayant perdu ces orteils accidentellement, à la suite de la section du nerf sciatique; 6° état morbide du nerf sciatique chez des descendants d'individus chez lesquels ce nerf avait été coupé, et apparition successive des phénomènes que l'auteur a décrits comme caractérisant les périodes de développement et de décroissement de l'épilepsie, et en particulier l'apparition de la puissance épileptogène dans une partie de la peau de la tête et du cou, et de la chute des poils dans cette zone au moment où cette affection va s'amender. M. Brown-Séquard avait déjà fait connaître ces résultats. Les faits nouveaux qu'il expose appartiennent à deux groupes d'altérations organiques. Le plus important des deux consiste essentiellement en altérations de nutrition du globe oculaire. Il a maintenant plus de quarante cobayes, chez lesquels l'un des yeux ou tous les deux sont plus ou moins lésés, et provenant de trois parents ayant eu un œil altéré à la suite d'une section transversale du corps restiforme. Il reconnaît cependant que les altérations de l'œil chez les descendants ont été extrêmement variées, et qu'elles n'ont été que quelquefois exactement semblables à celles observées chez les parents; mais elles n'ont jamais été semblables à celles que l'on observe après la section du nerf trijumeau (fonte de l'œil). Même chez les descendants, à part deux cas, très remarquables d'ailleurs, je n'ai pas vu se montrer les altérations organiques caractérisant la fonte de l'œil, qui est la conséquence ordinaire de la section de ce nerf. Laissant de côté les descendants ayant eu de l'ophthalmie (conjonctivite ou kératite), affection qui ne pouvait pas être considérée comme héréditaire, l'auteur a constaté, chez ceux qui ont eu des troubles de nutrition à l'œil, les particularités suivantes : chez quelques-uns, la partie d'abord altérée a été le cristallin; chez d'autres, l'humeur vitrée ou l'humeur aqueuse; mais chez le plus grand nombre (les deux tiers à peu près), c'est la cornée qui a été atteinte au début, dans les cas, au moins, où l'état morbide de l'œil n'a commencé qu'après la naissance. Presque toujours c'est de l'opacité blanchâtre qui s'est montrée au début à la cornée et au cristallin. Dans les humeurs aqueuse ou vitrée, ce sont des flocons, blancs en général, mais quelquefois jaunes ou roses, qui se sont d'abord montrés. Dans un nombre assez grand de cas, un travail atrophique très singulier, non inflammatoire, a eu lieu, et l'œil s'est graduellement rapetissé et s'est enfin réduit, comme chez l'un des parents, en une très petite masse, composée surtout d'un reste de membrane. Avant l'atrophie de l'œil, la sensibilité persiste en général, mais très souvent à un degré moindre qu'à l'état normal.

D'autres faits nouveaux d'hérédité méritent aussi l'attention. L'auteur a maintenant plus d'une vingtaine de cobayes nés d'individus ayant eu de l'atrophie musculaire à la suite de la résection du nerf sciatique, et chez lesquels il y a aussi à la cuisse et à la jambe une atrophie musculaire évidente. La fréquence de ces transmissions est remarquable; elles se sont montrées chez plus des deux tiers des animaux nés de parents chez lesquels une lésion accidentelle a fait apparaître plusieurs de ces états morbides. La transmission par hérédité de plusieurs de ces états morbides peut se faire de génération en génération. (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

Sur la digestion gastrique. Note de M. *E. Duclaux.* — Le point de départ des recherches de l'auteur a été la découverte, chez certains ferments de la caséine, d'une diastase capable de transformer cette substance en une peptone tout à fait pareille à celle qu'on rencontre dans le canal digestif. Les ferments se montrant ainsi capables de remplacer les liquides normaux de l'organisme, il y avait à se demander quelle part ils prennent au phénomène de la digestion, qui s'accomplit toujours en leur présence, quel rôle aussi ils ont pu jouer dans les essais de digestion artificielle, où ils sont presque toujours intervenus à l'insu des expérimentateurs.

Le moyen à employer pour cela était donné d'avance par les travaux de M. Pasteur. Il n'y avait qu'à faire arriver sur des matières alimentaires stérilisées d'avance des liquides digestifs, débarrassés, par filtration au travers d'une cloison poreuse, de tous les éléments solides et des germes qu'ils pourraient apporter avec eux. J'ai soumis à ce procédé la salive, le suc gastrique, et, dans des conditions un peu modifiées, le suc pancréatique. Je laisse de côté, pour le moment, la salive, dont l'action, faible du reste, résulte d'un mécanisme compliqué. J'arrive de suite au suc gastrique. L'auteur continue :

L'intérieur de l'estomac d'un animal renferme d'ordinaire une foule de ferments divers, où dominent ceux des matières hydrocarbonées, qui s'accommodent mieux de l'acidité du milieu que les ferments des matières albuminoïdes. On y trouve diverses espèces de levûres, des filaments mobiles et immobiles, et surtout

du ferment lactique dont la présence explique, sans qu'il soit besoin de recourir à une action physiologique, la présence souvent constatée de l'acide lactique dans le suc gastrique. La plupart de ces ferments sécrètent des diastases qui se mêlent à celles que sécrètent les cellules de la muqueuse, et qu'on n'élimine pas facilement sur l'animal vivant. Quand on veut étudier le produit propre aux glandes gastriques, le meilleur moyen est de sacrifier l'animal en digestion, de laver à grande eau, pendant quelques minutes, l'intérieur de l'estomac, et de faire ensuite une macération de la muqueuse.

On trouve ainsi, pour les diastases du sucre et de l'amidon, qu'elles sont tantôt présentes, tantôt absentes dans le suc gastrique qu'on puise dans l'estomac du mouton et du chien, mais qu'elles manquent toujours dans le suc gastrique extrait des glandes. La digestion physiologique de la matière amylacée ne se fait donc pas dans l'estomac, ou, si elle y a lieu, c'est par l'effet des ferments. Je conserve, en effet, depuis plus d'un an, de l'amidon cuit dans du suc gastrique pur, sans qu'il ait perdu la propriété de bleuir par l'iode. Pour les diastases des matières albuminoïdes, l'état d'inertie où vivent d'ordinaire dans l'estomac les ferments qui pourraient les produire fait qu'elles sont rarement présentes et que le suc gastrique est presque toujours abandonné à lui-même pour la digestion de ces matériaux alimentaires. Mais il ne les attaque pas tous avec la même facilité. Il coagule la caséine, mais ne touche pas au coagulum formé. Le lait n'est donc pas digéré dans l'estomac par l'action du suc qu'y sécrète la muqueuse. Nous verrons plus tard que c'est le pancréas qui est chargé de ce soin.

L'albumine crue résiste beaucoup à l'action du suc gastrique et sort le plus souvent de l'estomac sans avoir subi autre chose qu'une action superficielle. L'albumine cuite est plus vite attaquée, puis vient le gluten, puis la fibrine du sang qu'un court séjour dans un estomac sain doit suffire à transformer en peptone.

Avec cette variété dans l'action du suc gastrique sur les matières albuminoïdes, il n'y a plus à s'étonner de voir les divers éléments anatomiques qui constituent la fibre musculaire être très inégalement atteints. Les sarcoprismes sont beaucoup plus vite attaqués que les disques de Bowmann, qui sont à peine gonflés ou disloqués lorsque déjà les sarcoprismes sont émiettés ou liquéfiés; mais, même chez ces derniers, la transformation est longue, et ce qui sort de l'estomac est un mélange d'éléments solides, disques de Bowmann intacts, sarcoprismes à peine gonflés ou en voie de destruction, et d'éléments liquides où l'on trouve tous les degrés de transformation qui aboutissent à la peptone.

Influence du système nerveux sur les vaisseaux lymphatiques. Note de MM. *P. Bert* et *Laffont*. — Les auteurs rappellent que la contraction des vaisseaux lymphatiques, sous l'influence d'excitants mécaniques ou électriques, est déjà démontrée. Mais cette contraction est-elle sous la dépendance du système nerveux, comme l'est celle des vaisseaux sanguins? Voici le résultat des recherches de MM. P. Bert et Laffont sur le sujet :

1° Ayant ouvert, dans de l'eau tiède, l'abdomen d'un animal en digestion, afin d'éviter l'action de l'air et du froid sur les vaisseaux lymphatiques, et excitant alors électriquement les nerfs mésentériques, nous vîmes les chylifères, qui étaient restés gonflés, se rétrécir peu à peu et disparaître.

2° Sur un autre animal portant la même excitation électrique sur les nerfs splanchniques, en employant les mêmes courants à peine sensibles à la langue, nous vîmes, au contraire, les vaisseaux chylifères se dilater d'une façon évidente et devenir turgescents.

3° Après section des pneumogastriques, la même excitation des bouts périphériques de ces nerfs, tout en provoquant les mouvements péristaltiques de la première partie de l'intestin, a produit simultanément une dilatation rapide et fugace de ces vaisseaux, et ensuite un rétrécissement constant.

4° Nous avons voulu voir encore si les phénomènes seraient les mêmes chez les animaux curarisés. On sait, depuis les travaux de Claude Bernard, que les pulsations des cœurs lymphatiques de la grenouille s'arrêtent lorsqu'on curarise ce batracien, en même temps que les fonctions des nerfs musculo-moteurs sont suspendues.

Devait-il en être de même pour les vaisseaux lymphatiques? L'expérience a prouvé le contraire. Néanmoins, la curarisation a provoqué des modifications du phénomène. C'est ainsi que, tandis que l'excitation des nerfs mésentériques amenait chez l'animal intact une constriction du vaisseau lymphatique, chez l'animal curarisé, au contraire, la dilatation du vaisseau a été constante, que l'excitation fût portée sur le nerf splanchnique ou sur le nerf mésentérique.

5° Nous devions nous demander encore si ces changements dans le diamètre des lymphatiques n'étaient pas le résultat secondaire d'une action des nerfs excités sur la circulation sanguine de l'intestin. Nos recherches nous ont montré que les phénomènes de constriction ou de dilatation des vaisseaux lymphatiques étaient indépendants de l'état de réplétion ou de vacuité des vaisseaux sanguins.

En effet, la section des nerfs mésentériques, en provoquant la turgescence des vaisseaux sanguins, n'empêche pas le cours normal du chyle et n'amène aucune modification dans le calibre des chylifères. La ligature des artères ne s'oppose pas non plus à la constriction ou à la dilatation des vaisseaux lymphatiques satellites chez l'animal non curarisé.

6° Nos recherches ne se sont pas bornées à l'étude des nerfs des chilifères, et, dans des expériences faites sur de gros animaux (âne, cheval), nous avons vu, sous l'influence de l'électrisation du bout périphérique du trijumeau (nerf sous-orbitaire), les vaisseaux lymphatiques de la lèvre supérieure devenir variqueux et faire une saillie incolore sous la muqueuse de la lèvre supérieure.

7° Nous avons enfin pu reproduire, sur les lymphatiques chylifères du chien et sur le canal thoracique, l'expérience de Gubler sur les veines de la main. Un choc léger sur le vaisseau a produit un rétrécissement lent et qui s'est propagé en avant. A ce rétrécissement a fait suite une intumescence volumineuse et ovoïde qui a duré près de trois minutes.

De l'action chimique des différents métaux sur le cœur de la grenouille. Note de M. *Ch. Richet* :

Pour établir des expériences rigoureusement comparatives, voici, dit M. Richet, comment les recherches ont été instituées. Le cœur étant mis à nu, je faisais tomber sur le ventricule quatre gouttes de la solution métallique, puis au bout de quinze minutes quatre gouttes, au bout de quinze minutes encore quatre gouttes, et en dernier lieu, au bout de quinze minutes, quatre gouttes. Une heure après le début de l'expérience, le cœur était lavé dans un courant d'eau froide, et je laissais encore s'écouler une heure. Si à ce moment, c'est-à-dire deux heures après le début de l'expérience, le cœur donne encore des systoles, si faibles qu'elles soient, j'en conclus que la solution n'est pas toxique (c'est la mesure arbitraire que j'ai choisie). J'appelle *limite de toxicité* la quantité maximum de métal, rapportée à 1 litre d'eau, qui, au bout de deux heures d'une expérience ainsi instituée, n'a pas définitivement arrêté la contractilité du cœur.

Tous les sels métalliques employés étaient des chlorures en solution aqueuse et parfaitement neutre. La limite de toxicité a été calculée, non pour le poids de chlorure, mais pour le poids de métal combiné. Elle est rapportée à 1 litre d'eau.

Or, le résultat de toutes ces expériences (résumées dans un tableau que nous ne pouvons reproduire) montre que la toxicité des métaux éprouvés (cadmium, mercure, zinc, or, nickel, cobalt, palladium, baryum, calcium, fer, potassium, ammonium, lithium, cuivre, strontium, rubidium, didyme, cérium, césium, platine, magnésium, sodium) n'est pas en rapport avec leur poids atomique. Même pour les métaux d'une même famille, ce rapport n'existe pas. Ainsi le césium est moins toxique que le rubidium, le lithium et le potassium. Le rubidium est moins toxique que le lithium et le potassium. Le lithium est plus toxique que le sodium. Le palladium est plus toxique que le platine, etc.

En comparant ce tableau avec le tableau donné précédemment, à propos de mes expériences sur les poissons, on constatera des différences assez notables. Le nickel, qui, sur les branchies des poissons, agit moins que le cuivre, le fer et le potassium, est beaucoup plus actif que ces métaux sur le cœur de la grenouille. Le cuivre, qui est si dangereux pour les branchies des poissons, est très peu toxique pour le cœur de la grenouille. C'est le contraire qu'on observe pour le calcium.

Les expériences confirment l'opinion, généralement admise aujourd'hui, que la toxicité relative d'une substance varie suivant le tissu avec lequel elle est en contact. La hiérarchie toxique des métaux n'est pas la même, selon qu'on envisage leur action sur le cœur de la grenouille ou les branchies des poissons.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 21 MARS 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

M. le ministre de la guerre adresse le tome XXXVII de la 3e série du *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.*

M. le directeur de l'École de médecine et de pharmacie de Nantes transmet, conformément à la demande adressée officiellement par l'Académie, les noms d'un médecin et d'un étudiant morts victimes de leur dévouement professionnel.

M. le directeur de l'Assistance publique envoie le relevé des comptes administratifs des bureaux de bienfaisance pour 1880 et le Rapport sur le traitement des malades à domicile en 1878, 1879 et 1880.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, au nom de M. le docteur Saint-Lager, un rapport officiel sur l'alimentation de la ville de Lyon en eau potable.

M. *Ernest Besnier* présente, de la part de M. le docteur *E. Vidal*, un article, extrait des *Annales de dermatologie* et intitulé : *Du pityriasis circiné et marginé, description de son mycoderme, le* Microsporon anomœon.

M. *Lasègue* dépose, au nom de M. le docteur *E. Pineau*, une brochure intitulée : *Notes sur l'épidémie de suette miliaire de l'île d'Oleron en* 1880 et, au nom de M. le professeur *Regnauld et au sien*, un mémoire sur *le chloroforme et son emploi thérapeutique en dehors de l'inhalation.*

M. le docteur *Onimus*, à propos de la communication faite par M. Vulpian dans l'avant-dernière séance sur un cas de paralysie du nerf radial due à la compression par une béquille, envoie l'observation d'un fait dans lequel la compression du plexus brachial avait, au contraire, amené des phénomènes rentrant dans la catégorie des spasmes fonctionnels et ayant évidemment pour point de départ une irritation anormale de ces plexus.

Production de l'oxychlorure de carbone dans le chloroforme. — M. *Regnauld*, au nom de M. *E. Roux* et au sien, fait connaître, afin de prendre date, les premiers résultats obtenus dans les recherches qu'ils viennent d'entreprendre sur les conditions de la genèse dans le chloroforme de l'oxychlorure de carbone, produit qui résulte de la décomposition du chloroforme exposé à l'air et à la radiation lumineuse et qui est incontestablement le composé le plus dangereux qui puisse souiller cet anesthésique. Ayant substitué à l'action lente de la lumière l'influence plus rapide de l'électricité et de l'ozone, ils ont ainsi reconnu qu'en présence de l'oxygène de l'air le chloroforme se transforme en oxychlorure de carbone par le passage de l'étincelle et de l'effluve, et qu'en outre cette production a lieu au simple contact de la vapeur de chloroforme et de l'air ozonisé. Si dans un appareil à effluve, on dirige un courant d'azote entièrement privé d'oxygène et mélangé à de la vapeur de chloroforme, ce dernier se décompose pour former de l'acide chlorhydrique et des hydrocarbures à odeur intense et persistante.

Chloroforme et chloroformisation. — Pour M. *Gosselin*, qui vient répondre à ses contradicteurs des deux dernières séances, on a perdu de vue le point capital de sa communication du 28 février (p. 143); la discussion s'est égarée et on s'en est pris aux accessoires qu'on a dénaturés et grossis; le mouvement d'indignation auquel elle a donné lieu est exagéré et injuste. Tout le monde sait que les chirurgiens n'administrent pas tous le chloroforme de la même façon; il lui a paru utile d'examiner ses divers modes d'administration, afin de chercher s'il est possible d'en indiquer un meilleur; d'autre part, il est incontestable que la dose de chloroforme pour produire l'anesthésie est variable suivant les sujets et que l'une des difficultés est, non pas d'administrer la quantité nécessaire pour obtenir le sommeil, mais de ne pas arriver à la dose qui, inoffensive pour beaucoup, peut être mortelle pour quelques-uns; il a donc voulu examiner si la chirurgie et la physiologie ont fait assez de progrès pour soustraire les organisations intolérantes pour l'anesthésique à l'éventualité qui les menace. Or, dans le mode d'administration qu'il a présenté, il est trois choses principales qu'on paraît ne pas avoir comprises : 1° la progression des doses de chloroforme; 2° la substitution d'intermittences réglées à la continuité des inhalations; 3° la prescription formelle donnée par avance à l'aide chargé de l'anesthésie, pendant l'acte opératoire, de ne pas donner du chloroforme tant que le malade est bien endormi et de ne reprendre l'inhalation qu'après avoir constaté par l'examen des yeux que la pupille est moins serrée et que le réflexe palpébral commence à reparaître. Si mon procédé, ajoute M. Gosselin, a des inconvénients, quels sont-ils? M. Perrin prétend que les intermittences retardent beaucoup trop l'anesthésie et que je perds le résultat qui avait été obtenu; mais le chloroforme est moins volatil et plus lent à se séparer du sang que bien d'autres et surtout que l'éther et le protoxyde d'azote; sans doute l'anesthésie pendant les quelques secondes que durent les deux inspirations à l'air libre n'avance pas; mais elle ne recule pas ou elle recule d'une façon insensible. Il s'élimine un peu de chloroforme, mais pas assez pour retarder le résultat définitif. MM. Perrin et Lefort devraient s'entendre sur ce point avec M. Verneuil qui doute de l'élimination dont j'ai parlé. Au surplus, que MM. Perrin et Lefort fassent les mêmes intermittences, et ils verront bien que l'anesthésie n'en est pas beaucoup retardée, car les intermittences suppriment ou atténuent les irrégularités qui obligent à suspendre les inhalations continues. Lorsqu'il s'agit de vie et de mort, un excès de précision n'est guère nuisible, et si les chiffres gênent, qu'on recoure aux intermittences sans les compter. Si les malades sont susceptibles, ils s'en trouveront bien, et s'ils appartiennent à la catégorie des tolérants, ils ne s'en trouveront pas plus mal. « MM. Perrin et Lefort m'ont demandé, dit M. Gosselin, de quelle variété de mort j'entends préserver les malades et si ma technique sera préservatrice contre la mort par une syncope indépendante du chloroforme. Je ne comprends pas sur un sujet anesthésié une syncope indépendante. En général on revient d'une syncope, et pour qu'elle soit aussi rapidement mortelle qu'elle l'est dans les cas malheureux de chloroformisation, je ne puis m'empêcher de croire que le chloroforme y est pour quelque chose et qu'il a agi de l'une des façons indiquées par les physiologistes. » On admet généralement que ce médicament excite d'abord, puis paralyse le cerveau, la moelle et le bulbe; et MM. Franck, Arloing et Duret ont très bien montré qu'au début de l'inhalation, c'était l'excitation du pouvoir réflexe du bulbe qui causait le malheur.

Peut-être aussi la paralysie mortelle du cœur résulte-t-elle du contact sur cet organe d'un sang chargé d'une trop grande quantité de l'agent anesthésique. Qu'on s'arrête à l'une ou à l'autre de ces explications, on n'en arrive pas moins à cette opinion que c'est ou l'arrivée brusque ou l'excès du chloroforme qui a causé la mort. La dose maniable dont les écarts varient, suivant les sujets, a été dépassée, et les intermittences, en empêchant la surprise au début de la surcharge et à la fin, permettent au chirurgien de ne pas dépasser cette dose maniable. En dehors de ces syncopes d'origines bulbaire et nerveuse, y en a-t-il une autre également mortelle qui viendrait pendant que le malade est sous l'influence du chloroforme, sans que ce dernier y fût pour rien? M. Gosselin ne le croit pas et, quel que soit le mécanisme de la mort, il l'attribue à ce que le sujet a pris un peu plus de chloroforme qu'il n'en fallait pour sa constitution, ou l'a pris un peu trop vite, sans avoir eu le temps de s'y accoutumer. Il est d'ailleurs tout prêt à admettre qu'il y a d'autres théories de la mort par ou pendant la chloroformisation, que celles dont il a puisé la notion dans les travaux des physiologistes. Il dit même accepter volontiers que M. Trélat a eu affaire, dans le cas rapporté par celui-ci, à une de ces variétés qui seraient au-dessus de toutes les techniques; mais, à côté des cas de ce genre, il restera toujours les variétés de mort connues et ce sont celles auxquelles M. Gosselin songeait quand il est venu proposer une administration préservatrice.

Quant à l'impureté de l'agent anesthésique, il rappelle qu'il considère comme légèrement impur et non dangereux le chloroforme qui a pour les chirurgiens les caractères résumés par M. Regnauld : transparence, bonne odeur, pas d'acidité, pas de résidu sur la main ou le papier sur lequel on le fait évaporer. Ce chloroforme a peut-être quelques im-

puretés qu'une analyse chimique ferait découvrir, mais ces impuretés-là ne donnent pas la mort.

« Que répondre à M. Trélat, dit en terminant M. Gosselin, lorsqu'il me menace d'un cas de mort qui ne serait pas évité par ma technique? Attendez que ce cas se soit produit pour porter un jugement. Je n'ai pas dit que je n'aurais jamais de mort subite pendant les inhalations, j'ai simplement dit que je n'en avais pas eu; et si cet accident se présentait je viendrais vous dire : Ou bien j'ai mal suivi les règles que j'ai posées, ou bien mes règles ne sont pas suffisantes et il y a mieux à faire.

» Mes contradicteurs disent tous qu'il est impossible de supprimer la mort par le chloroforme et qu'il faut se résigner à accepter cette victime exceptionnelle; je ne me résigne pas et je repousse de toutes mes forces cette décourageante opinion qui émane de la doctrine de la fatalité en matière de résultats chirurgicaux. Si l'on ne trouve pas mon procédé suffisant, qu'on cherche jusqu'à ce qu'on ait trouvé mieux, mais qu'on ne s'abandonne pas au fatalisme et au découragement. Quant à moi, je n'ai voulu critiquer et surtout accuser personne, et l'aphorisme de Sédillot, dans sa bouche comme dans la mienne, n'est nullement accusateur. Je dis simplement : Je vous donne un procédé, il y en a et il y en aura peut-être d'autres; cherchez le meilleur et quand l'expérience aura confirmé mes prévisions, les jeunes d'aujourd'hui monteront à cette tribune et diront à nos successeurs : Nous avons aujourd'hui le moyen de donner l'anesthésie sans risquer de donner la mort. Ils proclameront bien haut que Sédillot était dans le vrai et qu'il a bien mérité de la science lorsqu'il a publié cet aphorisme inoffensif qui a été si mal compris dans la discussion de 1882. »

Quant à M. *Tillaux*, il déclare tout d'abord qu'il est nécessaire de faire des intermittences dans l'administration du chloroforme, à condition que ces intermittences soient basées sur l'état de résistance du sujet; est-ce à dire qu'il faille les pratiquer exactement suivant le procédé indiqué par M. Gosselin? Il n'ose pas l'affirmer, d'autant plus que cela ne lui paraît pas possible dans la pratique, et qu'en admettant même que la chirurgie puisse suivre exactement la règle proposée, l'aide qui lui succède au moment de l'opération agira rarement ainsi. D'ailleurs il est des malades qui s'endorment dès les premières inspirations; si l'on suivait rigoureusement la technique de M. Gosselin, ces malades mourraient. — M. Tillaux est convaincu que des cas de mort survenus pendant l'anesthésie chloroformique tiennent en général au mode d'administration de l'agent, pas tous assurément, car il faut compter, — et il en cite un nouvel exemple qui lui est personnel, — avec les susceptibilités individuelles des sujets en présence d'une opération, mais au moins la plus grande partie; il n'a pas observé de mort par le chloroforme, mais chaque fois qu'il a eu une « alerte », il a pu en reconnaître les causes dans une faute commise au cours de l'administration de l'anesthésique. Il est donc nécessaire de posséder une bonne méthode à cet égard; il préfère la compresse, peu épaisse, un peu usée, à mailles larges, on peut s'en procurer partout, et elle nécessite une plus grande attention, ce qui est une condition avantageuse; la quantité de chloroforme ne saurait être graduée, elle varie chez les sujets (hier M. Tillaux a dû donner 300 grammes à un alcoolique avant d'obtenir le sommeil); il est très important que l'aide ne s'occupe en aucune façon de ce qui se passe dans le champ opératoire, et il est très utile d'interroger à plusieurs reprises le sujet, de se guider sur ses réponses et le changement de sa voix, depuis l'hésitation jusqu'au silence afin de suivre l'action du chloroforme sur les centres nerveux jusqu'au bulbe.

Sur la demande de M. Gosselin, qui y voit un procédé d'intermittence excellent, M. *Tillaux* ajoute qu'il a l'habitude de faire verser le chloroforme sur la compresse et non dessous, en ayant soin de protéger la figure du malade avec la main, puis de retourner la compresse; pendant ce temps il passe une certaine quantité d'air par les voies respiratoires du malade.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Fournier sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale. — La liste de présentation est ainsi fixée : en première ligne, M. Bucquoy; en seconde ligne, M. Siredey; en troisième ligne, M. Lecorché; en quatrième ligne, M. Ball; en cinquième ligne, M. Cadet de Gassicourt; en sixième ligne, M. Ollivier.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 15 MARS 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ

Fistules et dépressions congénitales paravertébrales inférieures. — Opération du phimosis. — Présentation d'un malade; polype naso-pharyngien. — Présentation d'un instrument.

M. *Lannelongue* lit un mémoire sur les fistules et dépressions congénitales paravertébrales inférieures. En 1878, M. Féré signale une dépression de 4 à 6 millimètres de profondeur à la partie moyenne de la région sacrée, et il rassemble huit observations analogues recueillies chez des enfants. Kuhn fait un travail sur le même sujet et considère ces dépressions comme des vestiges de l'hydrorhachis. Plus tard, MM. Monod, Terrillon, Polaillon, Després, etc., ont publié des observations.

Les recherches de M. Lannelongue ont porté sur des enfants depuis la naissance jusqu'à l'âge de quinze ans. Il existe ou peut exister plusieurs fossettes dans la région vertébrale inférieure. Quelquefois on trouve une fossette médiane à la partie supérieure du pli interfessier, d'autres fois une autre fossette au niveau de l'articulation sacro-coccygienne. Enfin, plus bas, en regard de la pointe du coccyx, on voit parfois une dépression, qui n'est jamais à moins de 1 centimètre de l'anus.

La dépression peut être une fossette, ou un infundibulum, ou une fistule borgne externe. Il n'est pas rare de rencontrer des variétés latérales. Fréquemment on découvre quelque chose lorsqu'on examine la région, mais souvent peu de chose; il n'y a pas de lien fibreux rattachant la peau au squelette à ce niveau.

Sur 130 sujets examinés, M. Lannelongue a trouvé 95 fois une dépression ou un infundibulum plus ou moins marqué; 29 fois la déformation siégeait à la naissance de la rainure interfessière, 38 fois au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, 28 fois à la pointe du coccyx.

M. Lannelongue ne voit pas dans ces fossettes les traces d'un ombilic postérieur, bien qu'il faille en chercher l'origine dans la période embryonnaire de la vie fœtale.

— M. le secrétaire général lit un mémoire adressé par M. *Heurtaux* (de Nantes) : infundibulum coccygien et fistules paracoccygiennes.

M. *Terrillon*. M. Lannelongue a retrouvé sur de jeunes enfants la disposition que M. Terrillon avait rencontrée chez des adultes. Toutes ces dépressions paraissent reliées à une même cause; il y a entre les trois variétés tous les intermédiaires possibles.

— M. *Surmay* (de Ham) décrit un nouveau procédé pour l'opération du phimosis. Le prépuce est tendu et tiré en avant avec un dilatateur à trachéotomie; on le maintient en bas avec des pinces à pansement; avec des ciseaux on enlève ce que l'on juge convenable. La muqueuse est sectionnée au même niveau que la peau.

M. *M. Sée*. Il ne faut pas faire la section de la peau et de la muqueuse au même niveau; la peau est toujours suffisamment dilatable. Ce qu'il faut rechercher, c'est de sectionner

le moins de peau possible. M. Sée repousse le procédé de M. Surmay.

M. *Horteloup*. On laisse toujours trop de muqueuse; c'est pour cela que M. Horteloup fait la section en deux temps.

M. *Verneuil* demande à tous ceux qui imagineront des procédés nouveaux de démontrer d'abord que l'opération est nécessaire. Dans l'immense majorité des cas la dilatation remplace avantageusement l'opération.

M. *Horteloup*. Quand le prépuce est très long, la dilatation est insuffisante et il faut en couper une partie. La dilatation ne donne pas chez les adultes d'aussi bons résultats que chez les enfants.

M. *Lannelongue*. Après l'opération sanglante on a parfois de mauvais résultats, ou la récidive, ou un étranglement circulaire en arrière du gland, ou des œdèmes prolongés. La dilatation est de beaucoup préférable, surtout chez les enfants.

M. *Th. Anger* est de l'avis de MM. Verneuil et Lannelongue. Il y a quinze ans, Thibault faisait la dilatation; plus tard, Nélaton imagina sa pince. La seule contre-indication à la dilatation, c'est l'induration cicatricielle de l'orifice prépucial.

M. *Marjolin* rappelle les hémorrhagies qui suivent parfois l'opération du phimosis; dans les dix dernières années de sa pratique à Sainte-Eugénie, M. Marjolin ne faisait que la dilatation.

M. *Després* se contente de l'incision simple et de la suture; il n'a ni récidives ni accidents.

— M. *Després* présente un sujet de vingt ans qui avait un polype naso-pharyngien. Le maxillaire supérieur a été enlevé pour attaquer la racine du polype. Voilà un an que M. Després cautérise le pédicule qui se réduit de plus en plus et se transforme en tissu fibreux. Le voile du palais et le plancher de l'orbite ont été respectés. L'opéré parle très bien, grâce à un appareil construit par M. Préterre.

— M. *Labbé* présente, au nom de M. Chardin, ingénieur électricien, un galvanocautère qui a l'avantage d'être toujours prêt et chargé pour l'usage; il peut être facilement réglé et transporté.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 11 MARS 1882. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Parasites intestinaux des chiens (ankylostome et trichocéphale) comme cause de l'anémie grave épidémique des meutes: M. Mégnin. — Double provenance cérébrale des nerfs optiques: M. Parinaud. — Procédé simple pour la production de foyers lumineux intenses: M. Regnard. — Action curarisante des composés quaternaires qui contiennent de l'arsenic: M. Rabuteau. — Lésions du derme et de l'épiderme dans le psoriasis: MM. Vidal et Leloir. — Vaso-lymphatiques: MM. P. Bert et Laffont.

M. *Mégnin* entretient la Société d'une anémie grave, ordinairement mortelle, qu'il a étudiée chez les chiens réunis en meutes, et qui est connue des veneurs sous le nom de *saignement de nez épidémique des chiens*.

Dans les nombreuses autopsies qu'il a faites, M. Mégnin a constamment trouvé une inflammation chronique de la muqueuse de l'intestin grêle et du cæcum, dans laquelle cette membrane et les villosités qui en dépendent sont infiltrées, épaissies et rouges. La perversion et même l'arrêt des fonctions absorbantes de la muqueuse intestinale et des villosités expliquent la production de l'anémie grave.

Quant à l'entérite chronique, elle est amenée par les piqûres et morsures répétées de nombreux *ankylostomes* et *trichocéphales;* ces morsures s'accompagnent d'une action irritante et persistante qui doit être due à la salive que sécrètent les ankylostomes. On ne peut expliquer qu'ainsi la production d'une entérite aussi grave que celle que produisent ces helminthes presque microscopiques. C'est sans doute ainsi qu'agit l'ankylostome, chez l'homme, dans l'anémie du Saint-Gothard, l'anémie des mineurs et la chlorose égyptienne.

L'ankylostome trouvé par M. Mégnin chez les chiens atteints d'anémie pernicieuse est armé de dents comme celui de l'homme, et il en présente tous les autres caractères; à ce compte, le chien pourrait bien être un propagateur et un disséminateur d'un parasite dangereux beaucoup plus répandu qu'on ne le pense, même en France.

— M. *Parinaud* expose les raisons cliniques qui doivent faire admettre les rapports de chaque bandelette optique avec les deux hémisphères cérébraux. Dans l'amblyopie que Charcot a décrite comme liée à l'hémianesthésie hystérique, l'examen des fonctions de l'œil montre que les deux hémisphères cérébraux sont intéressés: l'anesthésie lumineuse, le rétrécissement total du champ visuel sont les principaux faits sur lesquels on peut s'appuyer. Dans l'hémiopie typique monolatérale, le nerf optique ne peut être l'organe intéressé: il faut donc admettre que les deux faisceaux de chaque bandelette optique se séparent complètement en un point quelconque, et cette décussation ne peut se compléter que dans les hémisphères. Il en est de même pour les hémiopies partielles avec scotomes triangulaires.

— M. *Regnard* montre à la Société les résultats des essais qu'il a faits pour obtenir, sans hydrogène et sans oxygène préparés d'avance, des sources lumineuses de grande intensité. Il insuffle de l'air dans un flacon qui contient un liquide tel que du pétrole, et cet air est envoyé ensuite dans un bec de Bunsen que surmonte un petit treillis de platine; en enflammant le mélange on obtient un foyer lumineux très intense, qui peut servir à l'éclairage et aux projections. Ce procédé tient à la fois de celui qui est employé dans la lampe de Bourbouze, le thermo-cautère de Paquelin, etc. On peut aussi se servir de ces appareils pour obtenir une lumière monochromatique; il suffit de déposer sur la grille de platine quelques fragments de sel commun.

— M. *Rabuteau* avait émis l'hypothèse que l'arsenic, substitué au phosphore, à l'ammonium, etc., dans les combinaisons quaternaires qu'il a précédemment étudiées, se trouverait, comme les corps ci-dessus, masqué dans la combinaison; les effets toxiques de l'arsenic pourraient être dès lors dissimulés, et sa présence même assez difficile à déceler pour que l'appareil de Marsh ne pût la révéler. Les expériences qu'il a faites récemment ont confirmé ces prévisions: les animaux empoisonnés avec un iodure de triéthylarsénium, par exemple, succombent à des accidents paralytiques tout à fait identiques à ceux que produisent les curares, et non aux accidents spéciaux de l'intoxication arsenicale aiguë, bien que la proportion d'arsenic dans le composé quaternaire soit de beaucoup supérieure à celle qui serait nécessaire pour tuer l'animal si l'arsenic était administré seul.

— MM. *Vidal* et *Leloir* soumettent à la Société les dessins de coupes histologiques de la peau affectée de psoriasis. L'un des faits intéressants qui ressortent de l'examen des pièces est le suivant: on trouve dans les couches profondes de l'épiderme des cellules dont la vitalité s'est accusée par leur facile imprégnation par les réactifs colorants. La présence de ces cellules est tout à fait anormale dans cette région; elle permet de comprendre la production active de nouvelles cellules épidermiques et l'abondance de la desquamation au niveau des plaques de psoriasis.

— M. *P. Bert* avait annoncé à la Société le début d'expériences entreprises avec M. Laffont sur les vaso-moteurs des lymphatiques. Il présente aujourd'hui l'un des premiers résultats de ces recherches: les vaso-moteurs lymphatiques ont

pu être démontrés pour les chylifères. Sur un animal en digestion, l'irritation des nerfs *splanchniques* eux-mêmes ne produit aucun effet de constriction sur les chylifères intestinaux; mais, si l'on s'adresse à l'un des nerfs *mésentériques* qui se détachent des plexus médians et se distribuent à une zone limitée des chylifères, on obtient, en excitant le bout périphérique dudit nerf, la constriction du vaisseau examiné et l'évacuation de son contenu dans le sens du courant normal. Le vaisseau ainsi vidé se relâche ensuite, mais sans se remplir de nouveau. M. Bert développe le programme des recherches à poursuivre, et se contente d'exposer pour cette fois le résultat précis qu'il vient d'indiquer.

— M. *Laulanié* adresse une note sur la formation des cellules géantes qu'il a observées dans la tuberculose parasitaire des chiens. Ces cellules résultent de la soudure des cellules épithéloïdes issues de la prolifération vasculaire endothéliale. Ce processus a été suivi autour des œufs du *strongulus vasorum* arrêtés dans les artérioles pulmonaires. L'auteur ajoute que ces éléments sont dépourvus de toute individualité et de toute action vaso-formative.

— M. *Lebedeff* communique le résultat de ses recherches sur l'action que la chaleur et le dessèchement exercent sur la virulence des liquides septiques et des organismes inférieurs. Le coagulum des liquides soumis à l'ébullition concerne la virulence du liquide non coagulé; le liquide soumis, en présence d'un grand volume d'air, à la température d'une étuve portée à 38 à 40 degrés centigrades, perd toute virulence; cette suppression des effets virulents tient, non à la présence de l'oxygène, mais à l'action de la température.

SÉANCE DU 18 MARS 1882. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Suppression de l'état cataleptique par l'action du regard; méthode pour obtenir le réveil régulier des hypnotiques : MM. Dumontpallier et Mégnin. — Rôle des cellules épidermiques à granulations d'éléidine dans la formation de l'onyxis : M. Suchard. — Rôle du système nerveux dans la faim et l'appétit : M. Leven. — Névrites périphériques des nerfs cutanés dans l'ataxie : M. Déjerine. — Excitabilité du muscle cardiaque : MM. Dastre et Marcaci.

M. *Dumontpallier* expose, dans une première communication, en son nom et au nom de M. Mégnin, le fait suivant :

Une femme hystérique de son service devient cataleptique en face d'une glace pendant qu'elle était occupée à se peigner : elle s'est auto-hypnotisée en se regardant dans la glace, en d'autres termes, en subissant l'effet de la réflexion lumineuse. M. Dumontpallier, après avoir vainement essayé de supprimer l'état cataleptique en provoquant à nouveau la réflexion de la lumière de la glace sur les yeux de la malade, a eu l'idée de regarder dans le miroir que fixait la femme les yeux mêmes du sujet : la catalepsie a disparu... Ceci est un point nouveau à ajouter à la série des phénomènes relatifs à l'action du regard, considérés au point de vue de l'action des rayons lumineux réfléchis.

Une seconde communication des mêmes observateurs présente un intérêt plus général : les détails des faits étant laissés de côté, on peut formuler la conclusion de la façon suivante : pour faire disparaître l'état d'hypnotisme provoqué chez une hystérique, il faut la faire repasser par la série des phases qu'elle a traversées; ainsi, quand on l'a amenée à l'état somnambulique en la faisant passer par la léthargie et la catalepsie, il faut qu'elle redevienne cataleptique puis léthargique avant d'être réveillée. La série est du reste quelconque : on peut commencer par la catalepsie pour arriver à la léthargie, etc. L'important c'est de suivre, pour arriver au réveil, la série en sens inverse, et d'employer, pour détruire les effets, les mêmes agents qui les ont produits. Il peut être dangereux, disent les auteurs, de ne pas se conformer à cette règle.

— M. *Suchard* a étudié les modifications des cellules épidermiques formatrices dans les différentes variétés d'onyxis. Les granulations d'éléidine liquide qui imprègnent ces cellules à l'état normal dans l'épiderme, deviennent solides au niveau des productions unguéales; dans les cas d'onyxis, c'est l'absence de ces formations solides qui détermine la production de couches épidermiques au lieu de couches cornées.

— M. *Leven* expose ses idées sur le rôle du système nerveux dans les sensations de faim et d'appétit : les développements théoriques dans lesquels il est entré ne sauraient être analysés dans un compte rendu sommaire.

— M. *Déjerine* revient sur un point de ses précédentes communications relatives aux altérations des nerfs cutanés dans l'ataxie. Il répond d'abord à une remarque faite dans une précédente séance par M. A. Robin au sujet de la priorité qui reviendrait à M. Pierret dans la description des lésions nerveuses primitivement périphériques, et cite un travail de Westphal dans lequel ces faits ont été indiqués longtemps auparavant. Il expose ensuite les démonstrations qu'il a données de la provenance périphérique de ces lésions nerveuses considérées jusque-là comme indépendantes des centres en vertu d'idées purement théoriques; il insiste surtout sur les examens qu'il a pratiqués, des ganglions et des racines postérieures : ces deux parties du cordon sensitif ont été trouvées saines, alors que la portion périphérique était le siège d'une névrite très caractérisée.

— M. *Dastre*, en son nom et au nom de M. *Marcaci*, communique les résultats de recherches sur l'excitabilité du *muscle* cardiaque et sur les réactions de ce muscle aux excitations électriques. Ce travail est présenté comme un complément aux expériences déjà faites sur cette question par M. Marey en 1876.

M. Marey avait montré qu'une excitation électrique (décharge d'induction de moyenne intensité) déterminait ou non une réaction motrice dans le cœur, suivant la phase de la révolution cardiaque avec laquelle elle coïncidait : c'est ainsi que les excitations tombant dans la période diastolique étaient toujours *efficaces*, produisaient une systole surajoutée, tandis que celles qui arrivaient pendant la systole trouvaient le cœur réfractaire à ce moment.

Mais, dit M. Dastre, ces expériences étaient faites sur le cœur complet; on devait se demander quelle part revient dans les phénomènes observés au système nerveux intra-cardiaque et au tissu musculaire lui-même. C'est précisément pour déterminer ce point qu'ont été entreprises les nouvelles recherches dont il s'agit. Les auteurs ont eu recours à la pointe du cœur de la grenouille qui est dépourvue d'éléments nerveux automoteurs et ont fait exécuter à cette pointe détachée des mouvements rhythmiques réguliers en la soumettant à des excitations très fréquentes fournies par de faibles décharges d'induction. Sur le muscle cardiaque ainsi entretenu en mouvement, ils ont répété les expériences de M. Marey, en le soumettant à des excitations intermittentes beaucoup plus fortes que celles qui lui étaient appliquées d'une manière continue. Ils ont retrouvé ainsi les effets qu'avait signalés M. Marey pour le cœur tout entier et concluent que la propriété de réagir ou non, suivant la période à laquelle arrive l'excitation, appartient au muscle cardiaque lui-même et non à ses appareils nerveux.

— M. *Henneguy* montre des fragments de plants de vignes sur lesquels on trouve l'œuf d'hiver du *phylloxera* découvert par M. Balbiani.

REVUE DES JOURNAUX

« **Cilio-spinal centres** », par le docteur Isaac Ott.

Objets de discussions, les centres cilio-spinaux ont été contestés récemment par Solkowski, qui met en doute la découverte de Budge et qui admet l'existence de fibres cilio-spinales, dans la moelle allongée et dans les régions situées plus haut. Mais François-Franck a démontré, d'après la méthode de Budge, qu'il existe des centres médullaires qui ont une influence sur les mouvements de l'iris. Luchensinger, au moyen d'irritations sensorielles, a confirmé l'existence de ces centres, et Juwini a entrepris des recherches sur ce sujet.

Sur des chats anesthésiés par le chloroforme, il pratiquait une section médullaire au-dessous de la moelle allongée et entretenait la respiration artificiellement, tandis qu'on excitait le nerf sciatique au moyen de l'appareil de Dubois-Raymond. Chaque irritation du nerf sciatique était suivie d'une dilatation pupillaire considérable. Par l'emploi d'une irritation directe des centres spinaux au moyen de sang chargé d'acide carbonique, il observait souvent aussi les mêmes phénomènes.

Le docteur Ott a essayé de démontrer par un autre procédé l'existence de ces centres. Si, sur un chat, on sectionne le sympathique cervical d'un côté et la moelle au-dessus de ce point, les diamètres pupillaires sont égaux dans les deux yeux; mais la pupille, du côté où le grand sympathique est intact, est plus dilatée que celle de l'œil opposé. Il est donc vraisemblable que la pupille augmente de diamètre sous l'influence du centre cilio-spinal.

Pour déterminer la voie que suivent les fibres nerveuses dilatatrices, le procédé a consisté dans la section des deux sympathiques cervicaux et dans l'excitation du nerf sciatique. On observait alors la dilatation pupillaire, mais, après l'extirpation du premier ganglion thoracique et du ganglion cervical supérieur du sympathique, la dilatation persistait encore; il en était de même après la destruction de la substance grise de la surface d'un des hémisphères cérébraux et la section d'un des sympathiques cervicaux, ainsi que par la production des mêmes lésions sur les deux hémisphères ou sur les deux sympathiques. Mais quand les lésions portaient sur la base de l'encéphale et sur les sympathiques cervicaux, l'influence de l'excitation du nerf sciatique était faible.

On peut conclure de ces faits que les fibres dilatatrices de l'iris accompagnent le trijumeau et sont indépendantes des centres cérébraux, comme Schiff l'avait dit.

Les ganglions du sympathique ont aussi une influence sur le diamètre pupillaire, d'après les travaux de François-Franck et de Juwini. Le docteur Ott a pratiqué l'excision de ces ganglions et a observé que la pupille droite était plus grande que la gauche. Les résultats étaient les mêmes quand la section avait lieu au-dessous du premier ganglion thoracique. Extirpait-on le ganglion cervical supérieur du côté droit? On constatait alors que la pupille droite devenait plus étroite que la gauche.

Sur un jeune chat, dont on avait extirpé le ganglion cervical supérieur droit et dont on avait coupé le sympathique gauche au-dessous du ganglion, on remarquait, après la disparition de l'anesthésie chloroformique, d'abord la dilatation persistante de la pupille gauche, puis son rétrécissement par rapport à la pupille de l'œil droit. Cette différence persistait pendant plusieurs jours et ne disparaissait pas par l'emploi de l'atropine.

Ces expériences montreraient que les ganglions du sympathique possèdent une influence tonique passagère sur la pupille, même quand ils ont perdu toute connexion anatomique avec les centres cilio-spinaux de la moelle. Par une hémisection médullaire sur des chiens, on peut observer la contraction de la pupille du côté correspondant; fait qui prouverait, d'après le docteur Ott, que les fibres nerveuses cilio-spinales sont contenues dans cette moitié. Ces derniers faits ont été démontrés par M. Brown-Séquard avant les expériences actuelles du docteur Ott, dont les recherches ne sont donc pas absolument originales. (*The Journal of nervous and mental disease*, p. 948, octobre 1881.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique thérapeutique, professées à l'hôpital Saint-Antoine, par le docteur Dujardin-Beaumetz. 2e série, 2e fascicule. — Doin, 1882.

Ce fascicule est consacré aux maladies pulmonaires. L'auteur a eu l'heureuse idée d'étudier préalablement le poumon au point de vue thérapeutique, en le considérant comme organe d'élimination et d'absorption. A ce dernier titre, le poumon offre aux médicaments une voie d'absorption très supérieure, en certains cas, à celle de l'estomac, et toujours beaucoup plus courte; le principe actif pénétrant rapidement dans le ventricule gauche, d'où il est aussitôt lancé dans l'arbre artériel. L'injection trachéale de solutions pures et bien dosées, recommandée déjà par Cl. Bernard, mériterait peut-être d'être mise en honneur, et M. Beaumetz se propose de faire, à ce sujet, quelques expériences qui ne manqueront pas assurément d'intérêt.

Le chapitre consacré à l'aérothérapie mérite d'être particulièrement signalé. Il contient une étude critique des bains et inhalations d'air comprimé ou raréfié; la description des différents appareils. Les bains d'air comprimé à un ou deux atmosphères augmentent l'ampleur des respirations, et, en accélérant les combustions organiques, impriment à la nutrition une activité favorable; d'où leur utilité dans l'anémie, la goutte, le diabète, la polysarcie, l'albuminurie. Il ne faut pas confondre ces bains avec les inhalations d'air comprimé, particulièrement applicables aux affections des voies respiratoires, et qui peuvent rendre des services signalés dans celles de ces affections où les bronches, encombrées de produits sécrétoires, ont perdu leur élasticité et sont en quelque sorte forcées, comme dans la bronchite et l'emphysème. Des considérations étendues sur l'influence de l'altitude, la climatologie médicale, la gymnastique respiratoire, complètent cet intéressant chapitre.

L'auteur aborde ensuite la question du traitement des maladies des organes respiratoires, en commençant par la pneumonie. Il repousse la saignée, tout en reconnaissant qu'elle abaisse la température et diminue la dyspnée; mais il l'accuse de favoriser la suppuration de l'exsudat. Ce reproche ne nous paraît pas mérité, surtout quand on ne persiste pas dans l'emploi de la saignée et qu'on ne lui demande que ce qu'elle peut donner : une sorte de détente de ces symptômes si pénibles qui accompagnent, chez les sujets jeunes, vigoureux et un peu pléthoriques, le début de la pneumonie. Le vomitif ou la saignée, suivant les cas, peuvent seuls procurer ce soulagement immédiat qui ne peut être que favorable à l'évolution ultérieure de la maladie. Comme tous ceux qui ont examiné avec attention la marche des pneumonies, M. Beaumetz arrive à cette conclusion : que le traitement de la maladie ne saurait être réglé à l'avance. Au point de vue thérapeutique, il y a des pneumoniques plutôt que des pneumonies. Le progrès réalisé dans la science a été de régler l'intervention médicale, de la restreindre aux cas où la maladie ne suit pas son évolution régulière. Ce sont ces indications qu'il importe de saisir, et d'après lesquelles on trouvera dans l'ipéca, la digitale, l'opium, l'alcool, des agents médicamenteux qui, bien maniés, rendront de signalés services. C'est ce que M. Beaumetz a parfaitement compris en consacrant *aux indications dans le traitement des pneu-*

monies, tout un chapitre pour lequel il a puisé aux meilleures sources de l'observation clinique.

Nous passerons rapidement sur les leçons consacrées au traitement des bronchites, de la coqueluche, de l'asthme. Pour remédier aux accidents si pénibles qui accompagnent les accès asthmatiques, la meilleure médication paraît être l'injection sous-cutanée de 5 à 10 milligrammes de chlorhydrate de morphine. L'association du bromure et de l'iodure de potassium réussit souvent à conjurer ou à éloigner le retour des accès.

Nous arrivons au traitement de la phthisie pulmonaire. La phthisie est curable, et, dans une certaine proportion, elle l'est à toutes les périodes; mais ce n'est pas dans les hôpitaux qu'il faut chercher la démonstration clinique de ce fait, aujourd'hui accepté par tous les médecins. Cette curabilité est d'ailleurs relative, suivant que la phthisie est héréditaire ou acquise. Il n'y a pas de médication spécifique du tubercule. On peut le considérer, avec d'excellents esprits, comme contagieux et même inoculable. Sa nature parasitaire, malgré les travaux récents de Toussaint, n'est pas encore démontrée. La cure de la tuberculose repose à la fois sur une médication pharmaceutique et sur un traitement hygiénique bien conduit. Le benzoate de soude, si vanté en Allemagne; la créosote, très employée en France; les différents balsamiques, les hypophosphites, l'huile de morue, sont des médicaments utiles et qui, donnés à propos, secondent l'effet bien autrement puissant des influences hygiéniques. La question des stations qui conviennent aux tuberculeux a une importance toute particulière. L'auteur a mis largement à profit les recherches de M. le professeur Jaccoud. Le point capital est de mettre le malade dans des conditions propres à relever la nutrition. Alimenter le tuberculeux, c'est-à-dire lui faire assimiler les aliments, est le but qu'il faut pour suivre, et le relèvement des fonctions digestives est la pierre de touche de la valeur d'un traitement. L'alimentation forcée, improprement désignée sous le nom de *gavage*, et dont M. Beaumetz s'est montré un des plus zélés partisans, peut rendre, dans quelques cas, des services signalés; mais elle n'est pas appréciable à tous les cas. B.

VARIÉTÉS

NOTE SUR LA MORT DE CHARLES DE GUYENNE, FRÈRE DE LOUIS XI.

Jusqu'au siècle dernier, les historiens admettaient que la mort du duc de Guyenne, frère de Louis XI, avait été le résultat d'un crime, et que l'auteur de ce crime était le roi lui-même. Duclos, le premier, dans son *Histoire de Louis XI*, réagit contre cette opinion universellement accréditée, et tenta de réhabiliter le roi. Ce problème historique est compliqué d'un petit problème médical qui n'est peut-être pas sans intérêt, et dont les éléments nous ont été fournis par M. J. Quicherat, directeur de l'Ecole des Chartes.

Après la ruine des Lancastre, en 1471, tous les factieux qui conspiraient contre Louis XI redoublèrent d'efforts et excitèrent le duc de Guyenne à trahir le roi, son frère. En dépit des promesses de Louis XI, qui lui offrait d'agrandir ses domaines, en lui donnant l'Angoumois, le Rouergue, le Limousin, « M. de Guyenne » n'hésita pas à entrer dans la ligue des princes, et fit prêter serment à ses vassaux de le servir envers et contre tous, « même contre le roi » (voy. Henri Martin, *Histoire de France*, t. VII, p. 65).

Le 24 mai 1472, Charles de Guyenne, atteint depuis plusieurs mois d'une *maladie de langueur*, mourait à Bordeaux. « Cette mort arrivait si à propos pour le roi que tous ses ennemis la lui imputèrent sur-le-champ; quelques circonstances très suspectes paraissaient appuyer cette terrible accusation; l'abbé de Saint-Jean-d'Angeli, aumônier du duc, avait été gagné par le roi et correspondait secrètement avec lui; *ce religieux passait déjà pour avoir empoisonné Mme de Thouars, ancienne maîtresse du duc*, fort hostile aux intérêts de Louis XI. A peine Charles de France avait-il rendu le dernier soupir, que l'abbé de Saint-Jean et le chef de cuisine du prince furent arrêtés par ordre du sire de Lescun, qui déclara hautement que son maître était mort par le fait des hommes du roi » (*ibid.*, p. 67). Si cet événement est resté si longtemps entouré d'obscurité, cela tient, sans doute, à la partialité des historiographes de la maison de Bourgogne, incessamment préoccupés de charger le roi de France, d'ailleurs sujet à caution. Mais il est possible aussi que la nature mystérieuse de la *maladie de langueur* dont le duc de Guyenne était atteint, ait contribué à rendre cette mort inexplicable aux yeux de ceux qui ne croyaient pas à un empoisonnement.

Les documents relatifs à ce mal singulier font totalement défaut. Cependant on trouve, dans une relation de l'entrevue de Charles, duc de Bourgogne, avec l'empereur Frédéric III, à Trèves, en 1473, un renseignement de valeur mentionné par Arnold de Lalaing, prévôt de Notre-Dame de Bruges (*Mémoires de Philippe de Comines*, en 4 vol. in-4°, t. III, p. 258). « Ipse frater (Ludovici XI) proximis annis miseranda » peste consumptus mortem obiit. Ægrotabat graviter et » *morbi ignoto genere; decidere ungues, capillique defluere,* » ut suspicionem præberet hausti veneni, et autorem necis » eum videri voluerunt cui fuerat, dum vixit, invisus, et ad » quem mortis præmia redibant. » Ainsi la maladie du duc de Guyenne était d'*un genre inconnu*, au moins en 1472, et les seuls symptômes qui eussent frappé l'entourage du prince étaient la chute des cheveux et des ongles. Nous ne voyons pas d'ailleurs quelle substance toxique aurait pu donner lieu à de pareils accidents.

D'autre part, un rapport d'espion transmis au roi, et contenu dans la collection de Béthune, donne quelques indices sur l'état de Mme de Thouars, en 1471, celle-là même que l'abbé de Saint-Jean d'Angeli était censé avoir empoisonnée. Ce rapport, destiné à renseigner Louis XI sur ce qui se passait dans la maison du duc de Guyenne au commencement d'octobre 1471, porte une note de la main du chancelier de France ainsi conçue : « Mémoire de ce que le roy m'a envoyé » des nouvelles de l'ostel de Mgr de Guyenne et de ce que » dit M. de Menou. Reçu le 5 octobre 1471. » Voici ce qui nous intéresse parmi les faits que renferme le rapport de l'espion : « L'un des serviteurs de mondit seigneur (le duc de Guyenne) dit que tous les huit jours il convient de saigner la dame de Thouars du dedans de banlyevres, et que son sang est le plus mauvais du monde. »

La maladie de la dame de Thouars n'avait-elle pas quelque rapport avec celle de Charles de Guyenne? Nous ne savons rien de ce qui nécessitait chez elle une saignée aux basses lèvres; mais il n'est peut-être pas téméraire de supposer que ce mal était le point de départ de la maladie d'un *genre inconnu* dont le frère du roi était atteint. La calvitie précoce, l'onyxis, la langueur ne sont-ils point aussi de nature à éveiller les soupçons sur la possibilité d'une affection syphilitique? Enfin ne savons-nous pas que les syphilis royales sont loin d'être rares?

L'objection qu'on pourrait faire à cette hypothèse est que la vérole n'a sévi parmi nous qu'à partir des guerres d'Italie, c'est-à-dire plus de vingt ans après la mort du duc de Guyenne; mais comme ce fléau exerça dès lors ses ravages à la fois sur la France, l'Allemagne, l'Espagne et l'Italie, il est fort probable qu'un certain nombre de cas isolés avaient précédé d'un demi-siècle au moins la généralisation de la « peste nouvelle ». Particulièrement grave à cette époque, la syphilis faisait de nombreuses victimes. Sans avoir la prétention de résoudre le problème, ne peut-on pas supposer, pour l'honneur de Louis XI, que son frère soit mort de la vérole?

E. Brissaud.

DÉCLARATIONS ET INHUMATIONS DE FŒTUS.

Jusqu'à présent l'inhumation n'était obligatoire que pour les fœtus de quatre mois et au-dessus; elle était facultative pour les fœtus de moins de quatre mois. Une circulaire du préfet de la Seine a décidé que les embryons de six semaines à quatre mois recevraient dorénavant l'inhumation. Les familles pourront demander un convoi; sinon la mairie se chargera de l'enlèvement des cadavres qui seront portés au cimetière de la Villette, dans une voiture spéciale « ne rappelant en rien la forme des corbillards » et enterrés dans une division réservée. Il sera, dit la circulaire, donné avis de ces dispositions « aux médecins et aux sages-femmes afin que personne ne puisse se soustraire à l'obligation de déclarer les cas d'accouchement prématuré, nécessitant l'inhumation de produits embryonnaires soit au-dessous soit au-dessus de quatre mois. » Ce passage de la circulaire provoque de la part de l'*Union médicale* (n° 40), des réflexions fort justes. C'est beaucoup déjà que le médecin déclare la naissance d'un fœtus, non viable, de quatre mois; c'est une application extrême des articles 55 et 56 du Code civil sur les déclarations de *naissances;* au-dessous de quatre mois le fœtus n'est pas un enfant; ce qu'a établi du reste le procureur impérial de la Seine dans une lettre adressée le 11 mai 1868 à un prédécesseur de M. le préfet.

PROJET DE LOI. — INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES.

Le médecin inspecteur d'une station d'eaux minérales ayant été révoqué par le gouvernement, s'est adressé au directeur de cette station pour obtenir le règlement de ses appointements. Celui-ci déclina cette réclamation. Notre confrère s'adressa alors aux tribunaux, qui lui donnèrent gain de cause. Si nous en croyons des renseignements que nous ne garantissons pas, le directeur de la station minérale intervint auprès du ministre du commerce pour que le traitement du médecin inspecteur révoqué fût payé par le gouvernement. Plusieurs réclamations du même genre ayant été transmises au ministère, le projet de loi suivant fut déposé :

Art. 1er. — L'emploi de médecin inspecteur des établissements d'eaux minérales naturelles ne donne droit à aucune rétribution, soit de la part de l'Etat, soit de la part des propriétaires de ces établissements.

Art. 2. — Sont abrogées toutes les dispositions législatives et réglementaires contraires à la présente loi, et notamment l'article 18, titre III, de la loi du 14 juillet 1856, sur la conservation et l'aménagement des sources d'eaux minérales, et les articles 22 à 23 inclusivement du décret du 28 janvier 1860, rendu pour l'exécution de ladite loi.

La Chambre nomme une commission de 11 membres comprenant plusieurs médecins. Le projet gouvernemental a été repoussé par 10 membres contre 1, et la commission va proposer dans son rapport la suppression pure et simple des médecins inspecteurs d'eaux minérales.

L'opinion de la *Gazette hebdomadaire*, on le sait, s'est toujours montrée défavorable à la suppression de l'inspectorat des eaux minérales. Nous ne pouvons reproduire aujourd'hui toutes les considérations que nous avons exposées, et sur la mesure elle-même, et sur les nouveaux moyens de protection qu'elle rendrait nécessaires à l'égard des richesses minérales de la France. Nous nous bornons à renvoyer le lecteur au tome X de la 2e série (année 1873), p. 99, 113, 132, 145, 163 et 193. On y trouvera, dans une série d'articles, un exposé complet et un examen approfondi de la question. Nous engageons aussi à consulter le *Rapport sommaire* fait la même année à l'Assemblée nationale, au nom de la 12e commission d'initiative, par M. Eugène Talon (*Gaz. hebd.*, 1873, p. 446).

Art dentaire. — Nous avons reçu de la Guadeloupe un très bon article de M. le docteur Maurel sur la *règlementation de l'art dentaire.* S'il nous était parvenu au temps où la question était agitée à la Faculté de médecine et dans la presse médicale, nous l'aurions inséré avec empressement. En ce moment, un trop grand nombre de questions importantes et de divers auteurs appellent l'attention de la *Gazette hebdomadaire* pour que nous puissions revenir sur celle-là. Peut-être seulement pourrons-nous faire usage du mémoire de notre distingué confrère, si l'administration donne suite à ses projets de règlementation.

Faculté de médecine de Paris. — A partir du mercredi 22 mars 1882, les consignations pour les examens seront reçues les mercredi et jeudi de chaque semaine au secrétariat de la Faculté.

— Les travaux pratiques auront lieu dans l'ordre suivant pendant le cours du second semestre de l'année scolaire 1881-1882.

A. *Première année.* — 1° Exercices pratiques de chimie médicale : M. le docteur Armand Gautier, le mardi et le jeudi, de deux heures à onze heures du matin. — 2° Exercices pratiques de physique médicale : M. le docteur Gay, les lundi, mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à sept heures et demie du matin. — 3° Exercices pratiques d'histoire naturelle médicale : M. le docteur Faguet, le lundi, le mardi, le jeudi et le samedi à sept heures et demie du matin.

B. *Deuxième année.* — 1° Exercices pratiques de physiologie : M. le docteur Laborde, le mardi, le jeudi et le samedi, à une heure et demie. — 2° Exercices pratiques d'histologie : M. le docteur Cadiat, tous les jours, à trois heures du soir.

C. *Quatrième année.* — 1° Exercices pratiques de médecine opératoire : M. le docteur Farabœuf, tous les jours de une heure à quatre heures du soir, cours successifs par les prosecteurs, exercices opératoires. — 2° Exercices pratiques d'anatomie pathologique : M. le docteur Gombault.

Concours. — Les candidats inscrits, au nombre de quarante, pour le concours du Bureau central à trois places de médecin, sont, par ordre alphabétique : MM. Ballet, Barié, Barth, Benoit, Béringier, Beurmann (de), Bourceret, Brault, Brissaud, Buzot, Cadiat, Carrière, Chouppe, Decaisne, Déjerine, Dreyfus, Eloy, Frémy, Gombault, Hirtz (Edgard), Hirtz (Hippolyte), Jean, Joly, Josias, Lataste, Leduc, Leroux (Charles), Leroux (Henri-Marie), Letulle, Lorey, Lucas-Championnière, Martin, Merklen, Moizard, Muselier, Oulmont, Renault, Robin, Talamon et Tapret.

Le jury, tiré au sort, se compose de MM. Fournier, Proust, Ernest Besnier, X. Gouraud, Tennesson, Archambault, Cadet de Gassicourt, Gérin-Rose et Benjamin Anger.

— Un concours pour deux places de prosecteurs s'est ouvert le jeudi 23 mars 1882, à la Faculté de médecine de Paris. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1882. Leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1886. Les juges tirés au sort sont : MM. Richet, Verneuil, Guyon; MM. Sappey et Béclard sont, comme on le sait, juges de droit.

Concours. — Les candidats qui se sont fait inscrire pour le concours qui doit s'ouvrir, pour la première fois, le lundi 27 mars 1882, pour la nomination à deux places d'accoucheurs des hôpitaux de Paris sont : MM. Bar, Budin, Bureau, Carafi, Champetier de Ribes, Maygrier, Pinard, Porak, Ribemond, Schweich, Stapfer, Doléris, Loviot, Martel, Vermeil, Verrier.

Nécrologie. — Le corps médical vient de perdre un de ses membres distingués dans la personne de M. le docteur Aimé Martin, chevalier de la Légion d'honneur, médecin titulaire de l'hôpital Saint-Lazare, et médecin de l'administration centrale de la Compagnie des chemins de fer de P.-L.-M. M. Aimé Martin n'était âgé que de quarante-six ans.

— Nous apprenons enfin avec le plus sincère regret la mort d'un de nos confrères les plus éminents du corps de santé militaire anglais, M. Stanhope Fasson, chevalier de la Légion d'honneur, décoré des ordres du Medjidié, des Saints-Maurice et Lazare, etc.

Société française de tempérance. — La Société française de tempérance, Association contre l'abus des boissons alcooliques, tiendra sa séance solennelle sous la présidence de M. Frédéric Passy, membre de l'Institut, député de la Seine, le dimanche 26 mars 1882, à trois heures et demie précises du soir, à l'hôtel de la Société d'horticulture, rue de Grenelle, 84.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 30 mars 1882.

LA CHLOROFORMISATION. — FERMENTS ET MALADIES. L'ENCOMBREMENT DES HÔPITAUX.

Académie de médecine : La chloroformisation.

Après l'élection prévue de M. Bucquoy dans la section de pathologie interne, élection qui a eu lieu à une grande majorité au premier tour de scrutin, l'Académie a repris le débat sur la chloroformisation. Nous ne saurions trop recommander à l'attention de nos lecteurs les explications fournies avec autant de clarté que de précision par M. le professeur Vulpian sur les causes physiologiques des accidents produits par l'inhalation des anesthésiques et surtout du chloroforme. L'orateur a exposé en termes sommaires les nombreuses expériences auxquelles M. Trélat avait fait allusion dans une séance précédente et qui permettent de comprendre, non seulement pourquoi un sujet meurt sous le coup de l'anesthésie, mais encore pourquoi il meurt de telle ou telle manière, par syncope respiratoire ou par syncope cardiaque, et comment aussi il peut succomber après la cessation des inhalations sous le coup d'une opération même peu importante, comme l'ouverture d'une poche purulente. On trouvera ci-après le discours de M. Vulpian résumé avec soin ; mais nous n'en conseillons pas moins la lecture dans le *Bulletin de l'Académie*.

Ferments et maladies.

(Fin. — Voyez le numéro 12.)

II

Si la théorie des germes est incapable de devenir l'idée directrice de l'ensemble des sciences médicales, elle paraît appelée à dominer toute l'étiologie et la prophylaxie des maladies infectieuses, ce qui est plus pratique et bien autrement important.

Nous allons nous expliquer d'abord sur la signification que, d'accord avec la grande majorité des médecins, nous donnons à ces mots *infection* et *maladies infectieuses*. Ce sera la meilleure manière de répondre aux critiques de Duclaux et de faire comprendre immédiatement l'importance décisive des travaux de Pasteur dans cet ordre d'idées.

En France, où l'on n'accorde au mot infection qu'une signification limitée, la maladie infectieuse est celle qui est produite par un miasme, par opposition à la maladie contagieuse qui est due à un virus. Au fond, cette distinction est basée sur une notion de causalité, devenue plus tard une notion de mécanisme de transport. La distinction est malheureusement fragile et bien inutile ; car, déjà en 1845, Henle introduisait les termes barbares de maladies miasmatico-contagieuses, maladies infecto-contagieuses, qui n'ont pas d'autre raison d'être que l'impossibilité d'assigner à une affection de ce groupe une manière d'être et de se transporter toujours identique.

L'école allemande (Virchow, Griesinger, etc.) rendit au mot infection sa signification étymologique de *souillure* de l'organisme, revenant ainsi au sens le plus ancien, le plus vaste et aussi le plus vrai. D'où la définition suivante :

Les maladies infectieuses sont des maladies générales produites par la pénétration et l'évolution, dans l'organisme, d'un agent particulier, extérieur, auquel il faut réserver provisoirement la dénomination vague de *principe infectieux*.

Ni la maladie, ni son principe ne peuvent être, dans l'état actuel de la science, définis d'une façon plus précise. L'agent infectieux n'a pour nous d'autre caractère que de produire une maladie déterminée : son réactif nécessaire, son unique révélateur est l'organisme. Le principe de la variole ne se définit que par son produit, aussi bien que celui de la syphilis ou du typhus. Ces exemples montrent d'ailleurs que l'existence même de pareils principes est absolument hors de doute.

Duclaux propose de créer un mot nouveau auquel il attribue précisément le sens que nous donnons au mot infection, celui de maladies *homœogènes*. « Toutes les maladies que nous avons à étudier ont un caractère commun, c'est que, pendant qu'elles se développent, *se reproduit aussi* ce qu'il faut pour en donner de toutes pareilles à un être sain. » Il n'est pas dit où cela se reproduit.

Cette définition substitue à une notion essentiellement médicale une notion de reproduction du germe qui appar-

tient plutôt à l'histoire naturelle; la reproduction peut se faire en dehors de l'organisme, dans le sol, dans l'eau, etc. Il ne nous semble pas utile, d'autre part, il n'est pas bon, au moment où la science tend à se débarrasser des mots encombrants et devenus vides de sens, de miasme, de contage, de virus, etc., de créer, à moins d'absolue nécessité, des termes nouveaux qui viendront encore ajouter à l'obscurité de ces graves questions.

Malgré le vague de notre définition, les maladies infectieuses forment une classe bien délimitée quoique basée uniquement sur une notion de causalité suffisamment caractérisée et distincte des autres séries pathologiques. Elles ne peuvent être comparées, ainsi que l'avaient parfaitement compris les anciens, qu'aux intoxications, et c'est de là que nous est venu le terme inexact et mal choisi de *poison morbide*. Mais que de différences entre ces deux états pathologiques : intoxication et infection. Citons-en quelques-unes :

1° L'incubation, fait bizarre, à peu près constant, inexplicable par les données ordinaires de la pathologie ;

2° L'immunité native ou acquise à la suite d'une atteinte antérieure de la même maladie ou d'une maladie similaire. Cette immunité n'est jamais absolue, ni constante dans toutes les maladies, mais elle n'en constitue pas moins un des caractères les plus frappants et les plus précieux des infections;

3° L'extrême variabilité des effets; un poison, lorsqu'il agit, produit toujours les mêmes effets dans le même ordre et dans une proportion qui dépend de la quantité du poison. Au contraire, les principes infectieux produisent des effets tellement dissemblables que c'est à peine s'ils sont compatibles avec la notion de l'espèce. Ainsi la malaria, où l'on rencontre une diversité inouïe des manifestations depuis les exanthèmes, les névralgies, jusqu'aux accès pernicieux et aux cachexies graves. Ainsi la variole, la diphthérie, la syphilis elle-même ;

4° La transmissibilité, propriété essentielle en pratique, comme de tout temps base de la plupart des classifications et des théories.

Nous bornons là l'énumération des caractères principaux de la classe des maladies infectieuses. On voit qu'elle comprend le groupe des typhus, celui des fièvres éruptives, une foule de maladies inoculables, de zoonoses et de petites épidémies; peut-être faut-il encore y rattacher la pneumonie franche et le rhumatisme articulaire aigu. Les fièvres telluriques qui ne sont pas transmissibles et ne confèrent pas l'immunité, qui cependant possèdent au plus haut degré le caractère infectieux, occupent, si l'on veut, une situation intermédiaire entre les intoxications et les infections proprement dites.

Laissons de côté les questions cependant importantes de l'habitat ordinaire du principe infectieux, de son mode de pénétration dans l'organisme, etc., et demandons-nous quelle est sa nature?

Ici, nous ne rencontrons plus que deux théories en présence (car nous ne parlons pas de celles qui consistent à ne rien répondre du tout ou à incriminer une lésion mystérieuse de la vie ou une action catalytique des albumines), la théorie de la *fermentation* et celle des *microbes*. Encore ces théories se réduisent-elles à une seule, si l'on admet avec Duclaux que les microbes pathogéniques agissent en tant que ferments.

L'assimilation de la maladie au phénomène fermentation n'est nulle part explicitement enseignée dans son livre, mais le titre lui-même, et le fait d'avoir introduit les maladies infectieuses dans le cadre de l'article *Fermentation* nous font penser que, dans les idées de Duclaux, il ne s'agit pas d'un simple ordre d'exposition.

L'assimilation en question paraît séduisante, et cependant nous croyons qu'elle serait prématurée et inutile.

D'abord, la théorie de la fermentation, qui a encombré la science d'un mot, les maladies *zymotiques*, correspond à un nom, celui de W. Farr, et à une époque, 1870. Alors on connaissait très imparfaitement la nature intime des fermentations ; on se bornait à dire que le principe infectieux était un ferment et que la maladie infectieuse était une fermentation du sang. Évidemment ce n'est plus ainsi que le comprend Duclaux, mais nous n'avons pas le droit de faire dire à une théorie ce qui n'était pas dans les intentions de son auteur. La déviation incessante du sens des mots a été presque aussi funeste à la médecine que le vague des idées et, loin d'admettre l'expression de maladie zymotique comme peut-être la meilleure, nous souhaiterions vivement de la voir disparaître du langage scientifique.

Ce n'est, en effet, qu'en forçant, qu'en outrant la signification du mot ferment que l'on arrive à comparer la décomposition des milieux fermentescibles tels que sucre, lait, urine, etc., avec des maladies telles que le charbon ou la pébrine des vers à soie.

Dans les fermentations, le ferment se trouve en présence d'une substance chimique et ses effets dépendent en grande partie de son affinité pour l'oxygène ou de la vie sans air. Dans les maladies infectieuses, le principe se trouve en face de cellules vivantes, autonomes, dont il s'agit de détruire les propriétés vitales avant de les décomposer par un processus chimique. Pour cette destruction, l'on peut admettre que la simple multiplication du germe suffit, ou la soustraction d'oxygène ou d'un autre élément important, mais on peut aussi penser autrement. Les microbes ne sont pas seulement des corps destructeurs, mais aussi des corps producteurs, et cette seconde face de leur activité a peut-être autant d'importance que la première dans certaines maladies. La fermentation putride produit des ptomaïnes : certains microbes sphériques sécrètent de magnifiques cristaux bleus ou jaunes; dans le choléra des poules, il y a production d'un véritable narcotique qui contribue à donner à cette affection un cachet spécial. Tout cela nous sort beaucoup des fermentations vulgaires, et il faudrait, comme nous l'avons dit, pour que la comparaison fût exacte, que le sens du mot ferment fût étendu dans une proportion considérable, ce qui n'est nullement nécessaire.

La théorie des microbes, *germ Theory* des Anglais, a la prétention d'expliquer tous les caractères que nous avons assignés précédemment aux maladies infectieuses. Et, en effet, il suffit d'appliquer par la pensée à cette théorie la simple notion de l'accroissement du microbe pathogénique pour comprendre immédiatement l'incubation, et la variété des formes, et la longue disparition des épidémies, et même jusqu'à un certain point l'immunité.

La démonstration de la nature parasitaire du principe infectieux a été faite par Pasteur pour deux maladies : le charbon et le choléra des poules. J'entends la démonstration complète, la démonstration poussée à un degré de perfection qui laisse peu de prise à la critique. Le hasard a voulu que, dans ces deux affections, le microbe n'ait pas d'action latérale capable de vicier les résultats ; il produisait la maladie et rien que la maladie. Nous avons exposé dernièrement, dans un travail fait en collaboration avec M. Du Cazal (*Revue des sciences médicales*, 1881, p. 302 et 700), les principes de la

méthode expérimentale suivie par l'illustre savant et qui consiste à cultiver le microbe en dehors de l'organisme et à reproduire la maladie au moyen de ces cultures extraorganiques. Ce sont là des faits présents à toutes les mémoires et sur lesquels il est inutile d'insister.

Or, les maladies dont il s'agit : charbon et choléra des poules, sont des maladies infectieuses au plus haut degré, présentant tous les caractères que nous avons antérieurement énumérés. Il faut donc conclure logiquement : que *les maladies infectieuses sont d'origine parasitaire et que le principe infectieux est un microbe.*

Pourquoi hésiter devant cette conclusion dont nous ne nous dissimulons pas la gravité? Du moment que nous avons pu isoler au milieu des manifestations pathologiques une classe spéciale de maladies, *uniquement basée sur la notion de cause*, que nous avons pu lui assigner des caractères qui la différencient absolument des classes avoisinantes, du moment que nous arrivons à connaître la nature intime de la cause de l'une d'entre elles, nous sommes autorisés logiquement à étendre le raisonnement à toutes les autres.

Sans doute, il n'y a là qu'un raisonnement par analogie, mais notre théorie nous paraît du moins avoir ce mérite, rare en pathologie, d'expliquer merveilleusement, ce que n'a pu faire aucune autre doctrine, les particularités si curieuses des maladies dont nous nous occupons. Et, d'ailleurs, elle reçoit à chaque nouvelle étape une nouvelle confirmation à la lumière éclatante des faits. Croit-on que les théories générales qui régissent partout ailleurs la matière scientifique, croit-on que la théorie atomique, si féconde en résultats, la théorie de l'éther indispensable aux physiciens et même la fameuse doctrine : *omnis cellula ex cellula*, la clef de voûte de l'anatomie pathologique moderne, s'appuient sur plus de faits ou même sur autant de faits que cette théorie des germes qui a eu tant de peine à s'introniser dans la pathologie? Non certainement, et nous pouvons ajouter cette consolante pensée que non seulement la théorie nous permet d'expliquer toutes les obscurités de la pyrétologie infectieuse, mais encore d'en concevoir une prophylaxie rationnelle et effective.

« Après des siècles de muette résignation, dit Duclaux, voici que la science, qui, elle aussi, est une prière, mais une prière active et impersonnelle, montre à l'homme où sont ses ennemis et lui donne le moyen de lutter contre eux... lui fait voir qu'on peut en triompher, et, sinon les faire disparaître, du moins les rendre inoffensifs. Nos petits-enfants connaîtront moins que nous les amertumes des séparations prématurées, et s'ils ne prennent pas un peu en pitié la patience avec laquelle nous avons supporté la barbarie des infiniment petits, c'est qu'ils se souviendront de ce qu'il a fallu de génie pour découvrir leur importance et nous mettre à l'abri de leurs coups. »

Magnifique tableau, perspective féerique qu'il n'est plus permis de traiter de rêve, mais que rien non plus ne justifie encore.

Si maintenant nous abandonnons les hauteurs de la certitude philosophique pour descendre aux faits réellement démontrés, nous tombons sur un énorme hiatus, et nous sommes obligés de constater, non sans un certain sentiment de déception, que les résultats acquis, spécialement en pathologie humaine, ne sont pas nombreux.

Dans le travail auquel nous avons fait allusion, nous étions arrivés, M. Du Cazal et moi, après avoir minutieusement analysé les innombrables publications des trois dernières années, aux conclusions suivantes :

« Si l'on excepte le charbon et le choléra des poules, dont l'origine parasitaire n'est plus discutable, quels sont les résultats acquis :

» *a*. La fièvre typhoïde, les fièvres de malaria et surtout la diphthérie, étudiées d'après les principes de la méthode des cultures, ont fourni quelques résultats vraiment remarquables. Sans qu'on puisse prévoir, dès à présent, le classement de ces maladies dans la nosologie parasitaire, il est permis d'affirmer que la direction donnée aux recherches est bonne et ne peut manquer de conduire à des résultats certains.

» *b*. La fièvre récurrente, la lèpre et même la furonculose, étudiées d'après les données de la méthode d'observation pure, ne peuvent pas davantage être rangées au nombre des maladies parasitaires. En raison d'obstacles spéciaux, inhérents à chacune de ces maladies, la preuve directe n'a pu être faite et la nature en reste indécise.

» *c*. Pour la tuberculose, la syphilis, la fièvre puerpérale et tant d'autres maladies, nous ne sommes pas même sortis de la période des tâtonnements. »

Ce sont à peu près les conclusions de Duclaux, qui ajoute avec raison aux maladies nettement parasitaires la pébrine des vers à soie, dont l'histoire est une des plus intéressantes à ce point de vue. Nous ne partageons pas son avis au sujet de la septicémie, dont l'histoire ne nous paraît pas suffisamment élucidée.

« Il en existe quelques autres, ajoute Duclaux, qu'on peut mettre au même rang que celles que nous venons de passer en revue, c'est-à-dire qu'on peut rattacher nettement et sans ambages à l'existence d'un microbe déterminé. » Nous ne voyons pas à quelles maladies il est fait allusion.

Les conclusions ci-dessus, que l'on peut trouver un peu sévères, ne sont que l'application du principe qui nous a guidé dans l'appréciation des travaux publiés, à savoir que, pour être réputée parasitaire, une maladie doit avoir passé par l'épreuve de la culture extraorganique et de l'inoculation.

On nous a reproché, à ce propos, une sévérité outrée à l'égard de la méthode d'observation qui consiste à conclure à l'action pathogénique d'un microbe, de sa présence constante dans les tissus, lorsque sa forme est caractéristique, lorsque son abondance et son mode de distribution explique suffisamment les phénomènes observés pendant la vie.

Ce reproche n'est pas sans fondement. Et pour la fièvre récurrente, par exemple, on pourrait sans nul inconvénient laisser fléchir la sévérité de la logique, et dire avec Duclaux : « Les moyens de conviction que nous demandons d'ordinaire à notre procédé expérimental, nous les trouvons ici dans la nature de la maladie et la forme spéciale de son parasite, qui permet de le découvrir facilement, et empêche de le confondre avec les espèces banales qu'on est exposé à rencontrer dans l'organisme. »

Mais nous avons été tant de fois trompés depuis 1840! Nous avons été tant de fois déçus dans les espérances qui paraissaient les plus légitimes! Les désirs étaient pris pour des réalités, et la chute était d'autant plus éclatante que les faits paraissaient plus certains. Rappelons-nous l'exemple de Hallier.

Nous acceptons franchement la doctrine de la nature parasitaire des maladies infectieuses. Mais si nous nous montrons disposé à accepter sans mauvais vouloir et sans arrière-pensée cette doctrine autrefois honnie, nous jugeons d'autant plus nécessaire de nous montrer sévère dans l'appréciation

des expériences publiées, comme nous le ferons voir prochainement.

Nous assistons depuis quelques années à une véritable génération spontanée d'expérimentateurs dont les travaux méritent d'être épluchés sévèrement, si l'on ne veut pas que le magnifique mouvement auquel Pasteur a tracé la voie et donné l'élan, dévie de sa route pour se perdre dans des généralisations ambitieuses ou des pathogénies hypothétiques.

C. Zuber.

L'encombrement des hôpitaux

Nous signalions dans un des derniers numéros (3 mars) l'encombrement croissant des services hospitaliers, et les inconvénients multiples qui en résultaient au point de vue des exigences du service et surtout de l'hygiène des salles. Nous apprenons avec plaisir que la question vient d'être sérieusement mise à l'ordre du jour à l'administration centrale et qu'une circulaire de M. le directeur général de l'Assistance invite les chefs de service à fournir le plus promptement possible les éléments d'une statistique qui permettra de se rendre exactement compte de la situation. Chaque médecin aura à présenter l'état de ses malades répartis en aigus, chroniques et incurables.

Il sera facile de coordonner dans les bureaux de l'administration ces documents multiples et de déterminer avec précision les causes de cet encombrement croissant et qui tend à devenir permanent.

Nous voyons en effet dans la circulaire de M. le directeur que plus de 600 lits supplémentaires ont été successivement montés à l'Hôtel-Dieu annexe, à Cochin, à Ténon, à l'hôpital des Tournelles. Nous ignorons si dans ces 600 lits figurent les brancards et matelas qui remplissent les salles des autres hôpitaux. Malgré cet appoint considérable de lits, l'encombrement persiste. Les trois quarts des malades qui viennent aux consultations demander l'entrée sont dirigés vers le bureau central qui ne dispose pas, et bien loin de là, du nombre de lits nécessaires.

M. le directeur général demande à quoi tient cet encombrement. Nous ne voulons pas préjuger les résultats de l'enquête. Mais nous pouvons affirmer, sans crainte d'être démenti par elle, que le développement anormal des maladies aiguës n'est point en cause, ou qu'il figurera sur les statistiques pour un faible chiffre. Les deux catégories de malades qui déterminent la surcharge de nos services sont les chroniques et les incurables.

Une fois l'incurabilité constatée, l'évacuation devrait se faire, sinon immédiatement, au moins dans un délai raisonnable : quinze jours à un mois au plus. Actuellement, c'est par trois mois et plus qu'il faut compter. La place manque dans les hospices. Parmi les maladies chroniques, les tuberculeux constituent l'*impedimentum* principal de tous nos services.

Multiplier les hospices, offrir des hôpitaux spéciaux aux tuberculeux et, s'il est possible, en diriger un certain nombre choisis parmi les moins avancés, vers des stations méridionales; telles sont les mesures qui nous paraissent les plus urgentes. Les services actuels, ainsi allégés, seraient probablement suffisants. En tout cas l'encombrement diminuerait dans une proportion considérable.

De pareilles réformes exigent certainement une augmentation corrélative des ressources de l'Assistance. Il y aura de larges crédits à demander. Actuellement il s'agit de se rendre un compte exact de la situation et l'appel fait aux médecins des hôpitaux donnera bientôt les résultats qu'on est autorisé à en attendre.

Blachez.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique chirurgicale.

Epithéliome du col utérin; ablation a l'aide de l'écraseur linéaire; guérison; par le docteur Paul Fournaise.

L'épithéliome du col utérin est l'une des espèces les plus communes de l'affection carcinomateuse.

On en distingue deux variétés : l'une, formée de cellules cylindriques, paraît prendre naissance dans les glandes de la muqueuse intra-cervicale; l'autre, composée de cellules pavimenteuses, se développe sur la muqueuse extra-cervicale ou du museau de tanche.

D'après M. Alph. Guérin (*Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme*, 1878), l'épithéliome du col est toujours une maladie primitivement locale et, comme telle, susceptible de guérir. Il ne devient dangereux que lorsqu'il a envahi le corps de l'utérus ou les organes voisins.

Si les essais de guérison des tumeurs épithéliales sont assez nombreux, les succès sont loin d'être la règle. Ce n'est pas que les moyens d'action fassent défaut, mais la plupart des femmes ne réclament le secours du chirurgien qu'à une époque fort avancée de leur maladie. Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur épithéliale du col de l'utérus, la seule chance de salut réside évidemment dans l'ablation ou amputation du néoplasme.

Cette opération, telle que la pratiquaient autrefois par excision : Osiander, Récamier, Dupuytren, Lisfranc, Simpson, etc., n'a guère donné d'heureux résultats.

La statistique assez récente de Ch. West (*Diseases of Women*. London, 1864) n'est qu'une somme d'insuccès. Sur 25 amputations du col, 22 ont été suivies de mort; la guérison n'a pas dépassé six mois dans les 3 autres.

Peyrot et Seuvre (*Bulletins de la Société anatomique*, 1873) rapportent chacun un cas d'ablation de col épithéliomateux. Les deux opérées sont mortes des suites d'une infection purulente après six et huit jours.

Atthill, de Dublin (*Gazette hebdomadaire*, 1877), a eu la loyauté de publier l'observation d'un épithéliome du museau de tanche, qu'il enleva à l'aide de l'écraseur. Il avait cru le mal bien limité, quand, l'opérée ayant succombé, l'autopsie fit voir, non seulement que la poche de Douglas et le vagin avaient été entamés par l'instrument, mais qu'ils contenaient, ainsi que le corps de l'utérus, des noyaux durs de carcinome.

A ces faits désastreux, il est heureusement possible d'en opposer d'autres plus satisfaisants.

Dans son important ouvrage, Courty (*Traité pratique des maladies de l'utérus, etc.*) parle d'un épithéliome du col qui n'avait pas repullulé deux ans après son ablation.

Galabin (*The student's guide to the diseases of Women*. London, 1881) dit qu'il connaît des guérisons durables de cols épithéliomateux ayant subi l'amputation.

M. Péan (*Clinique chirurgicale*, 1875-76) a enlevé, à l'aide du bistouri et du fer rouge, une tumeur épithéliale du museau de tanche. La guérison se maintenait six mois après l'opération.

En 1874, M. Labbé (*De l'emploi de la galvano-caustique thermique dans le traitement des tumeurs épithéliales du*

col de l'utérus, 1874) a fait l'ablation d'un col atteint de la même dégénérescence. Il s'est servi de l'anse galvano-caustique. La femme était encore en bonne santé au bout de dix-huit mois.

Bœckel (de Strasbourg) usa du galvano-cautère pour amputer, à la vulve, un col atteint d'épithéliome. Un an après, il n'y avait pas de repullulation.

L'observation qui est rapportée plus loin ajoutera un nouveau témoignage à ceux qui viennent d'être relatés en faveur de la guérison possible et durable des dégénérescences épithéliales de la portion vaginale de l'utérus. Elle montrera que, dans le traitement de cette triste maladie, le succès dépend peut-être moins du mode opératoire que de la limitation de la tumeur et d'une intervention faite en temps utile :

Obs. — Le 17 janvier 1880, je fus appelé auprès de Mme X..., qui se disait atteinte de fièvre continue.

Agée de trente-neuf ans, cette dame n'a pas connu sa famille paternelle, sa mère serait morte à cinquante-sept ans, phthisique. Sa grand'mère maternelle aurait succombé aux suites d'une maladie du foie, à cinquante-huit ans. Elle n'a pas de parents collatéraux. Douée d'une bonne constitution et d'une conformation régulière, sa menstruation s'établit à l'âge de quinze ans, sans difficulté. Mariée à seize ans, elle quitta la France, peu de temps après, pour se fixer avec son mari en Angleterre, où elle demeura dix ans. Elle n'a jamais eu à se plaindre des conditions matérielles de la vie. Une bonne santé habituelle, un caractère aimable et gai, allié à un esprit distingué et très ouvert, indiquent un organisme bien équilibré. Mme X... eut trois enfants. Le premier, né en 1860, était un garçon, qui mourut des suites du croup à l'âge de trois mois. Le second, une fille, née en 1871, n'a pas vécu. Quant au troisième, un garçon, né en 1877, il n'eut que quelques mois de vie. Ses accouchements ont été simples et faciles, toutefois le dernier a nécessité l'administration du seigle ergoté.

Au commencement de 1879, Mme X... perdit du sang dans l'intervalle des règles; celles-ci n'étaient pas dérangées, mais seulement caractérisées par un flux sanguin plus abondant. Cet état se prolongea jusqu'au mois de mars, époque à laquelle ladite dame, inquiète à juste titre, consulta son médecin. A la suite d'un examen à l'aide du spéculum, le praticien fit une cautérisation du col au nitrate d'argent et appliqua dans le vagin un bourdonnet de charpie, recouvert de linge fin, enduit d'une pommade et saupoudré de benjoin. La patiente devait subir cette cautérisation deux fois par semaine et garder le repos pendant un mois et demi.

Aucun traitement ne fut suivi pendant ce laps de temps, puis les mêmes cautérisations et pansements furent recommencés et continués, deux fois par semaine environ, pendant un mois. On leur ajouta des injections journalières d'eau de goudron. En juillet, il survint une métrorrhagie, à la suite de laquelle on fit de nouvelles cautérisations, plus douloureuses cette fois que les précédentes.

La situation était loin de devenir meilleure, les pertes sanguines s'accentuaient et se montraient surtout au moment des garde-robes qui n'avaient lieu que tous les deux jours. Une gastralgie continue s'ajoutait à un état général de souffrance, en même temps que l'anémie et la débilité se prononçaient.

Dans ces fâcheuses conditions, Mme X... gagna le mois de novembre. Par suite de son peu de résistance à l'action du froid, elle fut prise un soir d'une bronchite généralisée qui dura jusqu'au commencement de l'année 1880. Un autre médecin lui donna des soins du 2 au 17 janvier; il ne fit pas de diagnostic.

Lors de ma première visite, je trouvai la malade dans les conditions suivantes : anémie et débilité très accusées, décoloration générale de la peau et des muqueuses, teinte jaune paille, émaciation et faciès utérin; l'auscultation du cœur indique un bruit de souffle au premier temps et des battements faibles. Pouls à 84. Du côté de la poitrine, j'entends seulement quelques râles muqueux. Les fonctions digestives laissent beaucoup à désirer. La langue est blanche, saburrale, l'anorexie presque complète; une dyspepsie gazeuse et des accès fréquents de gastralgie coïncident avec une constipation persistante. J'arrive à l'examen de l'appareil génital et parviens sans difficulté à en constituer la sémiotique.

Il existe un catarrhe vaginal abondant composé d'une sorte de sanie mucoso-purulente, mélangée de sang et exhalant une odeur pénétrante très fétide. A 5 centimètres environ de la vulve, le doigt tombe sur une tumeur délimitable, donnant au toucher une sensation granulo-rugueuse comparable à celle d'un chou-fleur. La tumeur est légèrement friable en quelques points e laisse échapper, sous une pression modérée, une certaine quantité de sang. En cherchant avec précaution, je ne puis découvrir l'orifice du col, celui-ci paraissant envahi en entier par le néoplasme, mais en portant le doigt en arrière, je sens un sillon transversal qui paraît correspondre à la limite du mal. La tumeur est vraisemblablement due à la prolifération des éléments anatomiques du museau de tanche. Examinant ensuite la région à l'aide d'un spéculum de Cusco, je ne pus ni découvrir l'orifice utérin, ni même embrasser, avec les valves, la tumeur, qui était d'un rouge framboisé, granuleuse et abondamment saignante. Dès lors, le cas était jugé et mon diagnostic fut celui-ci : épithéliome végétant du col utérin, *cauliflower excrescens* des Anglais.

J'informai sur-le-champ Mme X... de l'étendue et de la gravité de son mal, en me prononçant pour une intervention chirurgicale très prochaine. Je lui proposai de prendre l'avis d'un chirurgien des hôpitaux, et priai M. le docteur Marchand de mettre son habileté opératoire bien connue au service de cette intéressante malade.

Quelques jours plus tard, M. Marchand examina Mme X.... Il confirma mon diagnostic, mais ne fut pas immédiatement d'avis d'entreprendre l'opération, quelque indiquée qu'elle pût être. D'ailleurs, une complication venait de surgir : l'engorgement douloureux des ganglions inguinaux du côté gauche.

Le repos absolu au lit, quelques onctions de pommade hydrargyrique belladonée et l'application de cataplasmes de farine de graine de lin amenèrent une rémission des phénomènes inflammatoires. Sur mes instances, M. Marchand recommença très soigneusement avec moi l'examen de cette malade, et l'opération, jugée possible, fut décidée et fixée au 3 mars.

La patiente est placée dans une situation convenable sur le bord d'un lit; deux aides soutiennent les cuisses, un autre donne du chloroforme. Armé de pinces de Museux, M. Marchand saisit la tumeur et l'amène avec précaution à la vulve; il l'enlace, à l'aide d'une chaîne d'écraseur, de façon à l'enlever en totalité, tout en évitant de léser les organes voisins. Après une manœuvre d'environ vingt minutes, le corps du délit était entre nos mains. Des irrigations d'eau froide, à travers un spéculum de bois, furent faites immédiatement sur le moignon utérin, en vue de dissiper la contusion; le lendemain et les jours suivants, on fit des injections intra-vaginales d'eau phéniquée aux 40/1000. L'opérée prit une pilule d'extrait thébaïque de 0gr,02 toutes les deux heures. La fièvre qui suivit l'opération fut peu intense et ne dépassa pas huit jours. Après dix-sept jours de repos au lit, Mme X... commença à se lever et à marcher quelque peu dans sa chambre.

Vers la fin du mois d'avril, nous fîmes l'examen de l'utérus amputé. La cicatrisation était complète; toutefois, on voyait dans l'infundibulum central la muqueuse utérine d'un rouge violacé et bourgeonnante. Je réprimai les bourgeons charnus le 2 mai, à l'aide du caustique de Filhos. Quelques jours plus tard, Mme X... partit pour le Jura, où elle passa trois mois et demi, ne ressentant autre chose que quelques douleurs fugaces dans la fosse iliaque gauche. Elle revint à Paris et reprit son emploi dans une maison de commerce le 15 septembre. Depuis ce moment, elle n'a eu à surmonter que deux ou trois affections bénignes des voies respiratoires. Quant à la menstruation, on peut juger de sa régularité par le tableau suivant :

1880.	1881.
8 avril, première réapparition.	13 janvier.
1er mai.	7 février.
13 mai.	5 mars.
8 juin.	30 mars.
7 juillet.	25 avril.
2 août.	23 mai.
2 septembre.	17 juin.
1er octobre.	12 juillet.
22 octobre.	7 août.
22 novembre.	1er septembre.
18 décembre.	26 septembre.
	21 octobre.
	15 novembre.
	12 décembre.

Structure de la tumeur. — On reconnaît à l'œil nu une masse de la grosseur d'une orange mandarine, sur laquelle on distingue très bien les deux lèvres hypertrophiées du museau de tanche. La surface extérieure est rouge, villeuse, granuleuse, assez vasculaire et ramollie en quelques points. Sur la surface de section cervico-

utérine, on distingue des fibres musculaires du corps de l'utérus non altéré. Une section faite dans le sens antéro-postérieur, montre un tissu ayant l'aspect et la consistance du carcinome encéphaloïde. Le grattage de l'une des faces ne donne que très peu de suc blanchâtre et quelques grumeaux mal liés.

Après une très longue macération dans l'alcool, cette tumeur pesait encore 26 grammes. Mon ami, M. Troisier, professeur agrégé, a bien voulu en faire l'examen histologique dans le laboratoire de M. Vulpian. Il lui a trouvé tous les caractères de l'épithéliome cylindrique.

Réflexions. — Examinée tout récemment au spéculum, la région qui a été le siège de l'opération n'a rien révélé de particulier; le moignon utérin infundibuliforme et radié laisse voir, à son centre, une sorte de grosse papille d'un rouge vif qui n'est autre qu'une hernie légère de la muqueuse intra-utérine. L'état général excellent, après une opération datant de *deux ans*, permet au moins de penser que la guérison se maintiendra pendant de longues années.

Ainsi, voilà une femme dont l'utérus s'altère sans cause bien apparente. Les conditions d'âge et de multiparité exceptées, la constitution, la diathèse, l'hérédité, le genre de vie, les influences étrangères, etc., ne nous fournissent aucun élément étiologique. Après les tentatives infructueuses de deux praticiens, j'entre en scène à mon tour, découvre le mal et prévois le danger. Mon diagnostic une fois confirmé par un confrère autorisé, fallait-il ou non opérer? L'opération était-elle conforme aux principes de la chirurgie? Un second examen très attentif ayant permis de constater que la tumeur était limitable et paraissait limitée; que les attaches vaginales, le vagin, la vessie, le rectum et la face postéro-inférieure de l'utérus, accessible au doigt, étaient indemnes de la dégénérescence; nous pensâmes d'un commun accord que la guérison pouvait être tentée. Deux sortes d'agents étaient à notre disposition : les caustiques et les instruments.

Les caustiques, n'ayant jamais donné que des résultats mauvais ou incomplets, furent écartés *de plano*.

Parmi les instruments, nous avions à choisir entre : le *bistouri*, le *couteau* et les *ciseaux de Sims*, le *cautère actuel*, le *thermocautère*, le *serre-nœud à anse métallique*, l'*écraseur linéaire* et le *galvano-cautère*.

Les deux derniers devaient appeler plus particulièrement notre attention. L'anse galvanique paraît être en faveur auprès de certains chirurgiens à cause de son action presque instantanée; mais, les plaies qu'elle laisse guérissent très lentement, et puis son emploi ne saurait être généralisé, car l'on n'a pas toujours sous la main un appareil à galvanocaustie, lequel est encombrant et d'un transport incommode. L'écraseur nous a paru devoir lui être préféré dans le cas actuel; manié avec dextérité, cet instrument donne d'aussi bons résultats que le précédent, et les plaies consécutives à son application se cicatrisent avec une plus grande rapidité. Le succès qu'il nous a procuré, n'est certainement pas de nature à en infirmer l'usage.

En ce qui touche l'abaissement de l'utérus à la vulve, les avis sont partagés. Quelques auteurs pensent qu'il faut enlacer la tumeur au fond du vagin, à l'aide de l'anse de platine ou de la chaîne de l'écraseur, afin d'éviter la lésion des attaches vaginales; d'autres estiment que, loin de présenter des inconvénients, l'abaissement dudit organe permet de bien juger de l'étendue de la néoplasie et de la mieux circonscrire. Le fait de Bœckel et le nôtre peuvent servir à la défense de cette dernière opinion.

Remarques générales. — L'observation précédente nous permet de faire les remarques suivantes :

Il est désirable de faire de bonne heure le diagnostic de l'épithéliome du col utérin.

Il faut éviter de confondre cette néoplasie à son début avec des lésions simples du col, comme l'*érosion*, l'*ulcération*, l'*ectropion*, les *granulations*, l'*hypertrophie*, etc., qui cèdent assez rapidement d'ordinaire à un traitement approprié.

Lorsque la tumeur a pris un certain développement et ne fournit pas des signes diagnostiques suffisants; il est nécessaire d'en enlever un fragment à l'aide d'une cuiller tranchante (celle de Simon, par exemple) et d'en faire l'examen histologique.

Lorsque le diagnostic du néoplasme aura été précisé, sa limite étant reconnue, il faudra intervenir dans un bref délai.

Les moyens d'action sont d'ordre médical ou chirurgical.

Ceux du premier ordre ne sont que des palliatifs.

Ceux du second ordre ont pour but :

1° La destruction partielle de la tumeur à l'aide des caustiques physiques ou chimiques;

2° Sa destruction totale à l'aide de certains instruments.

Les caustiques légers sont très dangereux, car, en irritant et excitant les surfaces malades, ils en activent le travail prolifératif. L'observation précitée confirme bien ce que l'on savait déjà à cet égard.

Les caustiques puissants : *chlorure de zinc*, *pâte arsenicale*, *potasse caustique*, *teinture de brome*, etc., si bien appliqués qu'ils soient, sont incapables de détruire le mal en entier et présentent, en outre, des chances d'inflammation des régions voisines.

Ces agents, sauf peut-être dans quelques cas exceptionnels, doivent être généralement rejetés.

La destruction totale du néoplasme ne peut avoir lieu que par ablation.

Pour exécuter cette opération, les meilleurs instruments de diérèse paraissent être le *galvano-cautère* et l'*écraseur linéaire*. Le premier étant le plus expéditif est préférable en théorie, mais nous pensons que les applications de l'instrument de Chassaignac sont et doivent demeurer plus nombreuses et plus pratiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 20 MARS 1882. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Candidature. — M. *Brown-Séquard* prie l'Académie de le comprendre parmi les candidats à la place actuellement vacante dans la section de médecine et chirurgie. (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

Sur la noix de Kola, ou Gourou, ou Ombéné (graines de *Sterculia acuminata* Pal. de Bauvois). Note de MM. *Ed. Heckel* et *Fr. Schlagdenhauffen*. — La *noix de Kola*, qui remplit auprès des populations de l'Afrique équatoriale un rôle aussi important que le *Maté* et le *Coca* en Amérique, est fournie par un végétal de l'Afrique appartenant aux Sterculiacées, le *Sterculia acuminata*.

Contrairement aux affirmations de Heudelot, il n'existe pas deux variétés de cette plante, celle à graines blanches et celle à graines rouges. Dans un même carpelle, on rencontre quelquefois des semences jaunâtres, d'autres roses et d'autres enfin d'un rouge vineux.

Les résultats de l'analyse qui suit ont été fournis par l'examen des cotylédons, seule partie de la graine employée par les nègres africains. Ces graines ont pu être traitées à différents états : frais et sec (1).

Caféine, 2gr,348; théobromine, 0gr,023; tannin, 0gr,027;

(1) Elles avaient été fournies aux auteurs par MM. Golliard, négociants à Marseille, qui ont séjourné pendant de longues années sur la côte occidentale d'Afrique, et par M. Richard, pharmacien en chef de la marine à Saint-Louis (Sénégal), récemment décédé victime de son dévouement pendant l'épidémie de fièvre jaune qui vient de ravager le Sénégal.

corps gras, 0gr,585; tannin, 1gr,591; rouge de Kola, 1gr,290; glucose, 2gr,875; sels fixes, 0gr,070; amidon, 33gr,754; gomme, 3gr,040; matières colorantes, 2gr,561; matières protéiques, 6gr,761; cendres, 3gr,325; eau d'hydratation, 11gr,919; cellulose, 29gr,831. Total, 100 grammes.

Les quatre premières matières sont solubles dans le chloroforme, les quatres suivantes le sont dans l'alcool.

Cette analyse montre : 1° que les noix de Kola sont plus riches en caféine que les cafés les plus estimés et que cette base y est en totalité renfermée à l'état libre, non combinée, comme dans le café, à un acide organique; 2° qu'elles renferment une quantité très appréciable de théobromine, qui vient accroître les propriétés de la caféine et agit synergiquement avec ce principe actif; 3°, et c'est là un fait important, qu'elles contiennent une quantité notable de glucose, dont le cacao ne présente aucune trace; 4° que la quantité d'amidon y est triple de celle contenue dans les graines de *Theobroma*, ce qui explique sa valeur nutritive; 5° que la matière grasse y est peu abondante, contrairement à ce que l'on a constaté dans le cacao; 6° qu'il y existe un tannin spécial, qui se rapproche de l'acide cafétannique, et une matière colorante rouge (*rouge de Kola*) très voisine de celle dénommée par Payen *rouge de Cacao*. L'examen physiologique a montré aux auteurs que cette substance agit uniquement par la caféine et la théobromine qu'elle renferme.

Ce produit, déjà employé en Afrique contre les affections de l'intestin, du foie, et contre l'atonie des voies digestives, comme masticatoire tonique semblable à la noix d'Arec, si appréciée par les Indiens, pourrait occuper, en matière médicale, un rang distingué à côté de la Coca et des autres antidéperditifs, sur lesquels il a la supériorité de renfermer une quantité notable de tannin, qui lui donne des propriétés astringentes précieuses.

Sur la richesse en hémoglobine du sang des animaux (soroche, puna, bies) vivant sur les hauts lieux. Note de M. *P. Bert*. — On connaît le *mal des montagnes*. Tout le monde sait que les sujets qui habitent les hauts lieux éprouvent divers accidents attribués par M. Jordanet et par M. P. Bert à la diminution de la quantité d'oxygène contenu dans le sang. Mais il finit par s'acclimater plus ou moins et les descendants ne sont plus sujets au même mal :

A quoi peut tenir, dit l'auteur, cette acclimatation? Parmi les hypothèses que j'ai examinées jadis (voy. mon livre sur la *Pression barométrique*), il en est une qui peut être facilement contrôlée par l'expérience. Elle consiste à supposer que l'hémoglobine a augmenté en quantité dans le sang, en telle sorte qu'à la grande hauteur où vivent ces animaux ils pourraient avoir dans leur sang la même quantité d'oxygène que ceux des régions basses, et braveraient ainsi l'*anoxyhémie*. La richesse en oxygène de la combinaison oxyhémoglobique resterait moindre, mais la quantité d'hémoglobine compenserait le déficit. D'un autre côté, M. Joly a vu que du sang pourri, agité au contact de l'air, absorbe exactement la même quantité d'oxygène (à conditions égales de température et de pression) que lorsqu'il était frais et vivant. En d'autres termes, l'hémoglobine n'est point atteinte par la putréfaction. J'ai pu alors demander aux voyageurs qui visitaient les hauts lieux de m'envoyer du sang d'animaux tués dans ces régions. Aucun n'avait répondu à cet appel, qui date de plusieurs années; mais, récemment, un de nos compatriotes établi à la Paz (3700 mètres d'altitude), ville où les malaises du *saroche* atteignent tous les voyageurs, M. Eugène Guinault m'a envoyé une série d'échantillons de sang d'animaux vivant à quelques centaines de mètres au-dessus de la Paz.

Ces sangs ont été agités au contact de l'air, à la température de 15 degrés, et voici, ramenée à 0 degré et à la pression de 0m,76, la quantité d'oxygène que 100 centimètres cubes de chacun d'eux a pu absorber : Vigogne, 19cc,3; vigogne, 19cc,0; lama mâle, 21cc,6; alpaca, 17cc,0; cerf, 21cc,4; viscache, 16cc,2; mouton, 17cc,0; porc, 21cc,6.

Or, les analyses de sang faites en France et à l'étranger, et les analyses très nombreuses que j'ai faites moi-même, ont montré que la quantité maximum d'oxygène absorbable par le sang des mammifères herbivores de nos pays est de 10 à 12 centimètres cubes pour 100 centimètres cubes de sang.

L'hypothèse est donc vérifiée. Le sang des animaux originaires des hauts lieux, et même celui des animaux acclimatés présentent une capacité d'absorption pour l'oxygène bien supérieure à celle du sang des animaux vivant au niveau de la mer.

Sur la digestion pancréatique. Note de M. *Duclaux*.

Le caractère alcalin du suc pancréatique et du liquide de macération du pancréas, et leur composition chimique, sont sans doute pour quelque chose dans leur facile altérabilité, mais il y a une autre cause très active : c'est que les germes de ferments y sont présents dès l'origine, même dans le suc naturel provenant d'une opération bien réussie de fistule pancréatique. J'ai reconnu en effet que les conduits pancréatiques renferment, jusqu'à 0m,002 et 0m,003 de leur orifice intestinal, des ferments tout développés, reconnaissables au microscope, et, plus loin, jusqu'à 0m,01 au moins chez le chien, des ferments ou des germes plus difficiles à apercevoir, mais qu'on peut déceler au moyen d'un ensemencement dans un liquide convenable du contenu du canal, ou même de sa paroi.

Parmi les êtres qui apparaissent le plus fréquemment dans ces conditions, je citerai un microbe en chapelet de grains très ténus, et un bâtonnet raide, court et dodu, ayant la forme d'un boudin, et reconnaissable à ses contours nets et réfringents. Ces deux microbes sont de très actifs ferments des matières albuminoïdes et se développent avec une grande rapidité, soit dans le suc des fistules, qui en apporte presque toujours avec lui, soit dans la macération du pancréas.

Pour éviter leur intervention sans recourir à une filtration impossible, je n'ai rien trouvé de mieux que de mettre au contact de la substance à digérer le tissu du pancréas lui-même, qu'on va chercher par une opération rapide sur un animal en digestion, et dont on découpe, à l'aide de ciseaux flambés, un fragment qu'on introduit aussitôt dans un matras renfermant déjà la matière stérilisée sur laquelle on veut le faire agir. Il se fait là une macération véritable, et, si l'opération est bien faite, la pureté du liquide reste absolue.

Un petit fragment de pancréas introduit ainsi dans de l'empois d'amidon le liquéfie et fait disparaître les globules d'amidon..... Tout le reste est dissous (hors la tunique extérieure, qui est de la cellulose) et le pancréas fait ainsi ce que nous avons vu (dans une autre communication) que le suc gastrique n'avait pu faire. Il n'est que juste d'ajouter que cette action digestive du pancréas sur l'amidon avait été déjà vue dans ses traits généraux par Cl. Bernard. Elle est, en effet, trop prompte pour que les ferments y puissent jouer un rôle.

Celle qui s'exerce sur les matières albuminoïdes est restée jusqu'ici beaucoup plus confuse. En introduisant, comme nous l'avons dit plus haut, 0gr,001 à 0gr,002 de tissu du pancréas dans 10 centimètres cubes de lait, on voit le liquide se décolorer en quelques heures, au bout desquelles il ne précipite plus par les acides, ni par le ferrocyanure de potassium acidulé, ni par l'acide nitrique. C'est donc le pancréas qui est l'agent de la digestion du lait, et l'efficacité incontestable du lait dans le traitement de certaines maladies de l'estomac tient peut-être à ce que cet organe n'a rien à faire avec la digestion de ce liquide.

Avec la viande crue, dans les mêmes conditions que plus haut, on assiste à une véritable dislocation de la fibre musculaire, surtout vers ses extrémités, sur les points où elle n'est plus protégée par le sarcolemme..... Le suc gastrique tronçonne la fibre en large, et le suc pancréatique en long.

L'action ne se borne pas à cette dislocation longitudinale. La viande crue se transforme peu à peu en pulpe alimentaire qui ressemble en ceci à celle que fournit le suc gastrique : c'est qu'il n'y a jamais dissolution complète..... Ce qui est important, c'est que le suc pancréatique n'est pas plus capable que le suc gastrique de digérer indifféremment les diverses matières albuminoïdes.

Dans ces matras où nous venons de les voir provoquer la transformation de certaines matières albuminoïdes en peptones, les fragments de pancréas restent intacts, et on les retrouve au bout d'un an de séjour à l'étuve avec leurs formes et leurs dimensions originelles. Contrairement à ce que l'on a annoncé, le pancréas ne se digère donc pas lui-même.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 28 MARS 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

Le Président et le Secrétaire général de la Société d'agriculture de Melun sollicitent de l'Académie la désignation de délégués chargés, avec les autres délégués de cette région agricole, de discuter et d'arrêter les bases d'un programme d'expériences sur la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes, suivant un projet approuvé par MM. Pasteur et Bouley.

M. le docteur *Allaire* envoie son *Rapport sur le service médical du 1er avril 1881 au 31 mars 1882 à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.* (*Commission des eaux minérales.*)

M. le docteur *Bernard* adresse un *Rapport sur les revaccinations qu'il a pratiquées en 1881 au 16e régiment d'artillerie.* (*Commission de vaccine.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *G. Eustache* (de Lille), une observation imprimée d'*Ovariotomie compliquée chez une naine;* 2° de la part de M. le docteur *Jablonski*, un *Rapport sur la constitution médicale et les épidémies de l'arrondissement de Poitiers en 1880-81 ;* 3° au nom de M. le docteur *Ralfe* (de Londres) un volume intitulé : *On the morbid conditions of the urine upon derangements of digestion.*

M. *Dujardin-Beaumetz* présente le premier fascicule de son *Dictionnaire de thérapeutique.*

Élection. — Par 58 voix sur 73 votants, M. *Bucquoy* est élu membre titulaire dans la section de pathologie médicale; M. Siredey obtient 10 voix; M. Ball, 3 voix; M. Cadet de Gassicourt, 1 et M. Lecorché, 1.

Pouvoir digestif des microzymas des glandes stomacales. — Rien qu'à ce titre on a deviné l'auteur de la communication dont l'Académie a tout d'abord entendu un résumé. M. *Béchamp* (de Lille) soutient, pour cette fois, à la suite de nombreuses expériences, que les microzymas gastriques n'agissant pas sur les matières albuminoïdes dans un milieu neutre et la pepsine agissant de même, on doit considérer celle-ci comme produite par ceux-là. Cette propriété des microzymas gastriques les distingue de ceux du pancréas, qui n'ont d'action que dans des milieux neutres et alcalins, bien qu'ils opèrent la digestion de la fibrine dans un milieu légèrement acide, et que leur activité soit perdue dans un liquide plus acide que le suc gastrique. D'autre part, ce qui distingue surtout les microzymas pancréatiques, c'est la production de composés de dédoublement cristallisables (leucine, tyrosine, etc.), qui n'accompagnent jamais les digestions par les microzymas ou le suc gastrique. Et puisque sous l'influence de l'acide chlorhydrique à la température physiologique la muqueuse stomacale disparaît, sauf les microzymas et les noyaux granuleux des cellules glandulaires, c'est que l'estomac se digère. Mais, si la muqueuse ne s'use pas, c'est qu'au fur et à mesure que les glandes fonctionnent, les cellules glandulaires deviennent turgides; il y a organisation, multiplication des microzymas, formation de nouvelles cellules, remplaçant celles qui disparaissent par usure et si la glande ne se dissout pas, c'est que la production est supérieure à la consommation.

M. *A. Gautier* rappelle aussitôt que dans un travail qu'il a publié sur les parties insolubles du suc gastrique obtenues en filtrant ce suc à travers de la porcelaine, il a montré que les produits insolubles ainsi obtenus, lavés au bout de quelques jours, donnent un liquide qui se conduit comme la pepsine, transforme les albuminoïdes en peptone. Il y a donc dans le suc gastrique une matière insoluble, très active, qui se transforme spontanément en pepsine soluble. Toutefois il ne croit pas que la partie insoluble soit la partie essentiellement active du suc gastrique.

M. *Béchamp* maintient ses conclusions et déclare qu'elles sont la conséquence et la confirmation de ses premiers travaux datant de plus de vingt années et constamment continués depuis.

Chloroforme et chloroformisation. — Dans cette longue discussion qui ne paraît pas encore près de finir, la parole devait revenir à la physiologie. Aussi M. *Vulpian* vient-il exposer les résultats des expériences pratiquées depuis longtemps dans son laboratoire sur les accidents produits par le chloroforme chez les animaux, expériences qui paraissent démontrer que les animaux, comme l'homme, soumis à l'inhalation de cet anesthésique sont dans un état de danger imminent plus ou moins marqué. Ces accidents se produisent : soit au début de la chloroformisation, dès les premières inspirations, soit pendant la chloroformisation soit pendant l'opération ou même après l'opération, au bout de quelques heures ou de quelques jours ; c'est des accidents produits par les trois premières circonstances que M. Vulpian entretient uniquement l'Académie :

1° Il est certain que chez les animaux, comme chez l'homme, on observe dès le début de la chloroformisation, des accidents mortels par arrêt brusque, momentané ou définitif, de l'acte respiratoire; l'expérimentation physiologique explique très simplement les cas de mort qui se produisent ainsi : chez les animaux à l'état sain, lorsqu'on excite le bout céphalique des nerfs laryngés supérieurs, on produit un arrêt de la respiration qui peut être suivi de mort; le même effet se produit lorsque l'on excite tout autre des nerfs qui animent les parties supérieures des voies respiratoires à l'aide d'un pinceau imbibé de chloroforme, par exemple. La même chose se produit chez l'homme; il est probable que c'est l'excitation produite par les vapeurs du chloroforme sur la muqueuse des voies respiratoires supérieures qui détermine l'arrêt brusque de la respiration que l'on observe sur quelques malades. Cet arrêt est le plus souvent momentané, et tout rentre bientôt dans l'ordre; mais il peut être persistant, et le malade meurt.

2° Relativement aux accidents qui peuvent survenir pendant la chloroformisation, accidents qu'on a souvent l'occasion d'observer chez les animaux, il faut tout d'abord établir une grande différence entre l'éther et le cloroforme ; les dangers sont bien moins grands avec le premier, au moins chez les animaux; l'éther est l'anesthésique le plus maniable, le moins violent dans ses effets; lorsqu'il détermine des accidents, ceux-ci se produisent moins vite; le chloroforme, au contraire, est bien moins maniable, il détermine des accidents bien plus inopinés, en même temps que bien plus fréquents et il est rare que l'on n'ait pas une ou plusieurs alertes, lorsqu'on chloroformise un chien. Les accidents, lorsqu'ils se produisent dans ce cas, surviennent de deux manières distinctes : par arrêt du cœur, c'est la syncope cardiaque; ou par arrêt de la respiration, c'est la syncope respiratoire ; l'animal, dans ce dernier cas, cesse de respirer alors que le cœur continue à battre. On peut établir ainsi qu'il suit le mécanisme de ces accidents chez un animal que l'on chloroformise ou qui est chloralisé, car les deux agents ont une action analogue : le chloroforme ou le chloral n'envahit pas successivement les divers organes de l'économie; il agit immédiatement sur tous les tissus, sur la moelle comme sur le cerveau, sur la protubérance, sur le centre respiratoire, seulement, le centre respiratoire présente une résistance extraordinaire à l'action du chloroforme, si bien qu'il surnage au naufrage de tout le système nerveux; il continue à fonctionner, alors que tout paraît mort autour de lui; mais ce n'est pas à dire pour cela que le centre respiratoire puisse ne pas être touché; il n'est nullement intact, lui aussi est en partie paralysé.

Qu'on mette à nu, par exemple, le pneumogastrique sur un animal chloroformisé ou chloralisé, et qu'on le coupe en travers, l'animal continuera à respirer. Or, on connaît depuis longtemps les effets de l'excitation des extrémités nerveuses sur un animal sain : par l'excitation du bout central du pneumogastrique, on sait qu'on produit un arrêt brusque, immédiat de la respiration, analogue à celui que tout le monde éprouve en se mettant sous une douche froide, arrêt qui dure peu, une demi-minute, une minute au plus, puis tout rentre dans l'ordre; la respiration reprend, même si l'excitation qui se fait habituellement à l'aide de l'électricité, est continuée,

et pour reproduire cet arrêt respiratoire il faut laisser reposer quelque temps l'animal. Mais l'effet est tout autre chez un animal chloroformisé; l'excitation du pneumogastrique arrête, il est vrai, la respiration, et même plus facilement, mais de plus cet arrêt est permanent; dans le plus grand nombre des cas du moins, la fonction ne se rétablit plus et l'animal meurt. Cette expérience suffit à démontrer que si le bulbe n'est pas paralysé complètement comme les autres parties des centres nerveux, il est du moins touché, il n'est plus normal.

Si maintenant on fait l'expérience sur le bout périphérique du même nerf, on observe alors les phénomènes suivants : lorsqu'il s'agit d'un animal non anesthésié, l'excitation produit l'arrêt du cœur, qui devient flasque, comme mort; mais cet arrêt n'est que momentané, et même dans le cas où l'excitation est continuée, l'organe reprend ses fonctions comme auparavant; il suffit d'interrompre l'excitation pendant quelque temps, pour que le nerf redevienne capable d'arrêter les battements du cœur. Il n'en est plus de même avec un animal chloroformisé : dans ce cas, l'expérience précédente arrête plus facilement les battements du cœur. Mais, par contre, ceux-ci ne se produisent plus; l'animal est tué.

Par conséquent, non seulement l'anesthésique agit sur les cellules des centres respiratoires, mais il agit aussi sur les cellules des ganglions sympathiques, moteurs du cœur, et ces ganglions, ainsi impressionnés, ne sont plus capables de reprendre leurs fonctions alors qu'elles ont été abolies par le fait d'une excitation électrique ou autre. Ces expériences suffisent à expliquer la mort par le chloroforme. Qu'arrive-t-il en effet dans les cas malheureux? L'animal, dont tous les organes sont sous l'influence de cet agent, continue à respirer, son cœur continue à battre; mais qu'une trop forte dose soit administrée, ou encore, qu'une excitation se produise sur les nerfs pneumogastriques (le chloroforme peut être lui-même l'agent de cette excitation), une syncope respiratoire ou cardiaque se produit, l'animal meurt. Ces accidents ne se produisent pas avec la même facilité sur tous les animaux; les chiens dits sensibles, les chiens de chasse, les jeunes chiens, les chiennes, supportent très mal le chloroforme, et les physiologistes qui connaissent le fait évitent autant que possible d'anesthésier ces animaux.

3° Les accidents se produisent alors que la chloroformisation est complète; au moment, par exemple, où l'animal est profondément endormi, si une incision est pratiquée, on voit immédiatement sa respiration s'arrêter et rester suspendue pendant un temps plus ou moins long. Sur un chien engourdi par l'anesthésie, M. Vulpian électrisa récemment le bout central du sciatique coupé; immédiatement la respiration cessa. Ce qui démontre, pour le dire en passant, que, pendant la chloroformisation, les fonctions de la moelle ne sont pas suspendues, puisque l'électrisation du bout central du nerf sciatique a été transmise par la moelle au bulbe et a produit l'arrêt de la respiration. L'accident se produit par suite de l'excitation de la moelle transmise au bulbe rachidien et déterminant la syncope respiratoire, grâce à une sorte d'épuisement nerveux qui achève la paralysie du bulbe, commencée par le chloroforme. Cette syncope respiratoire ou cardiaque a, pour les animaux, les conséquences les plus graves; c'est à peine si l'on parvient à sauver, malgré l'énergie des moyens employés, et, en particulier par la faradisation généralisée, un animal sur quarante, dans la syncope cardiaque. Quant à la syncope respiratoire, beaucoup plus fréquente, elle est infiniment moins grave; lorsque l'on voit que l'animal cesse de respirer, on peut, au moyen de la respiration artificielle, parvenir à ranimer la fonction éteinte; on voit celle-ci se rétablir au bout de trois ou quatre minutes; mais il est quelquefois nécessaire de pratiquer la respiration artificielle pendant vingt minutes et même davantage, avant de voir se manifester le moindre mouvement indiquant le retour de la respiration. Ce qui ressort de ces expériences, c'est que, dans les cas de syncope respiratoire, il faut chercher par tous les moyens à obtenir le rétablissement de la fonction, et que, dans certains cas, il ne faut même pas hésiter devant l'ouverture de la trachée, la respiration artificielle employée avec persévérance étant le moyen le plus souvent efficace d'empêcher la mort.

En résumé, dit M. Vulpian, les chirurgiens ne doivent pas perdre de vue que la chloroformisation n'est jamais exempte de danger, qu'elle place toujours les malades sous l'imminence d'une syncope respiratoire ou cardiaque, bien qu'on les entoure de précautions infiniment plus grandes que celles qu'emploient les expérimentateurs dans leurs laboratoires; c'est donc avec raison que M. Gosselin a cherché à appeler l'attention sur les moyens qui lui ont paru les meilleurs afin de prévenir de pareils accidents.

Pour M. *Jules Guérin* la discussion pourrait être considérée comme épuisée s'il ne s'agissait que de connaître l'opinion des représentants les plus autorisés de la chirurgie actuelle; mais l'Académie doit-elle considérer qu'il n'y ait rien de plus à dire? « Toutes les communications qu'elle a entendues n'ont ajouté, dit-il, qu'une suite d'exposés de pratique individuelles et j'ai cru voir dans cet individualisme un témoignage de l'absence de tout principe. »

Lors de la discussion de 1848, on ne voulait pas reconnaître que les morts par le chloroforme fussent des résultats de l'action toxique de cet agent; on prétendait n'y voir que des effets de l'asphyxie et il a fallu la discussion de 1857 pour mettre fin à cette erreur. Ce qui se passe aujourd'hui à l'égard des cas de mort causés par le chloroforme mal administré reproduit sous une autre forme les méprises de 1848. Au lieu de voir que les accidents qui se répètent sont bien le résultat des modes d'administration en usage, on se fait illusion, on les met sur le compte d'une foule de particularités, d'idiosyncrasies, d'âge, de sexe, de constitution, de maladies anciennes, etc. Cependant M. Jules Guérin s'associe à la déclaration de MM. Sédillot et Gosselin, et il s'efforce d'apporter à l'appui de nouvelles observations et de nouveaux moyens. C'est l'action normale, générale, mais multiforme, de l'agent toxique, qu'il faut bien connaître; cette pierre de touche ne peut être fournie que par l'expérimentation préalable sur les animaux. M. Guérin rappelle à cette occasion les expériences qu'il a faites avec MM. Lebert, Tholozan et Marcel, et qu'il a communiquées dans les précédentes discussions de 1848 et de 1857; ces expériences lui paraissent être comme un spécimen de formule comparative des accidents causés par le chloroforme chez les animaux et chez l'homme. Si l'on rapproche des formes déjà connues d'intoxication chloroformique chez les animaux les diverses formes de cette même intoxication chez l'homme, on y trouve : la sidération, la forme syncopale, le spasme trachéal, l'empoisonnement lent ou tardif; et, dans les deux ordres de faits, cette circonstance capitale de l'action du chloroforme, d'autant plus dangereuse et d'autant plus rapide, qu'elle s'exerce plus immédiatement par un liquide en nature, non divisé par l'air, non vaporisé. Pour réaliser complètement la formule de l'administration de l'agent anesthésique, il faudrait instituer un grand nombre d'expériences nouvelles propres à faire voir toutes les variétés de l'intoxication : par les centres nerveux, par les nerfs, par les organes respiratoires, par les voies circulatoires, etc. Mais provisoirement, dans l'état actuel de la science, on peut classer de la manière suivante les données qui doivent servir de base à la véritable technique de la chloroformisation : 1° la dose; il faut la réduire au minimum; la limite entre la quantité nocive et la quantité inoffensive est toute relative; quand on parle de dose maniable, on exprime une contre-vérité; c'est dose non maniable qu'il faudrait dire; 2° la dilution du chloroforme; les éponges, les compresses ne sont pas seulement dangereuses parce qu'elles font obstacle à l'entrée de l'air dans les poumons, mais parce qu'elles favorisent l'inhalation directe du toxique non divisé; 3° nécessité du mé-

lange constant du chloroforme avec l'air, mélange préalable que réalise le cornet de la marine, par exemple; 4° ne pas pousser trop loin les inhalations, c'est-à-dire ne pas braver les résistances passives ou actives du malade; 5° l'intermittence des respirations; 6° ne pas confondre l'insensibilité inconsciente avec l'insensibilité réfléchie; « il est bon que le sujet demeure sensible inconscient ».

M. Jules Guérin met ensuite sous les yeux de ses collègues un appareil déjà décrit dans le *Bulletin de l'Académie* (1857, p. 921), et qui permet de « doser le chloroforme, de le diviser, de l'appliquer à toutes les distances, de le mêler incessamment à la quantité nécessaire d'air respirable, qui chasse l'air expiré; enfin il permet de modérer, d'accroître, de diminuer ou de suspendre complètement son action; en un mot, de pratiquer instantanément l'intermittence des inhalations si utilement recommandée par M. Gosselin ».

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 24 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Pneumothorax d'origine douteuse : M. Vallin. — Du tympanisme sous-claviculaire dans la pleurésie : M. Woillez. — Dermatite exfoliatrice généralisée : M. Vidal.

M. *Vallin* présente à la Société un jeune sous-officier de cavalerie, âgé de vingt-deux ans, qui est atteint d'un pneumothorax dont l'origine n'a pu jusqu'ici être déterminée d'une façon certaine. Ce jeune homme, d'une excellente constitution, d'une parfaite santé antérieure, éprouva, il y a quinze jours, au réveil, un léger malaise pour lequel il alla consulter le médecin de son régiment; celui-ci reconnut, après l'avoir examiné, l'existence d'un pneumothorax et l'envoya au Val-de-Grâce. On constatait, lors de son entrée, tous les signes sthétoscopiques d'un pneumothorax simple, sans épanchement, du côté droit; il n'y avait pas de dyspnée, très peu de toux et le malade était très surpris qu'on eût jugé son séjour à l'hôpital nécessaire. Le poumon gauche paraissant normal, on pouvait se demander, en l'absence de tout antécédent diathésique, si le pneumothorax ne dépendait pas de la rupture d'une vésicule pulmonaire pendant un effort violent; mais, depuis plusieurs jours, le malade ne s'était livré à aucun exercice pénible et l'étiologie restait très douteuse. Cependant, en l'examinant avec plus de soin on constatait une légère rudesse de la respiration au sommet gauche et de plus, au niveau de l'épididyme du même côté, un petit noyau induré de la grosseur d'un haricot, reliquat, au dire du malade, d'une orchite traumatique occasionnée, quelques semaines auparavant, par une contusion contre le pommeau de la selle; cette inflammation ne s'était pas résolue franchement et présentait de temps à autre des poussées douloureuses. L'état général et local ne s'est pas modifié depuis lors, et le malade, qui ne souffre nullement, désire reprendre son service. M. Vallin pense que les signes légers fournis par l'auscultation du poumon gauche et l'induration épididymaire permettent de penser que le pneumothorax résulte, dans ce cas, de la fonte caséeuse d'une granulation tuberculeuse de la plèvre viscérale.

— M. *Woillez*, à propos de la communication récente de M. Grancher sur *le tympanisme sous-claviculaire dans la pleurésie*, rappelle combien est difficile le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début. — Les vibrations vocales varient suivant la voix de l'individu, le tympanisme se rencontre dans des cas tout différents, aussi est-ce surtout au timbre de la respiration qu'il faut demander des renseignements. M. Grancher indique en effet comme un des signes de la tuberculose commençante, dans le sommet du côté de la pleurésie, les modifications de la respiration décrites par M. Woillez sous le nom de *respirations anormales;* mais on rencontre ces anomalies du bruit respiratoire (rudesse, faiblesse, timbre soufflant, ronflant, etc.), non seulement lors de tuberculose au début, mais aussi lors du refoulement du poumon par une tumeur, un anévrysme aortique, lors de compression simple par un épanchement pleural, et encore lors de congestion pulmonaire, quelle qu'en soit la nature, ou d'emphysème localisé au sommet du viscère. La dilatation bronchique, limitée au lobe supérieur, peut aussi en imposer et faire croire à une tuberculose confirmée; dans tous ces cas, c'est surtout la marche de l'affection et l'état général du malade qui permettront de reconnaître la nature de la lésion, que les seuls signes sthétoscopiques ne peuvent déterminer d'une façon certaine. — Quant à l'activité respiratoire compensatrice, à la *suppléance* admise par M. Grancher dans les parties du poumon surnageant à l'épanchement et dans le poumon du côté opposé, M. Woillez ne peut partager cette opinion qui semble accorder au poumon un rôle actif qu'il ne peut posséder. La respiration puérile, dite de *suppléance*, dépend uniquement de la compression du parenchyme pulmonaire par l'épanchement, compression qui s'exerce même du côté opposé par le refoulement du médiastin; si l'épanchement, et par suite la compression, augmentent, la respiration changera de timbre et deviendra faible. Enfin, M. Woillez pense que la pleurésie tuberculeuse, en tant que pleurésie avec épanchement, est bien plus rare que ne semble l'admettre M. Grancher; il a constaté, sur un nombre considérable de cas, que la pleurésie simple est incontestablement la plus fréquente.

M. *Grancher* fait remarquer que tous les cliniciens sont d'accord pour reconnaître les difficultés du diagnostic de la tuberculose au début et qu'il n'a jamais eu la pensée d'émettre une opinion contraire, puisqu'il s'est efforcé de chercher un ensemble de signes qui permette de la reconnaître plus facilement derrière l'épanchement pleurétique. Quant à la *respiration supplémentaire*, il a laissé de côté la théorie de sa production. Que le poumon soit actif ou passit dans ce cas, il faut néanmoins admettre qu'il est traversé par une quantité de sang et d'air plus considérable; on en trouve la preuve dans l'emphysème qui se produit au niveau des parties du poumon qui ont été le siège de la respiration puérile. — M. Grancher croit qu'on ne peut encore se prononcer sur la fréquence relative de la pleurésie simple et de la pleurésie tuberculeuse. On constate parfois, à l'autopsie, des lésions tuberculeuses limitées à la plèvre pariétale et qui ont été l'origine d'épanchements pleurétiques; si l'on y joint les cas de tuberculose pulmonaire diagnostiquée ou méconnue pendant la pleurésie, et aussi les cas, plus nombreux qu'on ne pense, où les tubercules, après la disparition de l'épanchement, ont évolué vers la transformation fibreuse et la guérison, on reconnaît qu'il est impossible d'évaluer la proportion des pleurésies diathésiques de nature tuberculeuse.

M. *Woillez* est tout disposé à se ranger de cet avis, mais il ne peut admettre qu'il pénètre plus d'air dans le poumon lorsque le parenchyme est comprimé; c'est à la congestion et au tassement qu'est due la respiration dite supplémentaire.

— M. *Vidal* présente à la Société des préparations histologiques relatives à un cas de *dermatite exfoliatrice généralisée*. On sait que cette affection est constituée par une exfoliation épidermique très rapide; à tel point qu'on trouve chaque matin dans le lit des malades environ un demi-litre de squames détachées pendant la nuit. M. Vidal avait publié un cas semblable il y a deux ans; il en a observé trois autres depuis cette époque. Le microscope montre l'épiderme épaissi, soulevé et formé de plusieurs lamelles superposées la partie la plus profonde de la couche cornée se continue sans ligne de démarcation appréciable avec la couche mu-

queuse; on constate la disparition du *stratum lucidum* et du *stratum granulosum*. On voit également une inflammation superficielle du derme : les vaisseaux intra-papillaires, ainsi que ceux du réseau sous-papillaire, sont dilatés et l'on constate une prolifération de leucocytes; plus profondément on ne retrouve aucune lésion. Cette description est identique à celle que Forster a donnée dès 1879 de cette curieuse affection.

— A cinq heures la Société se constitue en comité secret. La séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 22 MARS 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Opération du phimosis. — Accidents imputables au chloroforme. — Abcès rétro-pharyngien. — Tumeurs congénitales de la face.

M. *Trélat*. Beaucoup de chirurgiens ne pratiquent plus l'opération du phimosis, et s'en tiennent à la dilatation. Cette dernière méthode est parfois impuissante. M. Trélat a vu un homme de cinquante-six ans qui avait subi deux fois la dilatation et avait gardé un phimosis cicatriciel très serré, il fallait l'opérer. M. Trélat a observé un petit garçon qui avait subi la dilatation et qu'on dut opérer plus tard avec l'instrument tranchant. M. Trélat pratique toujours l'opération du phimosis d'une manière complète, qu'il y ait phimosis plus ou moins développé, parce qu'une opération incomplète doit presque toujours être complétée plus tard. Il résèque avec une pince et des ciseaux très peu de peau et toute la muqueuse jusqu'à 12 millimètres de la couronne du gland, et applique des serres-fines.

— M. *Polaillon* lit un rapport sur les accidents imputables au chloroforme : Un cas de mort subite pendant la chloroformisation, par M. Martel (de Saint-Malo).

Le sujet de l'observation avait été opéré dans son enfance d'un bec-de-lièvre; il avait gardé une gueule-de-loup. Il se développa un abcès dans un ancien sac herniaire vide, et pour l'ouvrir, M. Martel administra le chloroforme. Le malade était alcoolique; les battements du cœur étaient normaux, l'appétit était bon; pas de fièvre. Le chloroforme fut donné avec le godet de toile imaginé par Michon. La malformation du gosier fit qu'on donna le chloroforme avec une extrême prudence.

La période d'excitation fut très courte, et bientôt survinrent le sommeil profond et l'insensibilité; 4 à 6 grammes de chloroforme avaient été employés. On retira la compresse. Le pouls et la respiration étaient bons. A peine la peau était-elle incisée que le pouls faiblit et que la respiration se ralentit. La langue n'était pas refoulée en arrière. Puis le pouls s'arrête et la respiration aussi; avec le tube de Chaussier et la respiration artificielle on obtient quelques respirations; frictions sur le corps; inversion complète. Le malade était mort.

A l'autopsie on constata un léger épaississement des valvules du cœur; dans l'abdomen, un peu de péritonite localisée récente; dans la plèvre, pleurésie pseudo-membraneuse assez avancée. Le chloroforme fut analysé à l'hôpital de la Pitié par M. Chassaing; il était pur, sauf une légère quantité d'alcool ordinaire.

La cause de la mort ne réside ni dans le chloroforme, ni dans la manière de l'administrer. La malformation du palais prédisposait aux accidents, mais on avait redoublé de prudence. La péritonite partielle et la pleurésie avec fausses membranes paraissent devoir être incriminées. L'alcoolisme avait déprimé le système nerveux.

M. *Berger*. Le malade est mort par syncope parce que le pouls s'est arrêté tout d'abord; ce n'est point une syncope laryngo-réflexe. Les altérations de la plèvre ne peuvent pas être incriminées non plus. L'anesthésie a été obtenue rapidement puisqu'il n'a fallu que vingt inspirations; la période d'excitation a eu une durée insensible. L'administration lente du chloroforme est essentielle; le principe des intermissions est indispensable.

M. *Desprès*. Le chloroforme ne tue les malades que quand les malades présentent des conditions de santé qui les mettent en danger. La véritable cause de la mort, ce sont les adhérences pleurales.

M. *Terrier*. Il faut féliciter M. Martel d'avoir publié cette observation. M. Terrier n'a jamais vu endormir un individu avec 20 inhalations et 6 grammes de chloroforme; l'individu n'est pas endormi. Quand le chirurgien a coupé la peau, il y a eu phénomène réflexe et syncope par choc traumatique. M. Terrier a endormi un malade qui venait d'avoir une pleurésie; il y eut des signes d'asphyxie, mais pas de syncope.

M. *Perrin*. M. Berger n'est pas d'avis de mettre une éponge ou de la charpie dans un cornet, parce qu'on fait ainsi respirer une grande quantité de chloroforme à la fois. Mais au point de vue de la physique, on ne comprend pas qu'il y ait plus d'évaporation par la charpie que par la simple compresse; l'évaporation dépend de la température de l'air de la chambre.

M. *Desprès* a vu dans le service de Manec un exemple de mort par asphyxie; il s'agissait de la réduction d'une luxation de l'épaule. A l'autopsie, les deux poumons étaient congestionnés et il y avait une fracture du côté; ici, la lésion était la cause de la mort. Quand un malade a l'habitude de la boisson, on peut donner le chloroforme sans crainte et sans danger.

M. *Trélat*. C'est un mode de mort fréquent dans la chloroformisation que la mort par réflexe agissant sur le cœur; c'est ce qui est arrivé chez le malade de M. Martel. De même dans le cas de Manec : la mort arriva au moment des tractions sur le bras. De même, chez les chiens chloroformisés vous pincez un pneumogastrique et l'animal meurt.

M. *Polaillon* se rallie à l'opinion de MM. Terrier et Trélat sur la cause de la mort.

— M. *Trélat* a vu ce matin dans le service de M. Potain un malade qui avait une maladie de cœur et un abcès du côté du cou. Il s'agissait d'un homme de quarante-six ans, qui avait la respiration courte, et sur le côté gauche du cou une déformation allongée sans rougeur ni extrême tension, sans saillie ni bosselure; l'artère carotide était soulevée par la tumeur. Cette tumeur était un abcès. La partie gauche du pharynx était poussée en avant et le doigt y signalait de la fluctuation. On dit que les abcès rétro-pharyngiens sont fluctuants et qu'il faut avec le doigt chercher une sorte de ballottement. Le mieux est d'introduire les deux index dans la bouche et de chercher la fluctuation comme on le ferait ailleurs. Il s'agissait donc d'un vaste abcès rétro-pharyngien. Etait-il ossifluent ou ganglionnaire? La marche était presque aiguë, puisque l'abcès s'était développé en moins d'un mois. Incision et issue d'un pus louable. Le débridement avait 3 centimètres; qu'allait devenir ce foyer qui se viderait incomplètement? M. Trélat prit un trocart à drainage assez gros, il put passer un tube à travers l'abcès et le faire sortir sur la paroi du cou.

— M. *Lannelongue* possède six ou sept observations de malformations de la face; ce sont des saillies tenant à la peau, et siégeant au-devant de l'oreille, sur la joue ou sur la lèvre; elles sont constituées par les éléments de la peau avec une lame fibro-cartilagineuse au centre. M. Lannelongue rattache ces tumeurs à l'évolution des arcs branchiaux.

M. *Magitot* et M. *Trélat* pensent qu'elles sont nées aux dépens du cartilage de Meckel.

L. Leroy.

Société de biologie.

Séance du 25 mars 1882. — Présidence de M. Grimaux.

Exhalation d'acide carbonique : M. Gréhant. — Anémie artérielle et congestion veineuse du cerveau : M. François-Franck. — Circulation veineuse rachidienne : M. François-Franck. — Présentation de pièces : M. Mégnin.

M. *Gréhant*. 1° Pour rechercher si la section d'un seul nerf pneumo-gastrique modifie la quantité d'acide carbonique exhalé par les poumons, M. Gréhant a d'abord fait circuler à travers les poumons d'un chien 50 litres d'air qui ont enlevé au sang en 7 m. 42 s. 2gr,55 d'acide carbonique; puis il fit la section d'un seul nerf pneumo-gastrique; une heure après cette opération, il a fait circuler dans les poumons 50 litres d'air qui ont reçu 2gr,65 d'acide carbonique : l'expérience a duré 8 m. 32 s.

Vingt-quatre heures après l'opération, le même volume d'air a entraîné 2gr,65 d'acide carbonique en 9 m. 22 s.; enfin quarante-huit heures après la section du nerf, 50 litres d'air ont reçu en 6 m. 52 s., 2gr,60 d'acide carbonique.

Quoique les durées de ces expériences soient un peu différentes, on peut conclure des nombres obtenus que la section d'un seul nerf pneumo-gastrique ne paraît nullement modifier l'exhalation de l'acide carbonique par les poumons Six mois après, on fit chez le même animal la section du second nerf pneumo-gastrique, on obtint dans les jours qui suivirent cette seconde opération les nombres 2gr,72, 2gr,74, 2gr,62 qui sont peu différents de ceux que la première expérience avait donnés; seulement l'air a mis 14 minutes au lieu de 8 pour circuler à travers les poumons, et c'est la seule différence qu'on ait pu constater.

2° Chez un chien du poids de 15 kil. 600 qui excrétait en 7 m. 35 s., 2gr,64 d'acide carbonique, M. Gréhant injecte sous la peau 0gr,31 de chlorhydrate de morphine ou 2 centigrammes par kilogramme. Une demi-heure après l'injection, 50 litres d'air ont enlevé aux poumons en 18 m. 15 s., 2gr,245 d'acide carbonique.

Non seulement la quantité de ce gaz exhalé a diminué malgré la différence des temps, mais si l'on cherche quel est le poids d'acide carbonique que l'animal, à l'état de veille, aurait exhalé en 18 m. 15 s. on trouve 6gr,356, c'est-à-dire presque le triple de la quantité trouvée.

Si l'on admet, ce qui paraît rationnel, que la quantité d'acide carbonique qui se forme dans tout l'organisme en un certain temps est égale à celle qui est exhalée par les poumons dans le même temps, l'activité de la production de l'acide carbonique pendant le sommeil provoqué par la morphine, à la dose employée, serait donc à peu près trois fois moindre que chez l'animal à l'état de veille. Cette conclusion ne peut être exacte qu'à une condition, c'est que l'acide carbonique ne s'accumule pas dans le sang et dans les tissus pendant le sommeil artificiel.

— M. *François-Franck* a observé dans certaines expériences sur les oscillations du liquide sous-arachnoïdien au niveau d'une trépanation crânienne, que le niveau s'élève malgré l'anémie artérielle du cerveau produite par l'arrêt du cœur.

En réalité, on observe toujours un premier affaissement du niveau du liquide au moment où le cœur suspend ses battements (excitation du bout périphérique du pneumogastrique); mais cette dépression initiale est en général de très courte durée et elle fait place à une augmentation croissante de la pression intra-crânienne qui dure longtemps après la reprise des battements du cœur.

En effet, quand le sang artériel est de nouveau projeté dans l'encéphale, la pression qu'il exerce vient s'ajouter à celle qui existe déjà, et il faut un temps notable pour que le contenu crânien reprenne son équilibre normal. Aussi ne voit-on que graduellement reparaître les pulsations et les oscillations respiratoires du liquide sous-arachnoïdien, la masse encéphalique restant anormalement tendue pendant plusieurs minutes.

A quoi peut tenir ce phénomène en apparence paradoxal du gonflement d'un organe privé de l'afflux du sang artériel?

Les conditions spéciales dans lesquelles se trouve placée la masse encéphalique qui est immergée dans un liquide communiquant avec la cavité rachidienne rendent difficile toute interprétation *a priori*. On peut en effet supposer que, conformément à la théorie courante des déplacements du liquide sous-arachnoïdien, le cerveau anémié s'affaissant entraîne l'accumulation de ce liquide dans la cavité crânienne et sa sortie du canal rachidien.

Mais il suffit de se rappeler que le cerveau est mis à nu au niveau d'une trépanation pour écarter cette hypothèse. En effet, il serait beaucoup plus facile au liquide communiquant avec l'extérieur de rentrer dans le crâne quand le cerveau tend à s'affaisser, qu'au liquide sous-arachnoïdien de remonter du canal rachidien pour remplir la place que laisse libre le sang artériel. De plus, les mêmes phénomènes ont été observés quand les animaux avaient subi une trépanation lombaire et perdu la plus grande partie de leur liquide céphalo-rachidien. Enfin, on retrouve cette même augmentation de la pression intra-crânienne quand on empêche toute remontée du liquide rachidien de s'opérer par la ligature de la moelle et de ses enveloppes à la région cervicale.

Ce ne peut donc être qu'une accumulation de sang veineux qui se produit comme pour compenser la tendance à l'affaissement du cerveau qui ne reçoit plus de sang artériel.

Cette hypothèse se trouve d'accord avec le fait de l'augmentation croissante de la tension veineuse des régions profondes à mesure qu'un arrêt diastolique du cœur se prolonge davantage : on sait, en effet, que les artères se vidant dans les veines; celles-ci, ne pouvant se déverser dans le cœur droit qui n'expulse pas son contenu, la pression veineuse augmente de proche en proche, à partir des réservoirs intrathoraciques. C'est l'état cadavérique de l'appareil circulatoire.

Or l'expérience montre que quand on observe cette tension croissante de l'encéphale pendant l'arrêt du cœur, c'est bien à l'accumulation du sang veineux qu'elle est due. (Pression simultanément observée à l'intérieur du crâne et dans le canal rachidien, dans le crâne et dans les sinus, etc.)

M. François-Franck pense que, indépendamment de l'effet compensateur produit par cette stase veineuse intra-crânienne pendant la syncope par arrêt du cœur, la même accumulation de sang noir peut intervenir efficacement pour provoquer, par son action sur les centres respiratoires, le premier mouvement inspiratoire qui marque le retour à la vie.

— M. *François-Franck* développe dans une seconde communication les résultats de ses recherches sur la subordination *directe* de la circulation veineuse intra-rachidienne aux mouvements respiratoires; il montre que, dans quelque segment du canal rachidien qu'on observe les plexus veineux, leurs alternatives de gonflement expiratoire et d'affaissement inspiratoire s'opèrent sans que l'intervention des déplacements du liquide céphalo-rachidien soit nécessaire pour les produire. C'est surtout sur l'expérience de la section de la moelle avec tamponnement de l'orifice supérieur de la plaie rachidienne qu'il s'appuie pour admettre cette indépendance des mouvements du sang veineux, par rapport à ceux du liquide sous-arachnoïdien. Dans ces conditions, en effet, quand on examine les grandes veines longitudinales anté-

rieures, couchées dans le fond de la plaie, après l'ablation d'un segment de moelle, on voit qu'elles s'affaissent pendant l'inspiration et deviennent plus volumineuses pendant l'expiration, si la respiration se fait par le procédé normal. Quand, au contraire, l'animal est soumis à l'insufflation trachéale, les rapports des alternatives d'affaissement et de turgescence veineuse avec les mouvements respiratoires sont nécessairement renversés. De plus, on constate, toujours en l'absence de mouvements communiqués par le liquide sous-arachnoïdien, qu'à chaque systole du cœur, un affaissement brusque des plexus rachidiens se produit : ce phénomène est le même que celui qui a été étudié dans les veines du cou et résulte comme lui de la rentrée brusque du sang veineux dans l'oreillette droite en diastole, au moment où l'évacuation des ventricules exagère l'aspiration normale du thorax.

Ce sont, en définitive, l'aspiration thoracique et ses variations inspiratoire et expiratoire qui règlent le cours du sang dans le rachis, tout comme dans les autres régions voisines de la cavité thoracique, et sans qu'il soit nécessaire d'invoquer, pour expliquer les déplacements du sang veineux, la poussée latérale du liquide sous-arachnoïdien.

La transmission de l'aspiration de la poitrine aux plexus rachidiens s'opère aisément au niveau du thorax par les trous de conjugaison qui font communiquer les veines rachidiennes avec le système azygos. Ces faits étaient déjà connus de Magendie. Plus haut, c'est à la fois par le système azygos du cou (veines vertébrales, soustraites à la pression atmosphérique) et par les plexus veineux eux-mêmes que se transmet l'aspiration de la poitrine. A la région lombaire, le sang rachidien refoulé au dehors de l'abdomen par l'abaissement du diaphragme, remonte dans les plexus de la région dorsale qui sont directement soumis à l'aspiration thoracique et passe en partie des veines vertébro-lombaires dans la portion inférieure des azygos.

Ces recherches serviront de point de départ à une étude spéciale des mouvements du liquide sous-arachnoïdien que M. François-Franck soumettra prochainement à la Société.

— M. *Mégnin* présente l'extrémité inférieure du poumon gauche d'une vache contenant de gros tubercules noueux, à parois fibreuses, épaisses, sortes de kystes remplis d'une matière purulente couleur lie de vin, au milieu de laquelle se trouvent plusieurs douves (*Distomum hepaticum*).

C'est la deuxième fois seulement que pareille lésion est rencontrée; la première observation est due au professeur Rivolta (de Pise), qui l'a faite en 1868.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 8 MARS 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Etat mental des hystériques dans l'enfance : M. Huchard. — Elongation sous-cutanée du nerf sciatique (discussion) : M. Dujardin-Beaumetz.

M. *Huchard* signale une modification spéciale du caractère, un état mental particulier des petites filles, permettant de discerner chez elles, dès le jeune âge, et de combattre d'avance les dispositions à l'hystérie. Il s'agit en général d'enfants de huit à douze ans, d'une physionomie éveillée, douées d'une intelligence et d'une imagination vives, chez lesquelles le rire et les pleurs sont déterminés par la cause la plus futile, qui offrent une aptitude marquée pour le dessin et la musique et, d'instinct, savent mentir et jouer la comédie. Elles se plaignent souvent de maux de tête persistants, de gastralgie, d'entéralgie, et parfois se révèlent à l'observateur comme de véritables hypochondriaques : l'hypochondrie ne doit certes pas être confondue avec l'hystérie, mais à cet âge elle constitue un indice d'une grande valeur pour l'apparition ultérieure de la névrose hystérique. Ces petites filles sont turbulentes, susceptibles, querelleuses ; elles ne peuvent s'astreindre à des études sérieuses, se laissent parfois dominer par une tristesse profonde et sans cause; elles sont coquettes, maniérées, désirent appeler sur elles l'attention ; elles ont parfois des hallucinations et des terreurs nocturnes. On voit quelquefois se développer chez elles de l'hyperesthésie ovarienne dès l'époque de la puberté, ou de la toux rauque et convulsive à l'occasion du moindre rhume; elles ressentent des palpitations, des étouffements, des pertes de connaissance incomplètes, trop souvent prises pour de l'épilepsie. La plupart des auteurs ont signalé la propension marquée de ces enfants à exagérer leurs souffrances, à simuler même des affections qu'elles n'ont pas et l'heureuse influence que peut avoir dans ce cas un *traitement moral* sagement dirigé. M. Huchard insiste particulièrement sur une certaine perversion de la volonté chez les hystériques, une sorte d'atonie cérébrale qui les empêche de *vouloir*. Il rapporte à ce propos l'histoire d'une malade, soignée par MM. Charcot et Féréol, et chez laquelle une paraplégie spasmodique de nature hystérique avait résisté à tous les traitements mis en œuvre : elle guérit assez rapidement à la suite d'une menace, énergiquement énoncée, de la séparer de sa famille. On sait d'ailleurs que l'entourage des hystériques est souvent, par le fait d'une sollicitude exagérée, le plus grand obstacle à la guérison. Bien d'autres exemples pourraient servir à démontrer que la ferme volonté du médecin agit d'une façon puissante sur la cérébration des hystériques et peut amener la disparition presque subite des accidents.

M. *Dally* pense que cette vaste entité morbide dans laquelle on fait rentrer aujourd'hui tous les troubles qui confinent à la manie, n'est pas l'*hystérie* telle qu'on doit la comprendre, c'est le *nervosisme*. — Il donne lecture d'une note de M. le docteur Leroy, relatant un fait de contractions spasmodiques des paupières et de photophobie douloureuse chez un malade guéri depuis longtemps d'une affection oculaire, au seul souvenir des souffrances qu'il avait endurées, à la seule pensée de son ancienne maladie. Chez un autre malade, une cause analogue amenait du clignement des paupières et de la saillie du globe oculaire. Ce sont là des contractions par *appréhension*, résultant d'un état mental particulier qui n'a rien de commun avec l'hystérie.

M. *Huchard* est d'avis que personne ne songerait à voir dans ces faits des cas d'hystérie, pas plus que chez les individus atteints de spasme hydrophobique consécutif à la morsure d'un chien non enragé. Il faut distinguer ces accidents convulsifs, ces pseudo-contractures par appréhension, des manifestations analogues de nature hystérique qui se révèlent cliniquement, ainsi que l'a si bien indiqué M. Féréol, par la soudaineté de leur apparition, la brusquerie avec laquelle ils disparaissent et l'absence de toute lésion constatée.

— M. *Dujardin-Beaumetz* a essayé dans son service, pour le traitement de la sciatique, l'élongation du nerf *par la méthode sous-cutanée*. Ce procédé a été surtout préconisé en Allemagne par Billroth. Chez un premier malade souffrant depuis deux mois, la guérison a été obtenue le surlendemain de l'opération et s'est maintenue depuis; dans un second cas, il ne s'est produit qu'une légère amélioration de très courte durée : il s'agissait d'un malade dont la sciatique, peut-être d'origine médullaire, datait de trois ans environ. L'opération consiste à fléchir fortement la cuisse du malade chloroformé, contre le tronc, puis à étendre la jambe sur la cuisse de façon, dit Billroth, à faire toucher l'oreille du malade avec le gros orteil. On tiraille évidemment, par ce moyen, le nerf sciatique dans la région qui avoisine l'ischion, tandis que les vaisseaux situés à la région antéro-interne de la cuisse sont respectés. La première opération pratiquée par M. Dujardin-Beaumetz, a été suivie le lendemain de douleurs dans les muscles postérieurs de la cuisse au-dessus du creux poplité : elles ont rapidement disparu; dans la seconde, il se

produisit un craquement de mauvais augure, mais aucun accident ne se montra les jours suivants. M. Dujardin-Beaumetz n'en croit pas moins qu'il faut être très modéré dans cette manœuvre de force, de peur d'amener des luxations ou des ruptures musculaires; celles-ci se sont constamment produites dans ses essais sur le cadavre, sans doute à cause de la résistance toute différente du tissu musculaire. Quoi qu'il en soit, peut-être devra-t-on tenter ce moyen de traitement avant de recourir à l'élongation à ciel ouvert par la méthode chirurgicale.

M. *C. Paul* a vu ce dernier procédé être mis en œuvre par M. Blum dans le service de Lasègue, mais avec un succès très variable : il a complètement échoué dans quelques cas. M. C. Paul pense que l'on peut obtenir de bien meilleurs résultats et d'une façon bien plus certaine avec l'électricité; il faut employer pour cela le courant continu de la pile, en plaçant le pôle positif sur le point le plus douloureux, sans se préoccuper du sens du courant pour le siége du pôle négatif; les malades supportent à merveille le courant produit par cinquante, soixante et même soixante-cinq éléments, et l'action thérapeutique est d'autant plus rapide que l'intensité du courant est plus considérable. Souvent, après une seule séance, les malades ne boitent plus et la guérison est obtenue après cinq à six séances. Il n'est pas utile d'appliquer le courant pendant la période d'acuité de la douleur; ainsi, M. C. Paul a guéri, par un traitement institué le jour, une sciatique rebelle, à accès nocturnes. L'action efficace est limitée au point d'application du pôle positif; il semble que chaque fois on enlève une *rondelle douloureuse*. Dans un cas de sciatique symptomatique d'une lésion profonde, périostique, de la cuisse, un soulagement considérable a pu être obtenu, suivi bientôt d'une guérison définitive; peut-être pourrait-il en être de même pour les sciatiques qui se montrent pendant l'évolution d'un cancer des organes du bassin.

M. *Dally* a presque complètement guéri un enfant atteint de névralgie intercostale rebelle, au niveau d'une affection squameuse du tronc, en appliquant à plusieurs reprises un pôle de la pile sur le rachis, l'autre pôle au-devant du thorax et faisant cheminer lentement ce pôle antérieur vers le premier. La guérison se sera-t-elle maintenue? — Il croit que l'élongation sous-cutanée du sciatique doit donner, suivant les individus, suivant la résistance de leurs tissus, le volume des muscles ou l'abondance de la graisse, des résultats très dissemblables. Il faudrait connaître l'élément anatomique lésé dans le nerf malade, et les modifications de texture produites par l'élongation.

M. *C. Paul* rapporte qu'à la suite de l'élongation à ciel ouvert, on a constaté certaines lésions au niveau de l'origine médullaire du nerf ou dans son tronc même, au voisinage des centres nerveux.

M. *Dujardin-Beaumetz* croit qu'on ne peut nier les bons effets de l'élongation à ciel ouvert; elle a été pratiquée avec succès, non seulement sur le sciatique, mais sur différents nerfs, entre autres le lingual. S'il reste quelques doutes sur l'efficacité de ce procédé, c'est que l'on ignore jusqu'ici la cause prochaine de la souffrance nerveuse. Quant à l'opération de Billroth, elle ne peut encore être jugée.

M. *Moutard-Martin* a assisté à une opération d'élongation directe du nerf sous-orbitaire par M. Blum, suivie d'un insuccès complet. Autrefois on réséquait le tronc nerveux; mais, à de très rares exceptions près, la récidive se montrait plus ou moins rapidement; a-t-on constaté, à la suite des élongations déjà nombreuses, une guérison radicale et définitive?

M. *Dujardin-Beaumetz* pense que tous les cas ne sont pas assimilables; il a observé un tabétique chez lequel il se produisit une atrophie considérable du membre, avec retour des douleurs; dans la névralgie ou la névrite simples, les résultats paraissent définitifs. Si l'on pratique la résection, il faut enlever une portion étendue du tronc nerveux, deux à trois centimètres au moins.

M. *C. Paul* a vu la récidive se montrer dans un cas de névralgie sous-orbitaire chez un individu auquel on avait réséqué le nerf malade depuis sa sortie du conduit osseux jusqu'au ganglion sphéno-palatin inclusivement!

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Des névralgies dans le diabète, par le docteur Drasche.

La relation qui existe entre la névralgie sciatique et le diabète a été signalée par Rosenstein qui le premier recommanda (*Deutsche med. Woch.*, n° 51, 1876) l'examen des urines dans les cas de sciatique rebelle. Braun (*Balnéothérapie*, 3e édit.) a observé plusieurs fois la coïncidence des deux phénomènes et Froming a réussi à produire la glycosurie chez des chiens et des lapins en excitant ou en sectionnant le nerf sciatique. Dans la pensée de ces auteurs, la glycosurie est un phénomène secondaire, consécutif à l'altération d'un tronc nerveux important. Récemment, M. le docteur Worms a communiqué à l'Académie de médecine deux cas de sciatique symétrique, en les considérant comme la manifestation clinique d'une de ces lésions bulbaires ou spinales qui semblent jouer un rôle si important dans la pathogénie du diabète. Ces deux observations ont été publiées par la *Gazette hebdomadaire* de 1880.

Depuis cette époque un professeur de l'université de Vienne, le docteur Drasche a relaté deux cas qui n'ont peut-être pas tous deux la même signification que ceux de M. Worms (puisque l'un a trait à une névralgie unilatérale), mais qui méritent d'en être rapprochés vu la nouveauté du sujet. Nous résumerons ces deux observations.

Obs. I. — M. A. B..., soixante-quatre ans, vient consulter l'auteur en novembre 1881. C'est en automne de 1870 que ce malade éprouve pour la première fois des douleurs lancinantes au niveau des fausses côtes droites. Calmées d'abord par une cure d'eau froide, les douleurs reparurent ensuite avec une intensité nouvelle; nombre de moyens thérapeutique furent essayés, y compris une cure à Baden, mais sans succès. En 1880 les accès névralgiques se répétaient trois fois par jour, troublèrent le sommeil de la nuit, et le patient maigrissait rapidement. M. Drasche constata alors l'existence d'une névralgie intercostale du huitième espace à droite avec paroxysmes durant deux heures. Interrogeant le malade avec soin, il apprend que ce dernier a depuis cinq ans une soif vive et de fréquents besoins d'uriner. Dans l'urine il trouve 17 grammes de sucre par litre, avec 3l,200. Il prescrit donc la diète carnée rigoureuse, le vin et l'eau de Karlsbad. Le traitement ayant commencé le 12 novembre, au bout de deux jours les accès douloureux diurnes cessent et quelques élancements troublent seuls le sommeil. Le 19 novembre, sucre 20 grammes, il n'existe plus aucune douleur. M. A. B. est joyeux, commence à engraisser. Dès lors l'état satisfaisant persiste.

Obs. II. — M. P. P..., soixante-quatre ans, atteint depuis plusieurs mois de catarrhe pharyngé et bronchique et ayant subi une perte des forces assez notable, éprouve brusquement, la nuit du 29 juillet 1880 de violentes douleurs au membre inférieur droit, occupant les faces interne et postérieure de la cuisse allant jusqu'au genou et au mollet, et forçant le malade à quitter sa couche. Le lendemain le membre reste douloureux, sensible. Malgré l'emploi du salicylate de soude, les douleurs envahissent la face postérieure de la cuisse et s'étendent jusqu'à la plante du pied. Au mois d'août la face interne du bras droit, puis l'avant-bras, la main et les doigts deviennent le siége de névralgies intenses; enfin la cuisse gauche et le bras gauche sont atteints de douleurs moins vives mais notables. Sous l'influence de la morphine et du chloral,

ces divers phénomènes s'amendent du moins pendant le jour. Une cure à Baden-Baden, et l'usage des courants continus ont aussi pour effet de les atténuer. C'est toujours au membre inférieur droit que les manifestations douloureuses prédominent, et la marche est très difficile.

Au mois de novembre les accès nocturnes reparaissent avec douleurs d'une intensité inouïe sur le trajet du sciatique droit, et aussi au membre supérieur du même côté. M. Drasche se souvenait des observations de M. Worms. Il questionne le malade et reconnaît que la polydipsie et la polyurie datent de cinq ans. Dans l'urine il trouve 40 grammes de sucre par litre et une petite quantité d'albumine.

Dès lors le malade est mis au régime et prend de l'eau de Karlsbad à partir du 21 novembre. Le 27 novembre il n'y a plus que 9 grammes de sucre par litre, encore quelques douleurs nocturnes, de l'agitation et de l'insomnie.

A deux reprises des écarts de régime amènent une recrudescence du diabète et en même temps un retour de douleurs. Le malade revient à un régime plus sévère.

A la fin de mai il y a encore 18 grammes de sucre par litre. La cure de Karlsbad fait disparaître toute trace de glucose, mais après un séjour à Ischl, on constate de nouveau, en octobre, 1 gramme de sucre et de légères douleurs surviennent. Au mois de novembre la quantité de sucre atteint 35 grammes et les souffrances s'accroissent, mais sans acquérir jamais leur violence primitive. (*Wiener medicinische Wochenschrift*, janvier 1882.)

Observations cliniques sur la température dans l'état puerpéral, par le docteur Napier.

Les conclusions des recherches cliniques du docteur Napier sont les suivantes :

1° La température varie dans l'état puerpéral entre 97° F. et 99°,5 F. La moyenne est de 98°,5 F. environ pendant les trois ou quatre jours qui suivent l'accouchement. Dans l'état puerpéral normal l'écart extrême entre les températures est 2°,5 F.

2° Toute température au delà de 99° F. est anormale quand elle se prolonge après le quatrième jour. Dans un cas cependant, la température s'éleva la nuit occasionnellement à 100 F. ou 106° F.; cette élévation persista pendant plusieurs jours sans que l'état de la malade en donnât l'explication.

3° Des causes légères, telles que la constipation, la rétention d'urine, peuvent donner lieu à des températures de 99° F. et 100°,5 F., ou même encore plus élevées;

4° La rétention de caillots sanguins ou celle de débris placentaires est marquée par l'élévation du thermomètre à 99° ou 101° F. et parfois même à 103° F.

5° Une élévation subite de la température à 103°,5 F., accompagnée d'une accélération du pouls, est l'indice de l'invasion d'une complication.

6° L'endo-métrite et la péri-métrite sont annoncées par la même élévation thermique et par la petitesse du pouls.

7° Une péritonite puerpérale est précédée d'une rapide ascension du thermomètre jusqu'à 104° F. et même, dans les graves ou étendues, jusqu'à 105°,5 F. ou 106° F.

8° Dans les phlegmons pelviens et les paramétrites, la température varie de 101° à 102°,5 F. et le pouls est faible. Une exacerbation thermique allant jusqu'à 104°,5 F. annonce la formation du pus.

9° La pyohémie et la phlébite utérine sont accompagnées d'une augmentation du pouls et de la température jusqu'à 104°,5 ou 106° F.

10° Dans la septicémie cette dernière varie entre 102°,5 et 107° F., et atteint cette élévation dans l'espace de trente-six heures.

11° Une émotion morale peut donner lieu à une température de 104° ou de 106° F. et parfois même s'accompagner de symptômes analogues à ceux d'une métro-péritonite. Mais ces symptômes sont passagers et disparaissent après quelques heures.

12° Si l'élévation thermique persiste au delà du dixième jour après la délivrance, il y a lieu de soupçonner le développement d'une maladie grave due au froid ou à des influences zymotiques.

13° Quand une température de 100° ou de 101° F., accompagne une élévation persistante du pouls à 120° F. ou au delà, il faut craindre une rechute. Mais le pronostic n'est pas aussi grave quand elle demeure au-dessous de 102° F. Cependant un pouls fort, avec une température peu élevée, est le signe d'une heureuse terminaison excepté toutefois quand la chute de température est due au collapsus.

14° On doit donc pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement observer la température nocturne et diurne, surtout si l'accouchement a été laborieux et quand on redoute des maladies épidémiques ou zymotiques. Dans le cas d'une élévation de température, les efforts de la thérapeutique devront avoir pour but de la diminuer et d'en prévenir les effets redoutables. (*Edinburgh medical journal*, novembre 1881.)

Le mercure, son action dans la syphilis, par le docteur T. B. Bronson.

Parmi les conclusions de ce mémoire, l'une des plus originales est certainement celle dont nous allons dire un mot.

On a dit souvent que le mercure agissait comme tonique; mais, dans ce cas, on pourrait le comparer au fer, qui a la propriété d'accroître les activités nutritives, la température animale et l'excrétion urinaire. Après quelques mois d'emploi continu de ce médicament, on observe l'augmentation du poids du corps et de l'énergie des actions chimiques. Le caractère anatomo-pathologique de la syphilis est une tendance aux hyperplasies cellulaires. Le mercure aurait pour action de modérer l'activité cellulaire et de combattre cette tendance. Pour obtenir ce résultat, il est nécessaire de saturer l'organisme de mercure, et à cet effet, il n'est pas nécessaire d'employer des doses massives, mais bien des doses facilement absorbables. Les formes médicamenteuses les plus convenables sont celles dans lesquelles la proportion la plus grande de mercure peut être combinée avec les éléments organiques du corps.

Le effets toxiques ne sont pas indispensables et la salivation est l'indice, non pas d'une saturation de l'organisme, mais bien d'une accumulation excessive de mercure dans le sang. Il faut donc *mercurialiser* chaque cellule et chaque tissu élémentaire et maintenir cette mercurialisation, que l'activité cellulaire tend toujours à diminuer par voie d'élimination.

Toutefois, la prolongation de la mercurialisation peut produire une altération permanente de la nutrition et une véritable cachexie. Cependant, si l'on compare ces inconvénients, qu'on peut éviter avec un peu de prudence aux périls que fait courir la syphilis, l'hésitation n'est pas permise. Néanmoins, dans certains cas de syphilis, il ne faut pas perdre de vue ces inconvénients et on doit même en tenir compte pour éviter d'employer un remède plus grave que la maladie. (*Med. record*, 3 novembre 1881.)

De la pathogénie de l'urémie, d'après Feltz et Ritter, Astochewsky et Demzakow.

Ritter et Feltz, par un grand nombre d'expériences, sont arrivés à conclure que les phénomènes urémiques sont le résultat de l'accumulation dans le sang des substances salines de l'urine et en particulier des sels de potasse. Chez les animaux dont les artères rénales avaient été ligaturées, l'injection dans le sang des matières organiques de l'urine et des dérivés ammoniacaux (chlorhydrate, sulfate ou phosphate d'ammoniaque), ne produisait pas d'accidents urémiques;

mais les injections de l'urine qui contient, non seulement des substances organiques, mais encore des sels de potasse, étaient rapidement fatales. Une dose de 15 centigrammes de chlorure de potassium, ou de 25 centigrammes de phosphate de potasse par kilogramme, injectée dans le sang d'un chien, suffisait à lui donner la mort. Les sels de soude étaient sans action à la dose d'un gramme par kilogramme.

Astochewsky (*Petersburger med. Woch.*, n° 27, 1881) a constaté, par des recherches confirmatives des précédentes, que l'urée et la créatine en solutions pures et non additionnées de sels alcalins, ne produisaient pas d'effets toxiques; tandis que les sels alcalins de l'urine, dans des circonstances expérimentales semblables, étaient une cause d'urémie, dans l'espace de trois jours. Quand on privait les solutions de leurs sels de potasse, les accidents n'étaient plus produits.

Demyakow (*Petersburger méd. Woch.*, n° 28), ayant un malade dont l'urine était ammoniacale, recueillit le ferment de l'urine pour l'injecter en mélange avec l'urée, dans le but de produire des accidents urémiques. L'urée pure donnait ces accidents dans le délai de vingt-quatre heures; l'urée et le ferment mélangé les produisaient en trente ou quarante minutes; et le ferment seul ne donnait pas de résultats. Toutefois les conclusions de ces expériences n'ont pas toujours été absolument concordantes. (*The London medical Record*, p. 7, 13 janvier 1882.).

Travaux à consulter.

Contribution a l'étude de la goutte, par M. Ebstein. — 1° Des lésions goutteuses de l'estomac et du foie. Une observation. Ces lésions ne peuvent être considérées comme goutteuses que s'il existe des accès, ou bien des dépôts de tophus uratiques. Toutefois le diagnostic peut acquérir une certaine probabilité d'après les anamnestiques et les symptômes, enfin et surtout d'après le traitement. Dans le cas observé on constata : de la dyspepsie chronique, de l'incontinence du pylore, des douleurs hépatiques violentes accompagnées de tuméfaction de cet organe, des lésions de la nutrition. — 2° De la lésion des reins dans la goutte et des foyers de nécrose que l'on y observe. Une observation. Cette lésion est de nature secondaire, contrairement aux opinions des Anglais. La formation des foyers de nécrose est facile à comprendre et rappelle des altérations analogues observées par Bramson dans les cartilages. — 3° De la mort dans la goutte. Une observation de mort par suite de pleurite hémorrhagique maligne. Auparavant symptômes de bronchite avec emphysème. (*Deutsches Archiv für klin. Med.*, t. XXVII, p. 1.)

La chaussure considérée au point de vue anatomique, par M. Starcke. — Plaidoyer éloquent en faveur d'une chaussure construite rationnellement d'après les données de l'anatomie et de la physiologie. Les détails intéressants abondent dans ce travail. « C'est une économie mal entendue que de demander au cordonnier de fournir les formes : chacun doit avoir les siennes. » (*Deutsch. militärärzt. Zschft*, 1880, n° 7.)

Lésions des petites artères dans l'atrophie du rein, par M. Sotnitschewsky. — Sur dix-sept cas très soigneusement examinés, l'hypertrophie du ventricule manquait trois fois et cependant sur les trois cas, deux fois la lésion des petits vaisseaux était entièrement conforme à la description de Gull et Sutton. Donc l'altération vasculaire n'est pas un phénomène consécutif à l'hypertrophie du cœur. Elle n'existe pas non plus dans tous les cas de sclérose rénale et faisait défaut deux fois sur dix-sept. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXII.)

Absence de la rate, par M. Jelenski. — MM. Koch et Wachsmuth ayant communiqué à la *Berl. klin. Woch.* 1879, n° 6, un fait d'absence complète de la rate et de l'artère liénale, communication qui fut accueillie avec une certaine incrédulité, l'auteur rappelle une observation analogue de Meinhart (*Med. Centralzeit. von Sachs*, 1845, 8 fév.) : chez une femme de 87 ans, on ne trouva trace ni de la rate ni d'aucun des vaisseaux liénaux. (*Berl. klin. Woch.*, n° 49, 1880.)

Le lavage de la vessie, par M. Fischer. — Discute les questions de priorité. Admet trois indications : 1° Éloigner les matières nuisibles de la vessie (pus, mucus, sang); 2° exercer une réaction sur les parois vésicales frappées d'atonie; 3° introduire des substances médicamenteuses. — Présente une sonde de son invention qui diffère fort peu de celle de Cloquet. (*Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 47.)

Un cas de cancer du cerveau, par M. Erb. — Les conclusions tirées de ce fait au point de vue des localisations cérébrales ne paraissent pas justifiées, la tumeur n'étant ni unique, ni localisée. Elles n'auraient du reste rien que de conforme à la règle. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXVII, p. 175.)

Des hépatites interstitielles, par M. Simmonds. — « La cirrhose a été l'objet dans ces dernières années, dit l'auteur, de recherches qui tendent à renverser l'ancienne doctrine. Ces nouveautés françaises ont été accueillies avec réserve en Allemagne, où elles n'ont pas été soumises à un examen sévère » (? — Voy. Akermann, *Gaz. hebd.*, 1880, p. 841). Simmonds s'est donc dévoué à cette critique ingrate dont le but, à ce qu'il paraît, est de faire disparaître de la classification la cirrhose hypertrophique qui déplaît beaucoup à nos voisins d'outre-Rhin, on ne devine pas pourquoi. Il commence par présenter une classification nouvelle : cirrhose, induration, hépatite fibreuse diffuse; division qui correspond, sauf les noms, à nos formes classiques de cirrhose. Puis il décrit les lésions bien connues de la cirrhose vulgaire, confirmant les recherches de Kelsch et Kiener, insistant sur le point essentiel que le foie cirrhotique peut être hypertrophié : 1° dans le premier stade de la maladie (une observation); 2° par suite de dégénérescence graisseuse; 3° peut-être aussi par dégénérescence amyloïde. — Or, si la cirrhose vulgaire peut être hypertrophique, il n'y a plus, à vrai dire, de cirrhose hypertrophique. La critique de l'auteur ne tient compte ni des observations de Hayem, ni de celles de Cornil et de Gombault. Il est vrai que « dans celles de Hanot on constate des lésions anatomiques toutes spéciales. » — Mais alors, la forme hypertrophique existe donc? (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXVII, p. 73.)

Arrachement du tendon de la phalangette, par M. Busch. — Relation sommaire de quatre cas inédits. L'auteur a essayé, mais en vain, de produire la lésion sur le cadavre comme l'avait fait Segond (*Prog. méd.*, 3 juill. 1880). Il suppose que le tendon arrache non seulement une fraction d'os, mais une grande partie de la capsule articulaire. Les parties séparées peuvent se réunir, même au bout de quinze jours à un mois (appareil plâtré, etc.). (*Cent. für Chirurgie*, 1881, n° 1.)

BIBLIOGRAPHIE

L'Asclépeion d'Athènes, d'après de récentes découvertes. Thèse présentée à la Faculté des lettres de Paris, par M. Paul Girard, ancien membre de l'École française d'Athènes, maître de conférences à la Faculté des lettres de Toulouse. — Paris, 1881. Ernest Thorin.

On sait que l'une des principales tendances de l'esprit humain, dans le domaine des sciences historiques, est aujourd'hui de contrôler, à l'aide des monuments, les témoignages des annalistes de l'antiquité. Cette tendance, qui a produit une méthode de recherches et une application de l'archéologie, a déjà renouvelé, en la précisant sur bien des points, notre connaissance des religions, des arts et des coutumes de l'antiquité. La médecine, qui chez les Grecs fut à l'origine un culte en même temps qu'un art, et qui plus tard se constitua par la tradition héréditaire, a vu dans quelques proportions son histoire se modifier aussi sous l'influence des découvertes accomplies en Orient. Toutefois, les résultats acquis dans ce sens, dus aux fouilles, au déchiffrement des inscriptions, à l'explication mieux assurée des textes déjà connus, sont moins familiers au monde médical, où ils ont été peu vulgarisés, et où ils sont obscurcis par les contradictions des écrivains les plus autorisés. Aussi saura-t-on gré à un élève de notre école d'Athènes, que l'habile direction de M. Albert Dumont semble féconder encore, d'avoir

pris pour sujet de l'une de ses deux dissertations inaugurales l'étude du temple d'Esculape à Athènes, et d'avoir assis cette étude sur l'examen des bas-reliefs, des *ex-voto* et des inscriptions, sans négliger les récits des historiens, ni les détails malheureusement trop rares que lui fournissaient les poètes ou d'autres écrivains. M. Paul Girard, craignant peut-être de mal étreindre son sujet, n'a voulu y comprendre que l'*Asclépion* (1) d'Athènes, ouvrant à peine de temps à autre une fenêtre de ce sanctuaire spécial sur le paysage médical de l'époque. C'est à nous de compléter par la comparaison les renseignements importants et nouveaux que renferme son excellent mémoire.

Pour que nos lecteurs en apprécient et l'importance et la nouveauté, il est nécessaire de remettre sous leurs yeux les opinions contradictoires que les historiens de la médecine ont formulées sur l'origine de notre art. Presque pour tous, comme pour les anciens, cette origine remonte aux superstitions du paganisme grec, et consiste dans l'alliance des pratiques religieuses et médicales que réunissaient les prêtres d'Esculape à l'ombre de leurs temples; mais l'époque de la séparation de l'art et du culte varie, selon chaque auteur, entre des limites étendues. Pour M. Littré, dans l'introduction magistrale qu'il écrivait vers 1839, en tête des *Œuvres complètes d'Hippocrate* (2), le fondateur de la médecine appartenait, « *dans le sacerdoce médical*, à une famille illustre » qui se disait descendue d'Esculape; nul n'était donc plus » lié que lui par tous les moyens, par toutes les règles qui » distinguaient la pratique de l'art *parmi les prêtres méde-» cins*. Néanmoins, il parcourut comme médecin périodeute » ou ambulant différentes parties de la Grèce, et il y exerça » la médecine; il ne peut donc y avoir aucun doute sur ce » point : les prêtres des Asclépions, qui traitaient les malades » dans leurs temples, allaient aussi les traiter au dehors... » Il y avait des Asclépiades à Rhodes, à Cnide, à Cos; il y en » avait à Athènes; au milieu de leur temple se trouvait une » source thermale. Platon parle souvent des Asclépiades » athéniens, et il le fait en termes qui prouvent qu'ils s'étaient » acquis une réputation d'élégance et de bon goût dans la » ville de Minerve. En un mot, il y avait des Asclépiades » partout où un temple d'Esculape avait été fondé. »

Après Gauthier (3), Houdart (4) adopte encore les opinions de Littré. « L'art de guérir, dit-il, devenu un véritable patri-» moine, se transmettait comme un héritage de famille, et » les Asclépiades, se passant de main en main le flambeau de » la médecine, ne le faisaient luire que pour eux seuls dans » l'enceinte sacrée de leurs temples. » Cependant cet auteur ne suppose pas les médecins renfermés dans ces temples aussi longtemps que Littré. Hippocrate pour lui n'est plus un prêtre.

M. Daremberg, dans les travaux qu'il a publiés de 1853 à 1869, soit dans le *Journal des savants*, soit dans la *Revue archéologique*, soit surtout dans les deux éditions successives de ses *Œuvres choisies d'Hippocrate*, a montré une opinion tout opposée. « Jusqu'à ces derniers temps, dit-il, » on a confondu les Asclépiades, médecins, avec les prêtres » desservant les temples d'Esculape. » Et il emploie quelques pages à démontrer combien cette confusion était, à son point de vue, erronée, contre Littré, contre Houdart, et contre l'auteur de l'article Æsculapius de la *Real Encyclopedie* de Pauly. Il trouve dans Homère la preuve répétée que la médecine laïque est historiquement plus ancienne que la médecine sacerdotale, et que l'apparition des prêtres d'Esculape sur la scène médicale est comparativement récente. Podalire et Machaon, dans l'*Iliade*, sont des chefs de bande en même temps que des praticiens devant à leur père Esculape (5) des notions médicales, et partant un prestige et un rôle particuliers : ce ne sont nullement des prêtres, pas plus pour Homère que pour Eustathe (6). Ce n'est pas un prêtre non plus, mais un descendant d'Esculape, qu'on appelle, dans le premier vers de l'hymne XV, Ἀσκληπιάδην et ἰητῆρα κακῶν (guérisseur des maux), et de ce dernier nom encore dans l'*Odyssée* (7). Tout ce qu'on sait de positif sur la généalogie médicale donnée par Théopompe se réduit au texte résumé en trois lignes par Photius (8), à savoir que les médecins de Cos et de Cnide descendent d'Esculape par Podalire, qu'ils sont partis de Syrna, ville de Carie, et qu'on les appelle Asclépiades. Lorsque Platon, dans le passage cité par M. Littré (9), nomme τοὺς κόμψους Ἀσκληπιάδας, c'est pour dire que les ingénieux descendants d'Esculape (c'est-à-dire les médecins) sont obligés d'inventer des mots nouveaux pour désigner les maladies engendrées par le luxe et la mollesse. Dans le passage si connu du *Protagoras*, si Hippocrate est appelé descendant des Asclépiades, c'est également comme médecin et nullement comme prêtre.

Après ces travaux de M. Daremberg, et dans le *Dictionnaire des antiquités grecques et romaines*, que depuis la mort de ce médecin M. Saglio dirige seul avec tant de compétence et d'autorité, M. R. Briau a repris cependant l'opinion de Littré (10), et nous lisons, dans la thèse de M. Girard, p. 86 : « Quand la médecine fut sortie des sanctuaires *où elle avait pris naissance...* »

D'un autre côté, M. Boucher-Leclercq, dans son *Histoire de la divination dans l'antiquité* (11), professe une opinion toute nouvelle. Pour lui, « la révélation médicale, loin d'avoir » été pratiquée dès l'origine par les Asklépiades (descendants » d'Esculape), s'accrédita malgré eux et au détriment de la » science qui se formait dans leurs mains. Elle paraît s'être » généralisée sous l'influence de l'Egypte, où l'incubation était » pratiquée dans les sanctuaires d'Isis... Les Asklépiades » durent céder à l'entraînement général. Il est probable qu'ils » commencèrent par le système des transactions, dont nous » avons déjà rencontré des exemples, et qui consiste à placer, » entre la divinité et le client, le prêtre chargé de rêver pour » le compte du dernier; mais il leur fallut bientôt, pour sou-» tenir la concurrence, ouvrir les portes de leurs temples » aux dormeurs, et avoir l'air de conduire leur traitement » d'après des visions incohérentes. »

Nous ne reviendrons pas sur cette opinion, et nous croyons que M. Boucher-Leclercq s'est d'avance réfuté lui-même lorsque dans son premier volume, p. 373, il écrivait en parlant de la médecine dans un passage dont nous recommandons la lecture : « C'est, du reste, une étude à laquelle » se livraient les desservants des oracles d'Esculape, *créa-» teurs de la médecine scientifique*, qui mettaient d'accord » la révélation et la science en tirant *celle-ci* de *celle-là*, en » donnant l'une comme le résumé des expériences indiquées » par l'autre. »

Où donc est la vérité entre des opinions si disparates? Avant de les discuter, il importe de faire une remarque générale, qui ne paraît pas avoir frappé les historiens de la médecine. C'est que ces temples où se pratiquait la divination médicale, ce que les auteurs spéciaux nomment aujourd'hui l'*iatromantique*, n'étaient pas seulement les temples d'Esculape ou de son père et inspirateur mythique, Apollon. Les malades allaient interroger, pour obtenir leur guérison, l'oracle d'Amphiaraos, un descendant du célèbre Mélampus, qui avait découvert les vertus de l'Hellébore noir ou *Melam-*

(1) Nous choisissons l'orthographe la plus simple de ce mot, écrit de diverses manières par les auteurs.

(2) T. I, p. 10.

(3) *Recherches historiques sur l'exercice de la médecine dans les temples*. Paris et Lyon, 1844.

(4) *Histoire de la médecine grecque depuis Esculape jusqu'à Hippocrate exclusivement*, p. 100.

(5) *Il*. IV, 219.

(6) In Eustath. ad *Il*., XI.

(7) XVII, 374.

(8) *Hist. græc.* : fragm. t. I, 296.

(9) *De Rep.*, III, p. 405 *d*.

(10) Voy. les articles *Asklepieion* et *Æsculapius*.

(11) T. III, p. 182.

podium; c'était Minerve, honorée sous le nom d'*Athénâ Pæonia* dans le sanctuaire même d'Amphiaraos, et sous le nom d'*Athénâ Hygieia* sur l'Acropole, Minerve, à qui Platon attribuait l'importation de la médecine en Grèce, qui avait révélé les propriétés vulnéraires du *Parthenium*, pour la guérison d'un ouvrier tombé des échafaudages du Parthénon. Le célèbre couple infernal, Pluton et Koré ou Perséphonê (Proserpine), qui disposait des sources minérales chaudes, issues des soupiraux do l'enfer, accueillait dans ses grottes de l'Asie Mineure les malades pieux, et les guérissait volontiers. Dionysos se prêtait aux consultations des mortels à Amphikleia en Phocide, sur le versant septentrional du Parnasse, où, trop voisin de la gloire rayonnante d'Apollon, il se contentait de la clientèle du voisinage. Pan était mis, à Sicyone, à côté d'Esculape comme Dieu guérisseur : une inscription grecque trouvée à Rome dans les fouilles de la basilique Julienne nous a conservé l'action de grâces rendue au dieu par un client reconnaissant. Le plus connu des *héros* de l'antiquité, Hercule, surnommé ἀλεξίκακος (qui détourne les maux) et *somnialis* (le dieu des songes) dans certains textes épigraphiques, possédait à Hyettos un oracle où, selon Pausanias, les malades venaient chercher des remèdes. Aussi bien son nom a-t-il été employé pour désigner certains remèdes, la *farine d'Hercule* (l'herbe au chantre), le *sang d'Hercule* (le safran), par les prophètes, c'est-à-dire par les prêtres chargés d'expliquer les oracles et de les traduire en préceptes sanitaires. Il y avait, en effet, dans le premier siècle de l'ère chrétienne, à l'époque où la pénétration des rites orientaux avait rajeuni le paganisme et augmenté les superstitions, où Sérapis détrônait Esculape et où Apollonius de Tyanes prédisait la pourpre à Vespasien, une double nomenclature de matière médicale, dont il nous a été conservé des traces nombreuses dans les *Notha* de Dioscoride, assez anciens pour que Pline les ait parfois reproduits. On y trouve, à côté du terme ordinaire à l'usage des médecins, celui qu'employaient ces exégètes attitrés, prophètes de plus d'un dieu ou de plus d'un héros, notamment de cet ἥρως ἰατρός, dont parle M. Girard, sans le distinguer nettement, en l'honneur duquel étaient instituées des fêtes sacrées nommées ἡρῷα, et qui, peut-être, n'était autre que le héros Alcon (12), l'un des élèves de Chiron. A la grande époque de la civilisation grecque, indépendamment des temples à oracles et des officines desservies par les médecins Asclépiades, il existait aux environs d'Athènes un établissement consacré au soulagement des malades et placé sous l'invocation de Péon, le médecin homérique des dieux : c'était le παιώνιον, dirigé peut-être au temps d'Aristophane par un certain Pittalus, sur lequel les poètes nous fournissent quelques traits (13). Nous bornons là ces exemples, suffisants pour prouver que des observations médicales ont pu être recueillies dans beaucoup de localités, de sanctuaires ou d'établissements différents par les prédécesseurs d'Hippocrate, prêtres ou médecins. Mais c'est surtout dans le culte d'Esculape et chez les Asclépiades que les témoignages nous permettent d'étudier le sujet. Ces témoignages sont de plusieurs ordres. Le fameux serment qui fait partie de la collection hippocratique, et qui est évidemment l'une des pièces les plus antiques de ce vaste et hétérogène assemblage, débute ainsi, comme on sait : « Je jure par » Apollon *médecin*, par Esculape, par Hygie et Panacée, par » tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à té- » moin, etc. » Ces paroles, qui concordent avec le texte de diverses inscriptions (14), ne sont-elles pas comme les paroles d'un rituel consacré, et comme le premier acte de la profession de foi d'un néophyte? Et ne faut-il pas en rapprocher la dernière phrase de *la Loi*, autre opuscule hippocratique: « mais les choses *sacrées* ne se révèlent qu'aux hommes » sacrés, et il est interdit de les communiquer aux profanes » non encore initiés aux mystères de la science (ὀργίοισιν » ἐπιστήμης). » Cette phrase atteste une époque où la science était quelque chose de sacré, πρῆγμά τι ἱερόν. Si on lit attentivement le *Traité des Songes*, qui forme le quatrième livre du *Traité du Régime*, on sera frappé de la multiplicité des songes définis, de leur signification bien arrêtée, et de la diététique, nous dirons même de la thérapeutique, dont le médecin doit les faire suivre. Ces songes provoquent non seulement des pratiques médicales, mais aussi des pratiques religieuses: il faut s'évacuer, se faire vomir, se mettre à l'étuve; mais il faut aussi prier, selon les signes, soit Jupiter, Minerve, Hermès ou Apollon; soit (en présence de signes défavorables) la terre et les héros, qui jouissent du privilège de détourner les maux. C'est bien là le langage d'un médecin doublé d'un prêtre et nourri dans le temple.

FOURNIER.

(*A suivre.*)

(12) Voy. Panofka, *Annali del Istituto di corrispondenza archeologica*, 1847.
(13) Cratès, *Bellux*, frag. 2, et Aristoph. *Acharn.*, 1272, p. 205 et suiv.
(14) Voy. le *Bulletin de correspondance hellénique*, 1878, p. 85.

Index bibliographique.

DES DÉVIATIONS DES ARCADES DENTAIRES ET DE LEUR TRAITEMENT RATIONNEL, par M. le docteur G. GAILLARD. — O. Doin. Paris, 1881.

Après un chapitre consacré à l'historique de la question, l'auteur étudie le développement des maxillaires, du follicule dentaire et l'évolution des dents temporaires et permanentes. Il décrit ensuite les différentes anomalies de disposition des dents : hétérotopie, antéversion, rétroversion, latéroversion, rotation ou émergence; puis il signale les inconvénients des divers appareils employés jusqu'ici pour le redressement des dents et montre, en décrivant l'appareil qui lui appartient et qui se compose de deux capsules emboîtantes de platine, servant de point d'appui, et de fils de caoutchouc vulcanisé, jouant le rôle de force agissante, les avantages incontestables du procédé qu'il a expérimenté dans de nombreux cas de déviation des arcades dentaires. Trente et une observations sont jointes à ce travail qu'il sera utile de consulter.

ETUDE CLINIQUE SUR LA NÉVRALGIE ILÉO-LOMBAIRE SYMPTOMATIQUE DES AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ LA FEMME, par le docteur A. LE BAILLY. Thèse de Paris, 1881. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Souvent les névralgies sont symptomatiques d'une lésion viscérale ainsi que Bassereau, Valleix, Beau, Axenfeld l'ont démontré; inversement, une névralgie peut déterminer, du côté des organes auxquels se distribue le nerf affecté, des phénomènes morbides simulant une lésion idiopathique. C'est ce que l'auteur établit dans son travail au sujet de la névralgie iléo-lombaire : cette névralgie peut être, chez la femme, considérée le plus souvent comme symptomatique d'une affection des organes génitaux, et l'on voit, d'autre part, sous l'influence du trouble de l'innervation, se produire presque constamment une abondante hypersécrétion vulvo-vaginale : phénomène que l'on peut, avec raison, comparer au larmoiement, à l'écoulement nasal et à la salivation qui accompagnent la névralgie faciale.

DE LA CACHEXIE PACHYDERMIQUE, par le docteur G. RIDEL-SAILLARD. Paris, 1881. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Intéressante étude sur cette affection rare et encore si peu connue qui fut d'abord décrite en Angleterre par W. Gull sous le nom d'*état crétinoïde des femmes adultes*, puis par Ord sous la dénomination de *myxœdème*. L'auteur, d'après quatorze observations, dont une personnelle, trace un tableau assez complet de cette maladie, qui se caractérise par un œdème dur spécial de la peau, s'accompagnant d'une déchéance intellectuelle progressive et d'un état cachectique conduisant à une mort certaine. Il adopte la désignation de *cachexie pachydermique*, proposée par M. Charcot, comme rendant le mieux compte des grands symptômes cliniques, sans rien préjuger de la nature encore incertaine des lésions. Deux planches photographiques annexées à cette brochure montrent des types remarquables de cette affection.

VARIÉTÉS

TROUSSE DE MÉDECIN AU TROISIÈME SIÈCLE

En octobre 1880, en pratiquant des fouilles non loin des fossés du vieux Saint-Marcel (derrière le théâtre situé avenue des Gobelins), M. Toulouze a trouvé un vase de bronze de 11 centimètres de hauteur sur 20 centimètres de largeur, contenant des instruments de chirurgie, tous du même métal que le vase, plus cinq étuis dorés, un petit vase, une petite boîte, deux boucles dont une munie de son ardillon, une pierre noire de la grandeur d'un chaton de bague, une plaque de marbre blanc usée sur une partie de sa surface; enfin, environ quatre-vingts pièces romaines à l'effigie des deux Tétricus. Les Tétricus usurpèrent le trône de Gaule en l'an 268 et prirent la pourpre à Bordeaux. Le petit monument dont il s'agit ne peut donc être antérieur à la fin du troisième siècle; et, si l'on faisait la supposition, vu le grand nombre des pièces de monnaie, qu'elles avaient cours et servaient aux besoins du médecin, on pourrait assigner au monument et à son possesseur une date précise, entre 268 et 274, puisque c'est dans cette dernière année qu'a eu lieu la dépossession des Tétricus et qu'a dû cesser conséquemment la fabrication de pièces à leur effigie. Mais un passage de l'article de M. Toulouze laisse présumer que la trousse a pu être renfermée dans un monument funéraire, et il n'y aurait plus alors la même certitude que les pièces de monnaie eussent cours encore au moment de l'inhumation. Les pièces de ce genre faisaient partie des objets qu'on plaçait souvent à cette époque dans les tombes et l'on en a trouvé, en même temps qu'une trousse, à Saint-Privat-d'Allier dans le tombeau d'un oculiste romain.

La nouvelle trouvaille vient d'être l'objet d'une *notice descriptive* dans la *Revue archéologique* par M. Toulouze, qui donne en même temps le dessin au trait de dix pièces. Déjà, M. Ed. Perrier en avait fait une mention sommaire dans le *National* du 1er avril 1881. Avec les dessins que nous avons sous les yeux, de nouveaux dessins que M. Toulouze a bien voulu y joindre, les explications qu'il nous a fournies avec beaucoup d'obligeance, nous pouvons donner du monument une description complète, plus complète même que celle de la *Revue archéologique*, où certaines pièces ne sont ni représentées, ni même mentionnées.

Nous parlerons d'abord des dix pièces dont les dessins numérotés sont publiés dans la *Revue*. On y trouve: 1° une forte pince à tige droite et à mors droits, ceux-ci dentelés sur les bords et creusés à leur face interne; instrument analogue à une pince à polype, mais surtout à un davier droit; 2° une pince à branches longues et minces dont les bords recourbés l'un vers l'autre, aplatis, minces et terminés par des dentelures, sont destinés à saisir par un seul point des tissus délicats; 3° un instrument à double usage formé d'une pince à mors unis, droits et allongés, dont le talon porte une sorte de crochet en serpette. Cet instrument, d'un seul morceau, est fort curieux. La pince apparaît d'abord comme étant le manche du crochet et se termine en pointe comme un crayon taillé; c'est une tige fendue longitudinalement, dont les deux branches faciles à écarter, se rapprochent dès qu'on les abandonne à elles-mêmes; en sorte qu'un fil, un tissu quelconque introduit dans la fente y est solidement maintenu. Le crochet est une lame épaisse, striée sur le bord tranchant en forme de lime, et pourrait n'être qu'une lime à ongle; 4° une cuiller ou plutôt une sorte de petite bouilloire à manche allongé, muni d'un bec sur un des côtés et ayant servi évidemment à chauffer des liquides qu'on versait ensuite dans un récipient; 5° une pince d'une seule pièce, effilée, droite, à branches très écartées, comme celle dont on se sert quelquefois pour les dissections; 6° une spatule à lame mince et à manche équarri; 7° une autre spatule dont le manche arrondi se termine par un renflement olivaire qui, suivant M. Toulouze, pouvait faire office de cautère ou servir à l'exploration des plaies; 8° une sorte de fourchette formée de fils métalliques qui se tordent d'abord les uns sur les autres de manière à constituer un manche, puis se séparent en trois branches divergentes droites, à extrémité pointue (une des branche a été faussée et a déviée). Nous ne pourrions faire sur l'usage de cet instrument que des conjectures; nous n'en connaissons pas d'autre exemple parmi les instruments de chirurgie de l'antiquité, ni à Pompéi, ni au British museum, ni à Saint-Germain; 9° une tige boutonnée, analogue à nos stylets; 10° une pince dont les mors faisant angle avec le manche présentent des dentelures qui s'engrènent les unes dans les autres.

En outre de ces pièces, nous signalerons : *a*, un instrument en forme de lance, dont la lame paraît bien longue s'il s'agit d'une lancette; *b*, une petite capsule ronde, peu profonde, fixée par son bord à un long tube qui vient s'ouvrir à fleur de la face concave de la capsule (peut-être un insufflateur); *c*, un vase à ventre arrondi, à col large et court, contenant encore quelques morceaux d'un tissu assez semblable à de la toile et que M. Toulouze croit être une bouilloire; il est possible qu'une bouilloire, quand elle était vide, servît à mettre du linge ou de la charpie; *d*, une petite boîte argentée, ayant à peu près la forme de nos tabatières, qui n'est pas à compartiment comme celle qu'on voit à Pompéi, mais qui a dû aussi contenir des médicaments; *e*, une pierre usée qui pouvait servir à repasser les instruments, ou à mêler avec la spatule certaines substances médicamenteuses; *e*, deux boucles destinées soit à réunir tous les instruments avec une courroie, comme le pense M. Toulouze, soit à placer une ligature sur le bras pour l'opération de la saignée; *f*, une petite pierre plane d'un côté, un peu convexe de l'autre, dont l'usage reste indéterminé; *g*, enfin cinq petits étuis dorés d'environ 2 centimètres de diamètre et dont deux ou trois contiennent une composition solide, dont nous avons engagé M. Toulouze à faire faire l'analyse.

Toutes les pièces qui viennent d'être indiquées sont, nous l'avons dit, en bronze, tantôt nu, tantôt argenté ou doré. Celles qui portent les nos 1, 3, 4, 7 et 8 sont uniques, les autres pièces numérotées sont doubles.

C'est, si nous ne nous trompons, la troisième trousse de chirurgien trouvée en France dans des fouilles.

A. Dechambre.

Faculté de médecine de Paris. — Conformément au dernier vote émis par la Faculté et que nous avons fait connaître, M. le docteur Cornil vient d'être nommé professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris.

Faculté de médecine de Paris. — *Cours de thérapeutique et matière médicale.* — M. le professeur G. Hayem commencera son cours le mardi 18 avril à cinq heures (grand amphithéâtre) et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Les leçons de cette année auront pour objet le traitement des pyrexies et des phlegmasies.

— *Démonstrations physiologiques*, — Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le samedi 25 mars 1882, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux de physiologie. Elles auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Vauquelin, les mardis, jeudis et samedis, à une heure et demie de l'après-midi.

— Un concours pour huit places d'aides d'anatomie s'ouvrira le samedi 22 avril 1882, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. — Tous les élèves de la Faculté seront admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de dix heures à quatre heures, tous les jours, du samedi 25 mars au lundi 17 avril 1882. Les aides d'anatomie qui seront nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1882; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1885. Le jury est le même que celui du prosectorat.

Récompenses aux pharmaciens des hôpitaux de Paris. — Ces récompenses viennent d'être distribuées dans l'amphithéâtre de l'assistance publique sous la présidence de M. Quentin, directeur Voici les noms des lauréats :

Première division. — Elèves de 3e et 4e année : Médaille d'or, M. Thomas, interne de 4e année. Médaille d'argent, M. Anthoine, interne de 3e année. Mention honorable, M. Verne, interne de 3e année.

Deuxième division. — Elèves de 1re et 2e année : médaille d'argent, M. Béhal, interne de 1re année. Accessit de livres, M. Meillière, interne de 1re année. Mentions honorables, M. Coué, interne de 1re année. M. Hébert, interne de 1re année.

Amphithéâtre d'anatomie. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils de Paris sont prévenus que M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'hôpital Beaujon, directeur des travaux anatomiques, ouvrira le cours de médecine opératoire le lundi 17 avril 1882, à quatre heures. M. le docteur Tillaux, directeur, traiter a des résections et opérations spéciales. M. le docteur Quénu, premier prosecteur, traitera de la ligature des artères,

M. le docteur Le Bec, deuxième prosecteur, traitera des amputations. Des répétitions seront faites après chaque leçon sous la direction des professeurs. Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le docteur Siredey, chef du laboratoire.

BANQUET DES INTERNES. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris, aura lieu le samedi 15 avril à 7 heures, chez Le Mardeley, 100, rue de Richelieu. Le prix de la souscription est fixé à 20 francs pour les anciens internes et à 16 francs pour les internes en exercice. On peut verser le montant de la cotisation entre les mains de l'interne en médecine, économe de la salle de garde, dans chaque hôpital, ou la remettre à l'un des commissaires du banquet : M. le docteur Bottentuit, 56, rue de Londres; M. le docteur Piogey, 24, rue Saint-Georges.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Poncet agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de médecine opératoire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de physiologie et d'anatomie sera ouvert, le 1er novembre 1882, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie do Grenoble. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie s'ouvrira, le 15 novembre 1882, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS (*séance du* 8 *mars*). — M. Bourneville propose d'approuver deux projets de travaux à exécuter à l'hôpital Laennec, concernant : le premier, la remise en état des galeries des bâtiments des malades; le second, l'amélioration du service des eaux. Les conclusions sont adoptées.

LES PHARMACIENS ISRAÉLITES. — D'après le *Herald*, on aurait notifié aux pharmaciens juifs de Saint-Pétersbourg l'ordonnance du ministre de l'intérieur, portant que les israélites n'auront plus le droit de posséder des pharmacies.

L'ordonnance s'appuie sur l'article de loi en vertu duquel les pharmaciens juifs diplômés ont le droit d'habiter à Saint-Pétersbourg, mais n'ont pas celui d'y faire du commerce dans leur spécialité.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Concours pour un emploi de professeur agrégé.* Un concours s'ouvrira, le 15 avril 1882, à l'Ecole du Val-de-Grâce, pour un emploi de professeur agrégé. Cet emploi comporte l'enseignement de la chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

Les épreuves du concours continueront à être exécutées conformément aux prescriptions de la décision ministérielle du 6 avril 1878.

— Par décret en date du 19 mars 1882, ont été promus dans le corps des officiers de santé militaires :

1° *Au grade de médecin principal de 1re classe.* — M. Mourlon (Charles-François-Auguste-Léandre) (division d'Oran).

2° *Au grade de médecin principal de 2e classe.* — M. Albert (Prosper), médecin major (division d'Alger).

3° *Au grade de médecin major de 1re classe.* — (Choix). M, Gayda (Antoine-Hyppolite-Ferdinand), (division d'Alger). (Ancienneté.) M. Dubois (Narcisse-Philippe-Alexandre) (3e régiment de chasseurs à cheval).

CHOLÉRA. — On dément officiellement le bruit de l'existence du choléra dans notre colonie de Cochinchine. Aux dernières nouvelles (10 février) la situation sanitaire était excellente.

VIANDES TRICHINÉES. — A la suite d'une courte discussion qui vient d'avoir lieu à la Chambre des députés, le projet de la commission (retrait des mesures prohibitives) a été adopté, ainsi qu'un paragraphe additionnel proposé par M. Gaudin et qui donne au ministre la faculté de prendre « telle mesure d'inspection qui deviendrait nécessaire ».

INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES. — Notre distingué confrère M. Liétard vient d'être présenté à l'unanimité par le Comité consultatif d'hygiène pour la place de médecin inspecteur des eaux minérales de Plombières, en remplacement de M. Verjon.

NÉCROLOGIE. — Nous avons à enregistrer une nouvelle victime des dangers professionnels. M. le docteur Oppenheimer, médecin à Lons-le-Saulnier, vient de mourir à l'âge de soixante-deux ans, des suites d'une piqûre faite pendant l'amputation d'une jambe atteinte de gangrène.

— Nous avons également le regret d'annoncer la perte du docteur Raoul de Jannel de Vauréal, décédé à Ajaccio le 24 janvier dernier, et dont le corps vient d'être transporté à Tholet (Aveyron).

MORTALITÉ A PARIS (11e semaine, du vendredi 10 mars au jeudi 16 mars 1882). — Population probable : 2225910 habitants. — Nombre total des décès : 1216, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 30. — Variole, 16. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 60. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 9. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 52. — Phthisie pulmonaire, 237. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 74. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchite aiguë, 56. — Pneumonie, 103. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 50; au sein et mixte, 29; inconnu, 7. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 117; de l'appareil circulatoire, 68; de l'appareil respiratoire, 86; de l'appareil digestif, 34; de l'appareil génito-urinaire, 31; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 3; infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 4.

Conclusions de la 11e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1283 naissances et 1216 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1417, 1355, 1337, 1363. Le chiffre de 1216 décès relevé dans le bulletin de ce jour est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison avec la 10e semaine des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques fait ressortir : une atténuation pour la rougeole (22 décès au lieu de 39 pendant la 10e semaine), la fièvre typhoïde (30 au lieu de 38), la coqueluche (3 au lieu de 4), la diphthérie (60 au lieu de 62), l'érysipèle (3 au lieu de 12). Une aggravation pour l'infection puerpérale (9 au lieu de 6), la variole (16 au lieu de 15). Les décès par scarlatine (5), ont atteint le même chiffre que pendant la 10e semaine.

MORTALITÉ A PARIS (12e semaine, du vendredi 17 au jeudi 23 mars 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2225910 habitants. — Nombre total des décès : 1287, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 49. — Variole, 13. — Rougeole, 28. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 55. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 78.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 254. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 65. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 54. — Bronchite aiguë, 42. — Pneumonie, 95. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 56; au sein et mixte, 31; inconnu, 12. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 105; de l'appareil circulatoire, 72; de l'appareil respiratoire, 92; de l'appareil digestif, 47; de l'appareil génito-urinaire, 39; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 2; épuisement, 2; causes non définies, 1. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 17.

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

Note sur le rôle du phosphore dans l'économie et sur l'emploi du phosphate de chaux dans la bronchite chronique.

Par M. le docteur V. Bidallet.

La médication par les substances phosphorées, et le phosphate de chaux en particulier, devient d'un usage si fréquent que je me fais un devoir de vous signaler un cas de guérison vraiment remarquable :

En août 1879, je fus consulté par un jeune homme de dix-huit ans, atteint d'une bronchite chronique. J'examinai avec soin ce malade, et j'observai tous les signes du mal pour lequel on l'avait soigné jusqu'alors.

Essoufflement au moindre pas, quintes de toux répétées dans la journée, mais bien plus fortes au réveil, expectoration abondante, perte de l'appétit, vomissements.

De plus ce malade, très faible, d'une maigreur extrême, était atteint de douleurs dans la tête qui souvent étaient assez fortes pour lui arracher des cris.

La percussion du thorax ne révélait aucun signe particulier, mais à l'auscultation on constatait une respiration rude en avant sous les clavicules et en arrière dans les fosses sus et sous-épineuses. La moitié inférieure et postérieure de la poitrine était remplie de râles sibilants, à grosses bulles, qui masquaient le murmure vésiculaire. La pouls était petit et fréquent, 98 pulsations, la température au-dessous de la moyenne.

Ces symptômes me parurent plus sérieux que ceux que l'on observe en pareil cas; en un mot, la bronchite chronique se compliquait d'un état cachectique très avancé.

Je fis faire l'analyse des urines rendues en vingt-quatre heures; la voici :

Urée	11 grammes.
Acide urique	Appréciable.
Sucre	Traces.
Phosphate de chaux	5gr,50.

Le traitement qu'on avait suivi jusque-là était rationnel : vin de quinquina, huile de foie de morue, goudron, sirops calmants. Je crus ne pouvoir mieux faire; je continuai le même traitement et j'instituai le régime lacté, deux litres environ par jour. Le lait était pris comme aliment, car ce jeune homme mangeait à peine.

En novembre, l'état général ne s'étant pas sensiblement amélioré, je fis faire une nouvelle analyse d'urine qui donna cette fois :

Urée	14 grammes.
Acide urique	45 centigr.
Sucre	Traces.
Phosphate de chaux	6gr,40

Le malade se déphosphatisait.

Le résultat obtenu était insignifiant, la proportion de l'urée avait augmenté, mais le malade perdait toujours son phosphate de chaux; les douleurs de la tête étaient plus intenses.

Le jeune malade passa un fort mauvais hiver dans une ville du Midi, et en mai de l'année suivante je le vis complètement découragé. Je fis alors continuer le lait et l'huile de foie de morue, mais à la dose d'une seule cuillerée par jour, et j'instituai le traitement phosphoré avec le *sirop Reinvillier*, au phosphate de chaux gélatineux, à la dose de trois cuillerées par jour, ce qui équivaut à 9 grammes de phosphate de chaux assimilable par jour, une avant chaque repas et les frictions chaque matin, sur la poitrine et dans le dos avec l'huile phosphorée titrée. Je conseillai la campagne.

A la fin d'août de la même année, après trois mois de campagne, de lait, de sirop Reinveillier et de frictions d'huile phosphorée, je revis le malade; la toux avait diminué considérablement; les douleurs de tête étaient devenues plus rares et le jeune homme pouvait faire à pied de longues promenades. Je fis continuer le même traitement, et, au mois de janvier 1881 la toux et les douleurs avaient disparu ; l'auscultation me fit constater l'absence de la respiration rude, la disparition des râles auxquels avait succédé une respiration tout à fait normale; l'expectoration était devenue insignifiante, l'appétit était normal, l'analyse des urines ne décelait plus de sucre, l'urée et l'acide urique étaient en proportion normale, et l'énorme déperdition de phosphate de chaux avait cessé.

Je fis abandonner le lait, l'huile de foie de morue et les frictions phosphorées, et, pour assurer la guérison, je fis continuer le sirop Reinveillier à la dose de deux cuillerées par jour pendant trois mois.

J'ai eu l'occasion de revoir ce jeune homme depuis lors; aucun nouvel accident ne s'est produit, sa santé ne laisse rien à désirer.

Cette observation, dont j'ai éliminé les détails afin de la résumer, ne vient-elle pas à l'appui de l'opinion générale sur le rôle du phosphate de chaux comme reconstituant et sur l'importance de la déphosphatisation dans la plupart des maladies chroniques?

(*Gazette des hôpitaux.*)

THÉRAPEUTIQUE

Diarrhée chronique de Cochinchine.

Par M. le docteur Girard.

Un de nos confrères, à la suite de nombreux voyages en Cochinchine, a été atteint de diarrhée chronique, à la suite de laquelle il a gardé pendant cinq ans une dyspepsie qui lui avait fait perdre 24 kilogrammes de son poids.

On lira avec intérêt sa relation; nous évitons — par un sentiment de convenance, — de prononcer son nom. Nous lui laissons la parole :

« Encouragé par les articles du docteur Bertrand, dans les *Archives de médecine navale*, et de M. H. Huchard, médecin des hôpitaux de Paris (*Union médicale* et *Gazette hebdomadaire*) sur l'emploi de la pancréatine, je l'expérimentai avec succès sur moi-même dans les circonstances suivantes.

» A peine sorti du port d'embarquement, au mois de mai, mes digestions étaient devenues extrêmement difficiles : je commençai l'usage de la pancréatine à la dose de 1 gramme après chaque repas. Deux ou trois jours après, je constatai une amélioration des plus considérables. Pendant tout le voyage, aller et retour, y compris vingt-cinq jours de séjour à Saïgon, j'ai continué à prendre la pancréatine à la même dose et de la même manière.

» Vers la fin du voyage, c'est-à-dire au bout de deux mois et demi, j'ai remarqué que les digestions redevenaient mauvaises. Est-ce parce que ma dyspepsie devenait plus intense et que celle-ci était trop forte pour être combattue avec succès par la pancréatine? Je suis convaincu, cependant, que la pancréatine m'a fait du bien. »

Notre confrère, repartant pour la Cochinchine et souffrant encore de sa dyspepsie, voulut emporter une nouvelle provision de pancréatine et de la peptone Defresne. Il se proposait d'essayer ce nutriment et de le prendre lui-même, s'il arrivait au point de ne plus supporter la nourriture habituelle, ou à le faire prendre à des malades de son hôpital qui se trouveraient dans ce cas.

J'ai pris, nous dit-il, le second envoi de pancréatine Defresne après un mois et demi de navigation, dans une atmosphère chaude et humide. Je l'ai prise à la dose de 1 gramme une heure après le repas du soir, qui a toujours été chez moi d'une digestion plus difficile que celui du matin, et j'ai toujours trouvé que je digérais infiniment mieux que lorsque je n'en prenais pas. Vers la fin de janvier, tourmenté cependant par une diarrhée continuelle, voyant mes forces diminuer et ne trouvant plus un secours suffisant dans la pancréatine, je pris la *peptone Defresne*, les premiers jours à la dose de six cuillerées par jour dans du bouillon ou du potage aux pâtes, au pain, à la semoule. J'en ai trouvé le goût très agréable, je le confondais, dans mon esprit, avec le jus de veau rôti. Elle ne m'a pas causé de dérangement intestinal; bien plus, sous son influence, ma diarrhée s'est arrêtée. J'ai continué régulièrement l'usage de la peptone Defresne jusqu'à la dernière goutte. Après cinq jours de ce régime, je baissai la dose à quatre cuillérées par jour et je repris un régime alimentaire approprié. Sans pouvoir affirmer que c'est à cette préparation que j'ai dû une grande amélioration dans l'état de diarrhée chronique et de dyspepsie qui m'avaient miné à un point extrême, je suis sûr que la peptone a été un très précieux auxiliaire du régime que j'employais pour me guérir. Quand je suis rentré en France, en février, je me suis mis aux toniques et à l'eau arsenicale; j'achève ainsi une guérison désormais certaine, puisqu'elle ne s'est pas démentie ces quatre derniers mois.

J'ai fait part de ce que je viens de vous dire à de nombreux médecins mes collègues. Un de ces derniers, atteint comme moi de diarrhée chronique de Cochinchine, avec dyspepsie intense, a eu recours au même mode de traitement.

Son état était des plus graves; atteint d'une dyspesie fibro-intestinale très ancienne, il avait eu déjà recours plusieurs fois à la pancréatine. Aujourd'hui la diarrhée est très modérée, et il en est à peu près maître quand il surveille rigoureusement son alimentation. Le régime lacté sert bien à cet effet, mais la digestion est très incomplète. La fibre musculaire passe, le plus souvent, intacte, et ainsi du reste. De plus, les forces assimilatrices semblent perdues et la nutrition est des plus languissantes; il maigrit à vue d'œil depuis quelque temps; le système nerveux, n'étant pas soutenu par l'alimentation, faiblit à son tour; le cœur s'atrophie et bat faiblement; toute la circulation est ralentie, en un mot il périclite rapidement. Mon confrère a commencé depuis trois jours l'usage de la peptone Defresne; il en prend six cuillerées par jour dans un peu de bouillon, et complète son alimentation avec les deux litres de lait environ, bu tiède et légèrement sucré. Sous l'influence de ce régime, il a une selle par jour, surtout caséeuse, assez consistante et même moulée. Il ne souffre ni de pesanteur d'estomac, ni de coliques. La nuit dernière contre son ordinaire le sommeil a été bon. Il compte faire tantôt une promenade en voiture....

Après avoir usé une nouvelle provision de peptone Defresne et de la poudre de pancréatine, mon confrère me signale une amélioration notable dans son état, amélioration qui se maintient actuellement.

(*Union médicale.*)

BIBLIOGRAPHIE

Recherches sur la carie dentaire, par le docteur Rottenstein. — Un vol. in-8° de 132 pages avec 2 planches lithographiées. Paris, 2e édition. Ad. Delagrave, éditeur.

Dans cet ouvrage, dont la première édition a été publiée il y a déjà plusieurs années, l'auteur étudie avec le plus grand soin les altérations histologiques dans la carie, et il est arrivé à conclure que cette affection reconnaît presque toujours pour cause l'existence d'un parasite végétal, sorte de champignon ou d'algue désigné sous le nom de *Leptothrix buccalis*.

En effet on trouve presque toujours dans les mucosités de la bouche à la surface de la langue et dans les interstices des dents une substance blanche, caséeuse, qui n'est autre chose qu'une agglomération de *Leptothrix buccalis*.

Mais l'action seule des acides ne suffirait pas pour rendre compte de tous les phénomènes qui se manifestent dans la carie dentaire; car on trouve dans leur mode d'action des différences qui les distinguent des phénomènes et de la marche de la carie dentaire.

Les acides attaquent d'abord l'émail et le changent rapidement en une masse crétacée; plus tard seulement, leur action se fait sentir d'une manière remarquable sur la dentine qui devient plus transparente et, à la fin, comme cartilagineuse, par la perte très lente mais progressive de ses sels calcaires.

La carie, au contraire, a une marche lente dans l'émail : elle est beaucoup plus rapide dans la dentine, où elle s'étend promptement le long des canalicules.

Cette différence dans la marche doit être attribuée à la participation des champignons dans le travail de la carie. Les éléments du champignon se glissent facilement dans l'intérieur des canalicules qu'ils dilatent, et favorisent ainsi le passage de ces acides dans les parties profondes; ces mêmes éléments ne peuvent pénétrer dans un émail compact ou bien ils n'y entrent que plus tard, et seulement quand les éléments qui le forment ont été fortement altérés par l'action des acides.

Il résulte donc des expériences de l'auteur que la destruction lente de l'émail est due à l'action des acides et celle de la dentine au développement du *Leptothrix buccalis*.

L'auteur a en outre démontré que le développement de ce champignon est favorisé par un milieu neutre ou légèrement acide tandis qu'il ne peut se produire dans un milieu fortement alcalin. C'est là un point capital sur lequel s'appuient toutes les conséquences thérapeutiques qui découlent de cette étude.

La première des indications thérapeutiques consiste à neutraliser les acides qui se forment dans la bouche et y empêcher tout travail de fermentation et de développement de champignons.

Il importe donc d'employer pour entretenir la propreté de la bouche une substance neutre ou alcaline et non acide. Or quels sont les produits dentifrices qui présentent cette qualité? Bien peu sans doute si l'on en juge par les progrès toujours croissants de la carie dentaire. La plupart des poudres et dentifrices, qui sont ajourd'hui d'un emploi si général sont loin de remplir les conditions voulues.

L'auteur s'est efforcé de faire bénéficier la thérapeutique des découvertes obtenues à l'aide de l'histologie et de la chimie. Il nous donne la formule d'une préparation absolument neutre qui, sous le nom de *Purodentine*, constitue certainement le produit le plus parfait qui ait été mis en usage. C'est une pâte savonneuse dans laquelle le goût désagréable du savon est complètement dissimulé. Cette pâte qui s'emploie avec la brosse humide comme les poudres dentifrices, peut être considéré comme le véritable prophylactique de la carie dentaire.

Comme complément du traitement, l'auteur conseille l'emploi d'un liquide antiseptique, l'*Elixir royal*, qui a pour but de débarrasser complètement la bouche des résidus organiques laissés par la mastication et d'empêcher tout travail de fermentation. La *Purodentine* et l'*Elixir royal*, longtemps employés dans la pratique dentaire en Amérique et en Angleterre, doivent prendre une place importante dans la thérapeutique. En faisant cette heureuse application de la théorie à la pratique, l'auteur a rendu un véritable service à l'hygiène dentaire et à la thérapeutique générale.

Docteur Colton.

THÉRAPEUTIQUE

Le lactate de fer.

Un homme de lettres plus spirituel que sérieux écrivait dans un de nos grands journaux, à propos de médecine : Qui nous délivrera du fer? On eût pu lui répondre : Qui nous délivrera d'abord de la chlorose et de la chloro-anémie? Il est vrai et c'est là son excuse, qu'il avait en vue une préparation spéciale du fer. En effet, il y a fer et fer, et si certaines préparations n'ont d'autres résultats que d'enfanter des réclames commerciales, d'autres sont des médicaments utiles, et qu'il faudrait chercher si on ne les avait pas.

Il n'est pas difficile d'obtenir du fer pur; ce qui est moins facile, c'est d'obtenir du fer assimilable, et qu'on retrouve dans les déjections dans un état peu différent de celui où il a été intégré. Il est de toute évidence que le fer qui n'est pas assimilé n'apporte à l'organisme qu'une fatigue sans profit, et, par conséquent, qu'on doit retrancher du nombre des médicaments toutes les préparations qui permettent au fer de rester ou passer à l'état de métal dans les intestins. Nous devons dire que ces préparations sont de beaucoup les plus nombreuses.

Il en est, au contraire, dont on ne peut nier l'efficacité; mais là encore nous avons des distinctions à faire. Certaines préparations sont d'une assimilation lente et pénible, elles demandent aux organes un véritable moyen de digestion; ce n'est qu'en empruntant à ces organes les acides physiologiques qu'ils contiennent qu'elles arrivent à se dissoudre et à passer dans la circulation. Il est certain que ces préparations tout efficaces qu'elles puissent être, apportent à l'organisme un travail et, par suite, une fatigue qu'il est important d'éviter : les chlorotiques et les chloro-anémiques ont besoin, plus que tous les autres malades, qu'on ménage leurs forces déjà trop insuffisantes. Il y a donc lieu de retrancher encore du nombre des médicaments les préparations ferrugineuses dont les malades eux-mêmes disent qu'elles sont *lourdes à l'estomac*. Les seules préparations acceptables sont celles qui s'assimilent d'elles-mêmes et sans efforts, qui passent inaperçues dans l'organisme, et ne manifestent leur présence que par le relèvement des forces du malade, l'activité et l'énergie qu'elles donnent à toutes ses fonctions.

Il en est très peu qui remplissent ces conditions : de nombreuses expériences ont été faites par les chimistes les plus autorisés sur les sels de fer, notamment par MM. Boudault et Corvisart, Claude Bernard, Bareswill et Lemaire. Il a été reconnu que certains sels de fer, quoique solubles, n'étaient pas assimilés, que d'autres étaient incontestablement nuisibles, comme paralysant la digestion : sur neuf préparations expérimentées en 1858 par une commission de l'Académie de médecine, six se sont trouvées dans ce cas; le fer réduit et le pyrophosphate n'ont cessé d'être nuisibles qu'employés à si petites doses qu'ils devenaient évidemment inefficaces. Le rapporteur de la commission, M. Boudet, constatait ces résultats en ces termes :

« Les résultats obtenus avec le lactate, le tartrate et le
» citrate de fer, et le fer réduit, sont conformes à ceux que
» MM. Boudault et Corvisart avaient obtenus dans des expé-
» riences antérieures; ils montrent que le pyrophosphate de
» fer citro-ammoniacal partage avec des sels de fer dont
» l'efficacité est incontestable, comme le tartrate et le citrate,
» et avec le fer réduit lui-même, la propriété de paralyser
» l'action digestive du suc gastrique et que le lactate de fer
» seul jouit d'une parfaite innocuité à cet égard. »

C'est donc le lactate de fer qu'il faut préférer à toute autre préparation martiale, pour obtenir sans danger et sans fatigue pour l'estomac les effets reconstituants qu'a toujours, il faut le reconnaître, le fer quand il est bien employé. MM. Gélis et Conté en ont rendu l'administration très facile en la préparant en dragées et pastilles que tous les estomacs tolèrent sans le moindre effort.

Acceptées par tous les praticiens à la suite des observations nombreuses recueillies dans les principaux services hospitaliers de Paris, ces dragées sont devenues un des plus précieux médicaments de la thérapeutique moderne. Leur emploi ne saurait être trop recommandé dans toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang et notamment la chlorose et l'anémie.

(*Union médicale.*)

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Mode d'action des cautérisations ignées dans les ulcères de la cornée, par M. le docteur G. Martin. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 75 c.

Recherches cliniques et expérimentales sur la pathogénie de l'érysipèle, par M. le docteur Dupeyrat. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

La métallothérapie à Vichy contre le diabète et la cachexie alcaline, par M. le docteur Burq. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Leçons sur les conditions pathogéniques de l'albuminurie, par M. le docteur J. M. Charcot, recueillies par M. E. Brissaud. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

Etude clinique sur la paralysie spinale aiguë de l'adulte, par M. le docteur Sauze. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

De la curabilité relative de l'épilepsie à la Salpêtrière, par M. le docteur Ferrand. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

Étude clinique sur la névralgie iléo-lombaire symptomatique des affections des organes génitaux chez la femme, par M. le docteur Le Bailly. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

Guide du vaccinateur; les deux vaccins, vaccin d'enfant, vaccin de génisse. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 75 c.

Du traitement préventif du glaucome dans les cas où déjà un œil se trouve atteint dans cette maladie, par M. le docteur G. Martin. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 6 avril 1882.

Académie de médecine : La chloroformisation.

Après une escarmouche entre M. Béchamp, d'une part, et, d'autre part, MM. A. Gautier et Colin (d'Alfort), sur la nature et le rôle des granulations auxquelles le premier a donné le nom de *microzymas*, l'Académie de médecine a repris la discussion sur la chloroformisation, et un seul orateur, M. Trélat, a pu être entendu, par suite des exigences d'un comité secret.

Tout le discours de M. Trélat, qui n'a guère duré qu'une demi-heure, porte que les principes posés par M. Gosselin, dans sa réponse de mardi dernier, comme devant présider à l'administration du chloroforme ne sont pas en contestation; qu'ils sont ceux de tous les chirurgiens; que tout le débat roule sur la question de savoir si la méthode des inhalations intermittentes met plus que les autres à l'abri des accidents; et que, sur ce dernier point, ni M. Gosselin, ni personne ne peut en appeler à l'expérience, la méthode étant nouvelle et ne pouvant être jugée que par le temps. C'est ce que nous avions dit nous-même.

Avant ce discours, M. le Secrétaire perpétuel avait communiqué à l'Académie une lettre de M. le professeur Le Fort, absent, dans laquelle cet éminent confrère exprime le désir que M. Vulpian veuille bien ajouter aux considérations physiologiques présentées par lui dans la précédente séance quelques autres explications sur certains points auxquels la pratique chirurgicale est intéressée. Il est à penser que M. Vulpian se rendra au désir de son collègue.

La parole est réservée à M. le professeur Panas pour la séance prochaine.

HISTOIRE ET CRITIQUE

Mouvements des veines du cou en rapport avec l'action de la respiration et du cœur.

(Suite. — Voyez les numéros 9 et 10.)

DEUXIÈME PARTIE. — **Action du cœur (Pouls veineux normal).**

L'examen des veines voisines de la poitrine, et particulièrement celui des veines jugulaires, a montré que ces vaisseaux sont animés de mouvements rhythmés avec le cœur, dans les conditions les plus normales.

Ces mouvements, indépendants des oscillations respiratoi-

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Résection de la paroi précordiale. — Etranglement de la verge par une vis d'écrou. — Les opinions médicales du prince de Bismarck. — Prix fondé par la Société protectrice des animaux de Copenhague. — Nouveau mode d'embaumement des cadavres. — Quelques falsifications américaines : une nouvelle fabrique de diplômes scientifiques; les sardines artificielles; la quinine artificielle. — Grossesse extra utérine chez une caille.

Nous avons déjà, à plusieurs reprises, signalé, dans ce rez-de-chaussée de la *Gazette*, les hardiesses chirurgicales de nos confrères de l'étranger. C'est à ce titre que nous enregistrons le fait suivant de résection de la paroi précordiale. Il s'agissait d'un paysan de vingt-cinq ans, atteint de carie étendue du sternum et des côtes, avec nombreux trajets fistuleux. Le docteur Frederico enleva d'abord les parties molles traversées par ces trajets, puis la moitié gauche du sternum située au-dessous du manubrium, ainsi que l'extrémité antérieure des troisième, quatrième et cinquième côtes avec les cartilages correspondants, en prenant toutes les précautions nécessaires pour éviter d'ouvrir la cavité pleurale. La résection terminée, le cœur, recouvert par ses enveloppes, fut exposé à la vue. La plaie mesurait 13 centimètres 1/2 dans son diamètre vertical et 16 dans son diamètre transversal. Une compresse imbibée d'une solution d'acide phénique fut étendue sur la plèvre et les surfaces réséquées furent touchées avec le thermocautère. L'opération demanda deux heures et demie; le chloroforme fut l'anesthésique employé et l'opération fut faite d'après la méthode listérienne modifiée. Pendant les quelques premiers jours, le patient souffrit d'une pleurésie du côté gauche. Lorsque les granulations eurent recouvert une bonne partie de la plaie, on eut recours aux greffes cutanées, prises sur le tégument de l'autre côté du thorax. La marche consécutive de la cicatrisation fut aussi satisfaisante que possible.

res précédemment examinées, se surajoutent à celles-ci, de telle façon que si la courbe veineuse est recueillie sur un appareil enregistreur, on obtient la combinaison des deux ordres de mouvements : les oscillations veineuses respiratoires apparaissent comme dentelées de saillies et de dépressions rapides qui correspondent aux mouvements cardiaques.

De tout temps on a admis le rapport direct des pulsations veineuses avec la fonction du cœur, mais on a diversement interprété les relations qui unissent ces deux actes. Cependant on peut, aujourd'hui que la méthode graphique a permis d'inscrire simultanément le pouls veineux du cou et les pulsations cardiaques ou artérielles (1) admettre les points suivants :

1° Le pouls veineux jugulaire normal présente un soulèvement et un affaissement brusques au début de la courbe totale ; ces deux accidents initiaux sont en rapport avec la systole et la diastole de l'oreillette droite.

2° Un second soulèvement et un second affaissement surviennent à la fin de la systole ventriculaire.

3° Enfin se produit la réplétion graduelle des veines du cou qui aboutit au soulèvement bref caractérisant le début d'une nouvelle série.

Ce n'est pas que tous les travaux, et ils sont en nombre considérable, qui ont été publiés sur cette question depuis une vingtaine d'années présentent les accidents du pouls jugulaire de la façon qui précède : ce qui a surtout frappé les observateurs, c'est le début de l'ensemble d'une pulsation. On s'est à peu près exclusivement arrêté au soulèvement et à l'affaissement initiaux, en coïncidence avec la systole et la diastole de l'oreillette. Aussi bien dans les premières recherches vraiment importantes exécutées sur ce point, celles de Weyrich en 1853, que dans des travaux tout récents de Mosso (1878-1879), ces deux accidents ont seuls fixé l'attention. On ne trouve guère qu'il soit fait mention des autres que dans le mémoire si remarquable de M. Potain (Société médicale des hôpitaux, 1868) et celui de M. Gottwalt (*Pflüg. Arch.*, 1881) ; nous avons nous-même étudié, l'année dernière et cette année, avec détail, la série des actes dont l'ensemble constitue une pulsation veineuse complète, et c'est d'après nos propres recherches, confirmatives de celles de M. Potain, que nous énoncions tout à l'heure les phénomènes multiples du pouls jugulaire normal : cette succession d'accidents doit être admise sans hésitation et l'étude du pouls veineux du cou ne doit pas être limitée à l'examen des accidents du début.

Cependant comme ces actes initiaux paraissent avoir une plus grande importance, c'est surtout à la discussion de leur signification que nous nous arrêterons dans cette revue : leur connaissance précise importe en effet tout particulièrement à quiconque veut tirer de l'examen des veines du cou quelques renseignements sur l'état de la fonction du cœur droit.

Avant d'aborder cette analyse, nous mettons sous les yeux du lecteur une figure schématique (fig. 3) représentant les rapports des différents accidents d'une pulsation veineuse normale complète avec les phases successives d'une révolution cardiaque; de cette manière nous pourrons avancer dans

(1) L'inscription du pouls veineux du cou, faite déjà par Bamberger, Geigel, Friedreich, etc., à l'aide d'appareils trop peu sensibles et indépendamment de l'inscription des pulsations cardiaques, a été obtenue avec une précision parfaite par M. Potain, en même temps que celle du pouls artériel et des battements du cœur. Dès 1867, M. Potain a très nettement étudié les points essentiels du sujet et ce qui reste à dire sur cette question est surtout relatif à la théorie du pouls veineux. Pour les examens du pouls veineux du cou, la plupart des appareils explorateurs actuels, destinés du reste à d'autres usages, n'ont ni la sensibilité ni la fixité désirables. J'ai cherché à obtenir un procédé d'exploration d'un maniement sûr et facile, applicable surtout à l'examen du pouls veineux en clinique, en faisant construire l'appareil qui représente la figure ci-jointe. On glisse en arrière du cou du

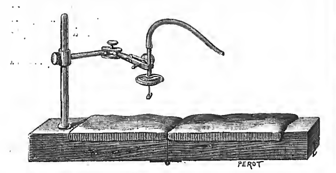


Fig. 2. — Disposition du sphygmographe veineux pour l'examen clinique.

sujet une sorte de coussin étroit et long qui forme le pied de l'appareil. A l'une des extrémités de ce support est vissée une tige verticale sur laquelle on fixe l'explorateur veineux. Celui-ci n'est autre qu'un tambour à air, dont le modèle est emprunté aux nouveaux instruments de M. Marey, et qui est très réduit comme capacité intérieure. La membrane qui ferme ce tambour à air est en caoutchouc soufflé, tout à fait flasque et supporte un petit disque auquel est appendue la tige exploratrice. Par son poids, celle-ci tend légèrement la membrane et s'applique sur le trajet de la veine dont elle suit très exactement tous les mouvements. Si l'on réunit ce premier tambour à un autre instrument enregistreur de même capacité, par un tube de caoutchouc assez court, on obtient des courbes veineuses dans lesquelles les moindres accidents sont indiqués. Pour obtenir une bonne application de l'explorateur, toujours perpendiculairement au trajet de la veine, j'ai adopté l'articulation à double noix, qui est représentée dans la figure. Quand l'examen est terminé on démonte les différentes pièces de l'appareil et elles se logent dans le support général qui se replie en forme de boîte et peut être enfermé dans le polygraphe de M. Marey.

— La *Revista medica* du Chili rapporte un cas d'étranglement de la verge par une cause assez rare : l'introduction de l'organe dans un anneau métallique. On connaît déjà l'étranglement de la verge introduite dans un robinet, dans une bague, etc.; ces objets étant déposés au musée Dupuytren, leur histoire est donc absolument authentique. Dans le cas actuel, la verge a été introduite dans une vis d'écrou, et il a fallu des manœuvres assez compliquées pour la dégager. Les détails de l'événement sont assez obscurs; tout ce qu'on sait c'est qu'un ouvrier en état d'ivresse fit pénétrer le pénis d'un enfant de 8 à 9 ans dans la vis, jusqu'à sa racine, et qu'il fut ensuite impossible de le retirer. L'organe devint œdémateux, turgide, livide, et lorsque le docteur San Christobal vit le malade, celui-ci n'avait pas uriné depuis trente heures; la vessie formait une tumeur remontant jusqu'à l'ombilic.

Une incision longitudinale fut pratiquée le long de la face dorsale de la verge, depuis le siège de l'étranglement jusqu'au bord libre du prépuce, comprenant la peau et le tissu cellulaire, et mettant à nu les corps caverneux. Deux incisions d'égale longueur et profondeur furent faites ensuite suivant les faces latérales du membre; il sortit une grande quantité de sérosité sanguinolente, et la pression détermina le dégonflement de la verge; néanmoins toutes les tentatives faites pour retirer l'écrou restèrent inefficaces.

Prenant alors le bord libre du prépuce correspondant au lambeau dorsal, l'opérateur disséqua ce lambeau jusqu'au niveau de la vis; puis tirant légèrement d'une part l'écrou en avant, et d'autre part la peau de la racine de la verge et du pubis en arrière et en haut, il fit passer sous le corps constricteur le lambeau disséqué, sans employer grand effort, et grâce à la grande mobilité du tissu sous-préputial. L'écrou fut ensuite retiré par une légère traction, et la vessie livra issue à une grande quantité d'urine.

Restait à refaire le fourreau de la verge; les lambeaux furent remis en place et pansés avec de la charpie imbibée de glycérine phéniquée; on prescrivit la diète, les laxatifs

l'examen de la question, après avoir nettement indiqué les points sur lesquels cette étude doit porter.

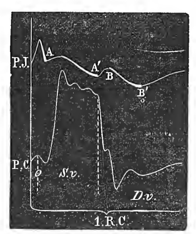


Fig. 3. — Schéma des rapports du pouls jugulaire normal (P. J.) avec les différents actes d'une révolution cardiaque complète P. C. — En même temps que la systole de l'oreillette *o*, un premier soulèvement se produit. Le premier affaissement commence avec la diastole de l'oreillette et dure de A en A' sauf une légère interruption. Un second soulèvement A' survient à la fin de la systole ventriculaire S. *v*. et est suivi d'un second affaissement BB' en rapport avec le début de la diastole ventriculaire D. *v*.

ANALYSE DES RAPPORTS QUE PRÉSENTENT LES ACCIDENTS DU POULS JUGULAIRE NORMAL AVEC LES ACTES DE LA FONCTION CARDIAQUE QUI LEUR CORRESPONDENT.

§ I. *Soulèvement du début. — Ses rapports avec la systole auriculaire. — Résulte-t-il d'un reflux ou d'un ralentissement brusque dans la progression du sang veineux vers le cœur?* — La systole des oreillettes a été considérée par les anciens (Galien, Vésale), par Harvey lui-même, comme jouant un rôle capital dans la réplétion ventriculaire : l'importance de cette action propulsive a été beaucoup exagérée, mais il ne faut point cependant refuser, comme l'a fait Ceradini, toute influence de ce genre à la systole auriculaire.

MM. Chauveau et Marey ont montré, dans leurs célèbres expériences de cardiographie, que la pression intra-ventriculaire subit un léger renforcement au moment de la systole de l'oreillette; ils ont admis que cette poussée de l'oreillette a pour effet d'*achever* la réplétion du ventricule. Du reste, comme ces auteurs l'ont aussi établi, la projection d'une quantité de sang complémentaire dans la cavité des ventricules s'accuse extérieurement par le soulèvement présystolique de la région précordiale : sur la plupart des tracés fournis par l'exploration de la pulsation cardiaque, on peut voir, en effet, l'indication de la systole auriculaire. Enfin, l'existence même du souffle présystolique dans le rétrécissement mitral implique le passage d'une certaine quantité de sang de l'oreillette dans le ventricule, au moment de la systole auriculaire.

Il n'y a donc pas, semble-t-il, de doute à conserver sur la réalité de cette influence : l'oreillette, en se contractant à la fin de la diastole générale du cœur, complète la réplétion du ventricule correspondant et paraît donner le signal de la systole ventriculaire, par la distension brusque, peu importante toutefois, qu'elle détermine dans la cavité du ventricule.

Si l'on admet que l'oreillette peut projeter ainsi le sang dans le ventricule, faut-il admettre aussi qu'elle fait refluer le sang dans les voies afférentes?

La question ainsi posée a été tranchée de façons très diverses, mais on peut ramener les opinions à deux types principaux : pour les uns, le *reflux* du sang dans les veines tributaires de chaque oreillette n'est pas douteux; pour les autres, le reflux n'existe pas, il y a seulement *ralentissement* du courant veineux au moment de la systole auriculaire.

De ces deux opinions complètement opposées qu'elle est celle que l'expérience doit faire adopter? D'après les recherches spéciales auxquelles nous nous sommes livré sur ce point, nous croyons qu'il est indispensable d'établir une différence absolue entre les *gros troncs veineux immédiatement voisins de l'oreillette droite* (la seule que nous ayons ici en vue) et *les veines situées à une certaine distance du cœur*, celles du cou, par exemple.

1° Nous avons toujours observé au voisinage de l'oreillette un reflux brusque coïncidant avec la systole auriculaire. Ce reflux s'accuse, entre autres signes, par la déviation, en sens inverse du courant normal, d'une sorte d'*aiguille à palette* analogue à celle de l'hémodromographe de Chauveau, et qu'on pousse dans la veine cave supérieure par la veine azygos.

Mais ce reflux est lui-même peu important, comme on en peut juger du reste par le gonflement très modéré de la veine explorée; il est probable que le resserrement des anneaux musculaires situés à l'embouchure de la veine cave atténue considérablement la rétrogradation du sang (1).

(1) Le rôle des anneaux musculaires des veines caves a été ainsi compris par la plupart des auteurs (Rollett, article *Blutbewegung* du *Handbuch* de Her-

---

et le repos. Le lendemain l'état général était très bon, les plaies présentaient un excellent aspect, et l'urèthre ne s'était pas rétréci. On sutura les lambeaux, et dix jours après la cicatrisation était complète.

— Sans vouloir nous mêler ici de politique, puisque cela nous est interdit, nous pouvons rappeler que le prince de Bismarck s'appuie, pour gouverner, tantôt sur un parti, tantôt sur un autre. L'inconstance du prince dans sa carrière politique existe également dans sa vie de malade, et c'est en cela qu'il tombe sous notre plume. M. de Bismarck souffre principalement, comme on sait, d'une sciatique fort rebelle et à récidives faciles; en outre il survient de temps en temps un gonflement inflammatoire des veines du pied, probablement de nature goutteuse, et, comme tous les simples mortels, il est atteint d'indispositions plus légères, le rhume de cerveau et l'indigestion, par exemple. Peu lui importe alors que le médecin qui le soigne soit homéopathe ou allopathe; il éprouve la même indifférence à consulter en même temps, ou l'un après l'autre, les représentants des deux écoles médicales.

Lorsqu'il est à Friedrichsruh, il fait appeler le docteur Dohn, de Hambourg, conseiller privé sanitaire, qui est allopathe. A Varzin, s'il a besoin d'assistance médicale, il fait venir un médecin allopathe de la ville voisine de Schalwe. A Kissingen, son médecin est le docteur Diruf, également allopathe. Mais quand il est à Berlin, ses préférences sont en faveur de l'homœopathie.

— La Société danoise pour la protection des animaux (sous le patronage du roi de Danemark) offre deux prix, l'un de 2000 et l'autre de 1000 francs, pour les deux meilleurs travaux sur cette partie de la question des vivisections qui concerne la possibilité de remplacer des animaux vivants par des animaux récemment tués pour les recherches scientifiques. La Société s'appuie, pour justifier sa proposition,

Donc, *un reflux très bref, très peu abondant, se produit dans la veine cave supérieure au moment de la systole de l'oreillette droite.*

Ce reflux s'étend-il au delà d'une certaine limite et le retrouve-t-on, par exemple, au niveau des veines du cou, dans la région où se trouve le pouls jugulaire normal?

2° Ici la réponse est tout à fait négative : il n'y a aucun reflux véritable produit dans les jugulaires par la systole de l'oreillette à l'état normal. Nous nous en sommes assuré par une série d'expériences qu'il serait trop long de rapporter ici, mais dont une seule est suffisante pour entraîner la conviction : l'appareil de Chauveau qui sert à l'inscription des variations de vitesse du courant sanguin pour les artères (hémodromographe), étant appliqué à la veine jugulaire d'animaux de grande taille (âne, cheval), nous n'avons jamais obtenu l'indication d'un *courant rétrograde :* les courbes fournies par l'appareil ont montré seulement une *diminution notable* de la vitesse du courant dans la veine à chaque systole de l'oreillette (1).

Nous arrivons ainsi à cette double notion: *un léger reflux se produit dans la veine cave sous l'influence de la systole de l'oreillette; ce reflux n'existe pas dans la jugulaire où l'on constate seulement un ralentissement du courant.*

Par conséquent, le reflux veineux-cave s'est éteint en route (2); il était insuffisant à son origine même pour refouler le courant sanguin, et tout ce qui reste de l'effet de la systole auriculaire au niveau des veines du cou, c'est *un léger soulèvement des parois de la veine*, une ondulation due au brusque ralentissement qu'éprouve à ce moment le sang veineux coulant vers la poitrine.

Ce léger soulèvement jugulaire, en rapport avec la systole de l'oreillette, précédant par conséquent la systole ventriculaire, est le premier phénomène de l'acte complexe auquel on donne le nom de *pouls veineux normal du cou* (1).

§ II. *Affaissement brusque du début* (*pouls négatif de la jugulaire*). — *Ses rapports avec la diastole auriculaire et avec les autres phénomènes qui se produisent simultanément dans le cœur.* — A la suite de ce premier soulèvement veineux, bien visible chez certains sujets dans la position horizontale du corps, la tête étant soulevée par un oreiller et légèrement inclinée sur l'un des côtés, les jugulaires présentent un *affaissement brusque :* c'est le *pouls négatif* des veines du cou, dont il a été beaucoup question dans ces derniers temps.

Il était naturel de penser que cet affaissement, qui succède au soulèvement dû à la systole de l'oreillette, est lui-même subordonné à la diastole auriculaire.

Telle est, en effet, l'opinion classique, celle dont toutes les expériences, surtout depuis les remarquables recherches de Weyrich (1853), ont démontré la justesse.

Mais si tout le monde est d'accord sur le fait, il s'en faut de beaucoup qu'on explique de la même manière l'intervention de la diastole de l'oreillette dans la dépression initiale brusque de la jugulaire.

Nous allons chercher à réduire la question à ses termes les plus simples en exposant seulement les points essentiels à connaître.

Les veines du cou s'affaissent brusquement au moment où l'oreillette droite entre en diastole : tel est le point acquis, démontré par l'examen direct de ces veines, et mieux encore par la superposition des courbes du pouls veineux avec les pulsations cardiaques : c'est, croyons-nous, M. Potain qui a le premier établi cette coïncidence chez l'homme, à l'aide de la méthode graphique.

Maintenant, pourquoi cet affaissement des veines quand l'oreillette entre en diastole?

La première explication qui se présente, c'est que les parois de l'oreillette, après s'être resserrées et avoir expulsé la plus grande partie du sang de la cavité auriculaire, se *relâchent brusquement* et permettent ainsi l'afflux rapide d'une nouvelle quantité de sang : ce liquide, maintenu aux abords de l'oreillette pendant la systole auriculaire précédente, s'é-

mann, 1880) — Landois (*Phys. d. Menschen*, 1879) exposent sur ce sujet les opinions courantes). Quant à l'action propre des contractions des embouchures des veines caves et à la production de pulsations veineuses produites par ces contractions rhythmiques, j'en ai vainement cherché la trace dans toutes mes expériences, soit sur le cheval, soit sur le chien, soit sur l'homme. Il est probable que l'impulsion communiquée au sang veineux par ces contractions des veines caves est trop faible pour se faire sentir normalement à distance.

(1) Les expériences, dont nous donnons ici seulement le résultat qui a trait à notre sujet, ont été faites dans le laboratoire de M. Chauveau, avec l'assistance de M. Arloing, au mois d'octobre 1881.

(2) Il n'est pas question ici, bien entendu, d'un obstacle apporté à la propagation du reflux par le redressement des valvules jugulaires : ces valvules restent affaissées en tout temps; elles ne se redressent que dans les cas de distension des veines par des reflux autrement importants. Sur ce point, M. Ceadini a très justement fait la critique de l'opinion contraire.

(1) Il est évident, dès lors, que, si la systole auriculaire vient à se déplacer, à anticiper sur son moment d'apparition normal, le premier soulèvement jugulaire anticipe également : c'est ce qui semble s'être produit dans certains cas cliniques observés récemment par M. Lépine. (Voy. *Comptes rendus de la Société de biologie*, février 1882.)

sur la déclaration bien connue du professeur Schiff, que dans certaines conditions les fonctions de la vie peuvent être étudiées sur des animaux récemment tués.

Dans ces travaux, on peut aussi étudier la possibilité de remplacer les expériences douloureuses sur les animaux par d'autres méthodes d'investigation.

Les mémoires doivent être écrits en danois, suédois, anglais, allemand ou français, et envoyés suivant les formes ordinaires, c'est-à-dire lisiblement écrits, accompagnés d'une enveloppe cachetée renfermant le nom du candidat et désignée par une devise reproduite sur le travail, etc. Ils doivent être remis avant le 1er septembre 1882 à S. Exc. M. A. de Haxthausen, président de la Société danoise pour la protection des animaux, au siège de la Société, à Copenhague.

Le conseil d'administration nommera le jury chargé de décerner le prix. Dans le cas où aucun des travaux ne serait reconnu digne d'obtenir un des deux prix, on pourra accorder des sommes moins élevées comme récompenses aux mémoires qui seront considérés comme les meilleurs par la Société, qui se réserve absolument le droit de les publier.

— Un ingénieur de la Havane, nommé Crulz, vient de proposer un nouveau moyen de conserver les cadavres humains par l'embaumement. Le corps est placé dans un bain composé à parties égales de chaux et d'argile dissous dans une suffisante quantité d'eau, puis il est recouvert d'une autre couche de ciment naturel destiné à absorber l'excès d'eau, après quoi le cadavre est plongé dans un bain de poix et recouvert finalement d'une couche de chaux. Le simple contact entre la chaux et le ciment calcaire est suffisant pour solidifier rapidement la poix, et il se forme de cette manière une enveloppe épaisse qui possède les mêmes propriétés que la poix de Judée, substance à laquelle les momies égyptiennes doivent leur indestructibilité particulière. Comme on peut facilement le comprendre, un sujet préparé de cette façon ne peut exhaler aucune mauvaise odeur, les différentes cou-

tant accumulé dans les réservoirs veineux voisins où il a acquis une certaine pression, ne peut, en effet, que se précipiter dans la cavité à parois flasques qui s'ouvre devant lui.

Dès lors, l'affaissement des veines du cou résulterait de la rapidité avec laquelle tout le système se décharge dans l'oreillette : une dépression se trouverait créée par le fait même du déversement brusque du sang dans l'oreillette.

Ici, par conséquent, on ne fait intervenir aucune action propre de l'oreillette elle-même; on n'invoque aucune influence extérieure à cette oreillette ou étrangère au cœur : le fait seul du *relâchement* des parois auriculaires suffit à expliquer la dépression veineuse.

C'est ainsi qu'on comprend généralement, à quelques détails près, le phénomène de l'affaissement initial des veines du cou. Et cependant la démonstration n'était pas inutile à donner, comme on le verra bientôt : quelque logique que fût l'explication, nous avons tenu à en vérifier directement l'exactitude et, dans ce but, ont été instituées des expériences nombreuses dont nous rappellerons ici seulement les résultats.

A. Il aut montrer qu'*indépendamment de toute influence extérieure au cœur* (abstraction faite de l'aspiration thoracique, par exemple), le pouls veineux du cou persiste *avec son affaissement initial.*

Ce premier point se démontre aisément en comparant le pouls jugulaire d'un animal, d'un chien dont le bulbe a été détruit, *avant* et *après l'ouverture de la poitrine.* On voit

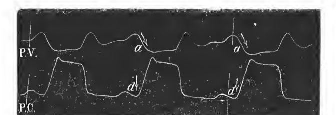


Fig. 4. — P. V. Pouls jugulaire du chien en rapport avec les pulsations du cœur P. C. inscrites simultanément. L'affaissement initial *a* est très manifeste malgré la suppression de toute influence extérieure au cœur par l'ouverture de la poitrine.

dans les courbes suivantes (fig. 4) que l'affaissement *a* se retrouve, quand le thorax a été ouvert, en coïncidence avec la diastole auriculaire, *d*.

Par suite, l'influence qui le produit doit être considérée comme limitée au cœur lui-même, et c'est dans le mode de fonctionnement des différentes parties du cœur que nous en devons chercher l'explication.

B. *A quel acte de la fonction cardiaque est subordonné l'affaissement brusque des veines du cou qui fait suite au premier soulèvement?*

L'expérience répond tout de suite que c'est dans l'oreillette droite seule que réside le point de départ du phénomène.

Trois séries de preuves concourent à établir la conviction sur ce point :

1° Quand le *ventricule* est arrêté en diastole par l'excitation modérée du pneumogastrique, *si l'oreillette droite conserve ses battements quelques instants*, on continue à observer l'affaissement des veines du cou en rapport avec le relâchement auriculaire (*fig.* 5). Mais il est évident que ces

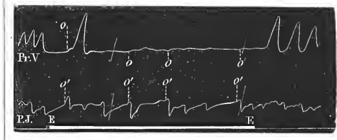


Fig. 5. — Pr. V. pression intra-ventriculaire droite chez le chien; P. J. pouls jugulaire. *Pendant l'arrêt ventriculaire* produit par l'excitation EE du pneumo-gastrique, *les systoles o de l'oreillette persistant*, on retrouve les soulèvements et affaissements du pouls jugulaire *o'*.

affaissements s'atténuent bientôt, parce que l'oreillette reste gorgée en permanence, l'évacuation ventriculaire ne se produisant pas. Il suffit, du reste, que le phénomène se soit produit une seule fois, alors que le ventricule était arrêté, l'oreillette battant encore, pour qu'on soit en droit d'éliminer l'intervention ventriculaire.

2° Quand on supprime momentanément la communication entre la cavité de l'oreillette droite et celle du ventricule par la compression au niveau du sillon atrio-ventriculaire (*fig.* 6), on voit persister quelques instants le pouls veineux avec son affaissement initial, sans que l'influence ventriculaire puisse être invoquée dans ce cas plus que dans le précédent.

3° Si enfin on obtient l'*inertie passagère de l'oreillette droite* par des irritations locales, le pouls jugulaire se sup-

ches de chaux, d'argile et de poix formant une sorte de maillot qui s'oppose au dégagement des gaz. Le cadavre, ainsi préparé, est déposé à l'intérieur d'un moule, qu'on remplit du mélange suivant, lequel se solidifie aussitôt et se transforme en pierre : ciment, 5 parties; sable, 3 parties; cendres, 2 parties; eau, quantité suffisante. Les pierres obtenues par ce procédé acquièrent une solidité remarquable. On peut graver sur elles des inscriptions mortuaires, on peut les placer dans des mausolées; elles pourraient même, d'après une idée assez bizarre de l'inventeur, servir à la construction de monuments mortuaires de diverses formes.

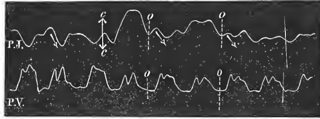
Le collaborateur du *Philadelphia medical Times*, qui rapporte cette méthode de conserver les morts, pense qu'on pourrait employer dans le même but le silicate de potasse, ce qui permettrait de faire de véritables statues à l'aspect artistique, qu'on pourrait même placer dans les jardins et les parer au lieu et place des statues ordinaires; mais ceci nous paraît encore plus fantaisiste.

— On vient de fonder une nouvelle manufacture de diplômes en Amérique dans la ville de Détroit. L'affaire a été organisée par le docteur H. L. Thomas, spécialiste pour le cancer, sous le nom de « Détroit University » au capital de 30000 liv. sterling (750 000 francs) dont 15 000 ont été payées en billets signés par les différents actionnaires. L'université délivrera des diplômes en droit, en théologie et en médecine. Pour bien commencer, le docteur Thomas offrit le diplôme de docteur en droit à l'homme de loi qui avait approuvé les statuts. Comme feu le docteur Buchanan, de Philadelphie, dont nous avons raconté autrefois les mésaventures, fut l'hôte de M. Thomas pendant que les détectives le cherchaient de tous côtés, il est facile de voir d'où est partie l'idée de fonder la nouvelle université. Il est plus que probable que la ville de Détroit va voir fonctionner sous peu cette fabrique toute neuve de diplômes.

Il est bon d'être prévenu de son existence, car on sait avec quelle facilité les faux diplômes sont demandés et accordés,

prime complètement, ainsi que le montre la figure 7; puis, 'oreillette reprenant spontanément ses battements, le pouls ugulaire reparait avec son affaissement du début.

Toutes ces expériences, faites sur des animaux à poitrine ouverte, établissent donc d'une façon certaine les points fon-



IG. 6. — Pouls jugulaire P. J. et pulsation du cœur P. V. recueillies simultanément sur un chien à thorax ouvert; en *c c* on intercepte la communication entre l'oreillette et le ventricule droit : après chaque systole d'oreillette *o*, l'affaissement persiste atténué par le fait même du défaut d'écoulement dans le ventricule.

damentaux de la théorie classique du pouls veineux jugulaire, tout au moins celle des deux accidents initiaux qu'il

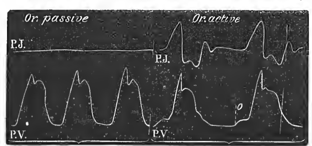


Fig. 7. — L'oreillette étant passivement distendue (inertie passagère à la suite d'une compression exercée à sa base), le pouls jugulaire P. J. est nul. Quand l'oreillette reprend ses battements, le pouls jugulaire reparaît : on retrouve dans les courbes de pulsations ventriculaires P. V., la trace des systoles auriculaires *o* qui faisait défaut dans la période précédente.

présente, le soulèvement et l'affaissement consécutif; ces résultats d'examens directs qui manquaient jusqu'ici à la démonstration de la théorie, entraînent cette conclusion générale, qu'*indépendamment de toute influence extérieure au cœur (aspiration thoracique), et indépendamment de toute intervention ventriculaire directe ou indirecte, les veines du cou présentent, au moment de la diastole auriculaire, un affaissement qui ne peut être dû qu'à cette diastole.*

François-Franck.

(*A suivre*).

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique médicale.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DIABÈTE CHEZ LES PALUDÉENS, par le docteur Louis Jullien.

J'ai eu l'occasion d'observer une gangrène diabétique chez un homme qui avait souffert autrefois d'accidents paludéens. J'ai consigné sans parti pris les détails de ce cas, et répondant à l'appel adressé par le professeur Verneuil, je crois devoir les faire connaître; heureux si le tribut de mon observation peut servir à élucider le problème actuellement en litige :

Obs. Le 19 octobre je voyais pour la première fois M. R..., qui depuis quinze jours environ souffrait des suites d'une blessure à la jambe gauche. C'est un homme d'une constitution robuste et qui, bien que touchant de près à la soixantaine, mène une vie active et fatigante. Ses occupations l'exposent à des traumatismes, à des blessures fréquentes, mais le décours en est rapide et la guérison se fait toujours d'elle-même. Actuellement encore il porte sur le genou gauche les marques d'un coup assez violent, mais autour de la croûte hématique noirâtre qui recouvre la solution de continuité on ne voit aucune trace d'inflammation, et la réparation semble s'opérer spontanément.

Il n'en est pas de même pour la lésion qui siège au milieu de la jambe gauche. La partie malade est à cheval sur le bord du tibia, obliquement dirigée de dedans en dehors et de haut en bas; sa forme est celle d'une ellipse, longue de 7 centimètres 1/2, large de 3 1/2; dans toute cette étendue la peau est mortifiée, d'une couleur blanc jaunâtre mate, avec les dépressions bien accusées des poils.

Sur les bords cette teinte morbide cesse subitement, puis se voit un petit sillon d'élimination, et tout autour est une zone de 2 à 3 centimètres, d'un rouge vif à peine recouverte par l'épiderme décollé. Plus loin aussi, et dans une étendue beaucoup plus considérable, le tégument est violacé et tacheté de petites ecchymoses purpurines. Le pied et la jambe sont en outre le siège d'un œdème mou considérable.

La santé générale paraissait assez bonne. Le malade n'accusait aucun malaise; pourtant il fallait expliquer la production de cette large plaque gangréneuse après une simple contusion; je pensai au diabète, et je reconnus presque immédiatement dans les urines une quantité considérable de sucre. Le malade m'apprit alors que quatre ans auparavant, il avait éprouvé des troubles visuels qu'un oculiste aurait attribués à la glycosurie. Une analyse complète fut pratiquée et voici quels en furent les résultats :

Quantité d'urine éliminée en vingt-quatre heures, 2 litres environ. Réaction, acide; densité, 1029; urée, 14.25 pour 1 litre; sucre 28.80; acide phosphorique, 2.105; albumine, 0.

Le régime est modifié en conséquence : pain de gluten, abstinence des aliments sucrés et farineux, alcalins, eau de Vichy, extrait de quinquina 4 grammes par jour. Comme traitement local : bain antiseptique tous les jours, pansement alcoolisé.

Le 22, l'inflammation tout autour de la plaie semble s'éten-

et, malheureusement, acceptés comme bons par une foule de gens. En Amérique, on se plaint fort qu'aucune loi ne soit édictée pour réprimer cette industrie funeste, dont la liberté d'action justifie pleinement les obstacles que les gouvernements de l'Europe, et le nôtre en particulier, ont élevés contre l'assimilation des grades universitaires.

— Les diplômes ne sont pas la seule chose que l'on falsifie en Amérique. Nous avons rappelé dans une de nos précédentes chroniques ce que le *Philadelphia medical Times* pensait des falsifications américaines des livres anglais; on connaît la fabrication des coquilles d'œuf artificielles; il paraît qu'on fait maintenant de fausses sardines. La *Gazette des Eaux* raconte qu'il existe déjà un grand nombre d'usines spécialement outillées pour ce genre de falsifications. On en a compté jusqu'à 22 dans les environs de Washington.

Les fausses sardines ne sont pas, comme la *carpe à la Chambord*, si prisée de nos gourmets, un délicieux hachis auquel on a donné la forme d'un poisson; hélas, ce sont de vulgaires harengs! Les plus petits de ces poissons sont triés; on leur coupe la tête et la queue, puis on les arrange dans des boîtes d'étain revêtues d'étiquettes en français.

L'huile de conserve employée, garantie comme huile d'olive de premier choix, est de l'huile de coton (est-ce une coquille ou un nouveau produit américain?). Les plus gros harengs, placés à part dans des boîtes ovales, sont vendues sous l'étiquette : *Truites de mer*. Quant aux portions rejetées, elles sont bouillies et pressées pour constituer de l'huile dite huile de foie de morue; enfin, pour ne laisser rien perdre, le résidu est vendu comme engrais.

— En continuant ma revue des journaux, je trouve dans le *New York medical Record* une autre espèce de falsification, relative à la quinine. Le procédé, paraît-il, est d'une simplicité enfantine, mais les noms des substances employées seraient, pour des bouches enfantines, peu faciles à prononcer.

dre; l'alcool est mal supporté, et cause d'assez vives douleurs, l'eschare est toujours très adhérente; en la perforant avec la pointe des ciseaux on fait sourdre quelques gouttelettes d'un pus graisseux d'apparence terreuse. Pansements avec la tarlatane phéniquée.

Le 26, le malade a souffert beaucoup. Il a passé une mauvaise nuit, et je le trouve avec de la fièvre. Les ganglions de l'aine sont gonflés et les parties latérales du genou très sensibles. La plaie, est douloureuse; le docteur Terrillon, qui veut bien venir voir le malade avec moi, attribue ces phénomèmes à une lymphangite légère, et prescrit la cessation des pansements humides, que l'on remplacera par la poudre de camphre ou l'onguent styrax.

Les urines de cette journée offrent la composition suivante (la quantité n'a pas été notée):

Densité, 1020; poids de matériaux solides, 44 grammes; sucre, 18,54; pendant les vingt-quatre heures.

Le 27, le camphre excitant une très vive douleur, on lui substitue l'onguent styrax. Autour de la plaie proprement dite le derme mis à nu est rouge, sécrétant, coupé de points jaunâtres mortifiés. Sur le reste de la jambe le tégument est luisant et tout parsemé de petites taches rappelant celles du purpura hémorrhagique. Un peu de l'eschare s'est éliminé; mais un phénomène assez curieux se produit. M. R... porte sur les jambes d'assez nombreuses dépressions larges comme une pièce de 20 centimes suites probables d'une éruption ecchymateuse déjà ancienne. Toutes celles de ces petites cicatrices qui se trouvaient dans la zone voisine de la plaie subissent un processus identique de nécrobiose et de complète élimination. Autour d'elles les tissus offraient les caractères de l'inflammation chronique mais sans la moindre trace d'ulcération. De cette façon les dimensions de la plaie s'accrurent singulièrement et ses bords présentèrent des irrégularités comparables aux petites baies arrondies qu'une étroite ouverture relie seule à la mer. Il est difficile de voir plus évidente démonstration de ce que l'on a si bien nommé *locus minoris resistentiæ*.

Le 29, la plaie s'est détergée, mais elle est toujours en partie recouverte par des lambeaux mortifiés très adhérents. Dans la partie qui en est débarrassée on peut apercevoir un cordon nerveux blanc isolé.

Le 1er novembre et jours suivants, un pansement de Lister est appliqué et très bien toléré; vers le 4 novembre, la plaie paraît enfin nettoyée et se recouvre toute entière de bourgeons charnus.

Le 6, l'état général est excellent, et le malade commence à faire quelques pas, la glycosurie s'est fort amendée; sur 1855 grammes de liquide émis pendant les vingt-quatre heures, on ne trouve que 8gr,49 de sucre.

Le 27, bourgeons de très bon aspect. Je panse avec le vin aromatique et touche de temps en temps avec le crayon de nitrate d'argent.

Le 4 décembre, 2006 grammes d'urines contenant 15gr,24 de sucre; la cicatrisation se poursuit d'une façon remarquable. Un peu d'œdème persiste au niveau des malléoles.

Le 13, 2635 grammes d'urine, contenant 24gr,60 de sucre. La guérison locale est complète. Le diabète est combattu par des bains d'air comprimé.

C'est à cette date que je demandai à M. R... s'il avait jamais eu les fièvres de marais. Il me répondit immédiatement que dans sa jeunesse il en avait beaucoup souffert. Il habitait vers 1840 un petit village du Dauphiné, et, de grandes inondations s'étant produites, l'Isère avait laissé en se retirant nombre de petites mares qui mirent fort longtemps à se dessécher. « Presque tous les habitants de mon village, ajoutait-il, eurent des accès et moi-même j'eus grand'peine à m'en débarrasser; je dus prendre de la quinine pendant plusieurs mois. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 27 MARS 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

Photographies instantanées d'oiseaux au vol. Note de M. *Marey*. — M. Marey présente des clichés négatifs obtenus en photographiant, pendant leur vol, des oiseaux et des chauves-souris. Il reviendra sur ce sujet.

Premiers secours aux blessés sur le champ de bataille. Note de M. *H. Fournié*. — L'auteur a réuni, dans une collection de photographies, l'indication de tous les moyens que l'homme de troupe, éloigné des approvisionnements d'ambulance, peut mettre en usage en cas de blessure sur le champ de bataille. (Renvoi au concours de médecine et de chirurgie, fondation Montyon.)

Recherches sur l'ozone, par M. l'abbé *Mailfert*. — L'auteur ne déduit pour le moment de ses expériences aucune conclusion.

Digestion intestinale. Note de M. *Duclaux*. — Les expériences très intéressantes de l'auteur tendent à établir que les ferments interviennent dans la digestion pour produire des diastases qui s'ajoutent à celles de l'organisme, et pour transformer ensuite à leur profit une portion des matériaux formés. En un mot, ils font une digestion qui se superpose à la nôtre. Le problème de savoir dans quelles proportions les deux actions se mélangent est évidemment difficile à résoudre.

« On peut, dit l'auteur, comparer la puissance de production des diastases dans les cellules des ferments et celles des glandes digestives, en cherchant où, à poids égal, il y a le plus de diastase formée. Dans un mémoire sur le lait, qui va paraître dans les *Annales de l'Institut agronomique*, j'indique les moyens de rendre cette comparaison sérieuse, et je la réalise pour la présure et la diastase qui transforme la caséine. Ma conclusion est que, à poids égal de cellules vivantes, les ferments de la caséine se montrent aussi actifs producteurs de diastases que des glandes

---

Il suffit donc de mettre en présence de la dihydrolépidine, de la dihydroéthylpyridine et le chloranhydride d'acide chloropropinique. C'est extrêmement simple en effet. On obtient de cette manière une substance appelée tartrate de quinoline ou quinine artificielle. Cette substance, employée par le docteur Schapringer, de l'hôpital Jervis, à Philadelphie, possède des propriétés légèrement antipériodiques, mais très inférieures à celles de la quinine.

— Parmi les choses curieuses que nous trouvons dans les journaux américains, nous devons citer encore la suivante, rapportée sous le titre de grossesse extra-utérine chez une caille, dans le *New York medical Record* du 7 janvier dernier. La relation en a été envoyée à ce journal par le docteur Frank Lydston, de Chicago, ex-interne à l'hôpital de la Charité, comme exemple unique en pathologie ornithique. En dépouillant une caille, on trouva dans la cavité abdominale une tumeur entièrement dépourvue d'adhérences, mesurant environ 7 pouces de circonférence, et pesant 2 onces 1/4. Une coupe de la tumeur fit voir un certain nombre de lamelles, constituant les parois d'un kyste pouvant contenir à peu près une amande. Les parois du kyste étaient divisées en couches, dont les deux internes étaient distinctes des externes et séparées d'elles par une couche de substance grumeuse semblable à du jaune d'œuf après une cuisson incomplète. Le kyste lui-même était vide. Au microscope, les lamelles étaient composées de tissu connectif et la substance grumeuse de globules d'huile, d'éléments granuleux et de cellules épithéliales. Les couches externes du sac étaient rugueuses et d'une couleur brunâtre.

La tumeur était évidemment un œuf abortif qui, n'ayant pu entrer dans l'oviducte, était tombé dans l'abdomen où il s'était enkysté par dépôt successif de couches de fibrine. Le docteur Lydston dit avoir connaissance d'un fait analogue observé chez une poule.

L. H. Petit.

digestives. Si l'on songe, dès lors, que les sécrétions gastrique et pancréatique sont intermittentes; que l'intervention des ferments est, au contraire, continue, on sera disposé à admettre que leur action ne saurait passer inaperçue au regard de celle des liquides digestifs normaux de l'organisme. En fait, l'expérience montre que, en mettant une matière alimentaire quelconque dans de bonnes conditions de température et de milieu, on peut la transformer complètement, par l'action de microbes ferments convenables, dans un temps qui n'excède pas la durée ordinaire du séjour des aliments dans les intestins. Or, on peut affirmer que, toutes choses égales d'ailleurs, l'action des ferments est plus prompte dans l'intestin que dans un vase de verre, parce que, dans ce dernier, les produits de la fermentation ne sont pas éliminés au fur et à mesure, et que c'est une règle générale que leur présence gêne et retarde, ou même arrête le phénomène qui leur donne naissance. Les deux influences que nous cherchons à démêler sont donc au moins du même ordre de grandeur. On arrive à la même conclusion par une autre voie, qui conduit, en outre, à une évaluation numérique approximative. »

RECHERCHE SUR LES ALBUMINOSES PANCRÉATIQUES. Note de M. *J. Béchamp*. — L'auteur cherche à établir que, tandis que dans les digestions gastriques le pouvoir rotatoire de la matière transformée baisse peu, reste identique et augmente quelquefois, dans les digestions pancréatiques il baisse toujours énormément. Il voit aussi dans les expériences la vérification de cette loi formulée par lui que : les zymases sécrétées par des cellules sont produites par les mycrozymas de ces cellules, et les microzymas isolés ont, dans une première phase de leur action, les mêmes propriétés que les zymases qu'ils ont engendrées.

SUR LES TRICHINES DANS LES SALAISONS. Mémoire de M. *G. Colin*. — La conclusion de l'auteur est la suivante : « Les salaisons américaines, dans les conditions et les délais où elles nous arrivent, ne paraissent pas aptes à transmettre la trichinose, à supposer qu'elles soient consommées crues ou après une cuisson imparfaite. Néanmoins, il est possible que, parfois, dans les plus récentes, dans celles d'un grand volume ou mal imprégnées dans le sel, il reste quelques helminthes vivants. Aussi, en prévision d'un danger, certainement rare et peu grave, serait-il grave de surveiller encore ces salaisons, si les mesures de prohibition qui les frappent étaient rapportées. » (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

DE L'ANALYSE DES EFFETS DES LÉSIONS CENTRALES ET DES LÉSIONS CORTICALES DU CERVEAU. Note de M. *Couty*. — L'auteur a fait quarante-six expériences sur des singes et sur des chiens, en enfonçant dans leur cerveau, par une perforation du crâne, un petit couteau à pointe élargie que l'on faisait basculer; on produisait ainsi des sections et des dilacérations bien délimitées dont tous les effets pouvaient être observés, grâce à l'absence d'anesthésie.

« Parmi ces effets, les troubles paralytiques ont toujours été les plus faciles à étudier; ils sont survenus immédiatement, sans ictus ou sans coma intermédiaires, et par leur marche et leur forme, comme par leur gravité, ces paralysies centrales ont paru entièrement semblables à celles qu'auraient produites des lésions corticales d'égale étendue. Ainsi des chiens au repos laissaient leurs membres du côté opposé à la lésion dans des positions anormales; s'ils marchaient ou couraient, ils appuyaient leurs pieds sur la face dorsale des orteils, boitaient du membre antérieur, traînaient le membre postérieur; ou encore ils tournaient du côté de la lésion ou ils se heurtaient et tombaient du côté opposé, et ils employaient de préférence les membres du côté de la lésion à se défendre, à se relever et à faire d'autres efforts compliqués.

» Les singes présentaient souvent une paralysie relativement complète des deux membres opposés et surtout de l'antérieur; mais cette hémiplégie s'observe aussi près des lésions corticales, et dans la majorité des cas, sur le singe comme sur le chien, la lésion centrale produisait seulement des modifications de la position des membres au repos, avec paralysie incomplète, gêne ou retard des mouvements unilatéraux de préhension ou de défense et conservation relative des mouvements associés de course, de marche et de phonation.

» Avec des lésions uniquement centrales, nous obtenions donc les formes de paralysie que l'on avait regardées comme caractéristiques des lésions corticales; mais l'analogie ne s'arrêtait pas là : quand l'animal faisait un effort nettement adapté à un but, comme les chiens dont on a détruit le gyrus sigmoïde, il arrivait à produire des contractions qui avaient paru d'abord impossibles, et, s'il restait au repos, on constatait une paralysie marquée des mouvements de station. Ou encore un singe ou un chien continuait à marcher, à courir, à sauter et à se défendre sans troubles apparents, et il était déjà incapable de retirer la patte opposée à la lésion si on touchait ou si on pinçait légèrement ses orteils. La paralysie épargnait donc relativement les mouvements associés ou les mouvements volontaires, et la première modification portait sur les réflexes et sur la sensibilité propre de la moelle.

» Comme pour les lésions corticales, la vision, les sensibilités tactile et douloureuse ne furent troublées que dans un petit nombre de cas, et dans ces cas l'hémianesthésie, au lieu d'être isolée, coïncida avec des phénomènes marqués de paralysie motrice. »

L'observation montre que les troubles de la vision, comme ceux de la sensibilité tactile, peuvent se produire après les lésions centrales les plus dissemblables et que, comme la paralysie motrice qui les accompagne, les anesthésies sont plus fréquentes après les lésions antérieures.

COMITÉ SECRET. — La section de médecine et de chirurgie, par l'organe de M. Gosselin, présente la liste suivante de candidats à la place laissée vacante par le décès de M. Bouillaud. En première ligne, M. Davaine; en deuxième ligne, M. Charcot; en troisième ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, M. Bert et M. Brown-Séquard; en quatrième ligne, M. Sappey.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

P.-S. — L'Académie a procédé lundi dernier à l'élection. Au premier tour de scrutin, sur 57 votants, M. Paul Bert a obtenu 30 suffrages; M. Davaine 26, et M. Brown-Séquard 1 voix. En conséquence, M. Paul Bert a été élu.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 AVRIL 1882. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le ministre du commerce transmet *les états des vaccinations* pratiquées par Mme *Luro*, sage-femme à Plaisance. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Sourris* adresse un mémoire manuscrit intitulé : *Réflexions au sujet des revaccinations au 9e régiment de chasseurs à cheval en* 1880-81. (*Même commission.*)

M. le docteur *H. Arnaud* (de Saint-Gilles-du-Gard) envoie un manuscrit pour le concours du prix Godard de 1882. (Inscrit sous le n° 7.)

L'Académie reçoit un manuscrit, sans nom d'auteur, *sur le sevrage et son étude comparative dans les différentes régions de la France*, pour le concours du prix de la *Commission de l'hygiène de l'enfance*. (Inscrit sous le n° 1.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *E. Berchon*, un ouvrage intitulé : *De l'emploi méthodique des anesthésiques et principalement du chloroforme à l'aide de l'appareil réglementaire du service de santé de la marine;* 2° de la part de M. le docteur *Ravel* (de Clermont, Oise), une brochure portant le titre suivant : *Fièvre intermittente, glycosurie, diabète sucré;* 3° au nom de M. le docteur *Jacobi* (de Philadelphie, États-Unis), une étude intitulée : *Infant feeding and infant foods;* 4° de la part de M. le docteur *Kirkbridge*, le *Report of the Pensylvanian hospital for the insane for the year* 1881; 5° au nom de M. le docteur *Rovira y Oliver* (de Barcelone), les ouvrages suivants : *De las pneumoconiosis* et *La amigdalitis y el bicarbonato sodico.*

M. *Chatin* présente un grand nombre d'ouvrages de M. *Husson* (de Toul).

M. *Jules Le Fort* fait hommage, au nom de M. *Moissonnier*, d'un *Rapport sur le régime des eaux en Tunisie.*

M. *Durand-Fardel* dépose un mémoire de M. le docteur *Byasson* sur *le dosage des substances azotées de l'urine au point de vue hydrologique.*

M. *Dechambre* présente, de la part de M. le docteur *Bertin-Sans*, professeur d'hygiène à la Faculté de Montpellier, un mémoire sur *la myopie scolaire*. (Voy. p. 232.)

M. *Gosselin* dépose, au nom de M. *Assaky*, interne des hôpitaux, une étude *sur le traitement des abcès chauds par les injections d'alcool.*

M. *Léon Colin* présente : 1° un mémoire de M. le docteur *Constan* sur *les causes*

de l'épidémie de fièvre typhoïde du 14e bataillon de chasseurs à Chambéry en 1880 (*Commission des épidémies*); 2° une relation, par M. le docteur *Granier*, *d'une épidémie de fièvre typhoïde dans la garnison de Bizerte* en 1881 (*même commission*); 3° de la part de M. le docteur *Gills*, *l'Histoire médicale du 112e régiment d'infanterie en 1880-81* (*même commission*); 4° au nom de M. le docteur *Antony*, un manuscrit intitulé : *Études statistiques et médicales sur le recrutement dans la Marne.* (Renvoi à MM. Larrey et Lagneau.)

M. *Leblanc* fait hommage des *Rapports* qu'il vient de faire à la Société centrale de médecine vétérinaire *sur les affections charbonneuses.*

M. *Noel Gueneau de Mussy* présente, au nom de M. le docteur *Despine* (de Genève), un *Essai de cardiographie clinique pour servir à l'étude des modifications du premier bruit et des chocs multiples.* (Renvoi à la commission des candidatures au titre de correspondant étranger.)

M. *Bouley* dépose trois appareils de M. le docteur *Burq*, portant le nom de : *Grande vaccineuse* (fig. 1), *Vaccineuse des familles* (fig. 2) et *Grenier à vaccin*,

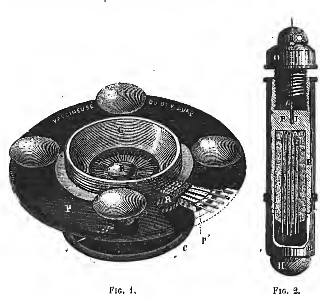


Fig. 1. Fig. 2.

qui sont destinés à conserver sur des aiguilles, et pendant longtemps, une très grande quantité de vaccin. Avec un pinceau imbibé de matière vaccinale, on charge les pointes de ces aiguilles; celles-ci sont ensuite recouvertes d'ouate et le tout est pressé entre les deux couvercles fermant à l'aide de vis. Avec une seule pustule on peut, dit l'auteur, charger 2 à 300 aiguilles; c'est à peu près ce que contient le plus grand des appareils reproduit ci-dessus.

Microzymas des glandes stomacales. — MM. *Béchamp* et *Armand Gautier*, revenant sur leurs assertions de la dernière séance à propos des sécrétions des glandes stomacales, sont d'accord pour reconnaître qu'il existe dans le suc gastrique et les pepsines bien préparées des granulations insolubles dans l'eau pure ou acidulée, qui jouissent de la propriété de peptoniser les matières albuminoïdes. Ces granulations, que M. Béchamp rapproche des ferments figurés proprement dits, et qu'il appelle depuis si longtemps des microzymas, sont-elles douées d'organisation et sont-elles la partie réellement active du suc gastrique et des pepsines? Oui, dit M. Béchamp; non, réplique M. Armand Gautier. Le suc gastrique, déclare le premier, est produit par ces organismes; ils sont vivants puisqu'ils sont doués d'activité chimique et ils agissent à la manière des cellules hépatiques dans la formation de la bile ou du sucre, à la manière aussi de la levûre de bière; d'ailleurs on ne conçoit pas l'action chimique d'un corps insoluble s'il n'est organisé, s'il n'est constitué au moins par une cellule formée d'un contenu et d'un contenant au travers duquel s'accomplissent des phénomènes d'osmose; c'est le cas du microzyma, cellule si petite qu'un millimètre cube peut en contenir jusqu'à 15 milliards (*sic*) et qui est capable de sécréter une substance soluble sans être soluble lui-même. Mais où sont donc chez les microzymas les caractères habituels des matières organisées, répond M. Gautier? Ils ne se reproduisent pas; peuvent agir même dans les poisons les plus actifs; au surplus, lorsqu'on a filtré du suc gastrique pendant plusieurs jours à travers un tube de porcelaine, afin de le priver des organismes qu'il peut contenir, on n'en obtient pas moins une matière qui dissout la fibrine comme la pepsine elle-même, ainsi qu'il résulte des expériences récentes de M. Gautier.

Qu'est-ce donc qu'un microzyma, demande M. *Colin* (d'Alfort) à M. Béchamp? Est-ce la cellule même ou les granulations des cellules des glandes à pepsine? Si c'est la cellule, le microzyma est alors un être organisé; si ce sont les granulations, l'histologie démontre qu'il s'agit alors de substances amorphes, sans noyau, etc. En tout cas, le suc gastrique peut agir indépendamment de ces êtres organisés, comme la salive, le suc pancréatique, etc., qui n'en agissent pas moins, le premier sur l'amidon, le second sur les graisses. En réalité, le suc gastrique est produit par les cellules qui se trouvent à l'intérieur des glandes à pepsine.

M. *Béchamp* se borne à remettre sa définition du microzyma au jour où il fera une communication, pour laquelle il est inscrit, sur les antiseptiques.

Chloroforme et chloroformisation. — La septième séance de la discussion sur le chloroforme et la chloroformisation n'a point encore clos le débat. Une note de M. *Léon Le Fort*, lue en son absence par M. le Secrétaire perpétuel, soumet en effet à M. Vulpian une question des plus importantes, à laquelle celui-ci répondra sans nul doute mardi prochain. En parlant des accidents qui peuvent survenir chez les animaux anesthésiés au cours d'une opération, M. Vulpian avait en effet montré que le chloroforme n'éteignait pas l'action réflexe sur le cœur et la respiration, et qu'une opération capable d'amener, sur un animal non endormi, une vive douleur, pouvait occasionner, sur un animal anesthésié, tantôt une syncope respiratoire, tantôt une syncope cardiaque. Ces faits expérimentaux expliquent bien comment la mort a pu survenir dans le cas, rappelé par M. Le Fort, où il perdit son malade au moment où il dilatait l'anus, siège d'une fissure; de même dans le cas de M. Trélat, alors que la syncope mortelle survint lorsqu'il sectionnait le point par lequel lui arrivaient les vaisseaux et les nerfs, après avoir énucléé la tumeur peu adhérente, etc. Or, que faire en présence d'une opération douloureuse à pratiquer? Faut-il seulement atténuer la sensibilité sans aller jusqu'à l'anesthésie complète et alors, si l'on peut redouter peut-être l'apparition plus facile de la syncope, on aurait plus de chances de la combattre avec succès; ou doit-on aller jusqu'à l'anesthésie absolue? Dans ce cas une syncope accidentelle serait presque à coup sûr mortelle, mais ne peut-on alors espérer qu'on l'a prévenue en affaiblissant ou en éteignant l'action réflexe due à l'acte opératoire? Telles sont les questions sur lesquelles M. Le Fort sollicite l'avis autorisé de M. Vulpian.

Quant à M. *Trélat*, appréciant la réponse de M. Gosselin aux critiques qui avaient accueilli sa communication, il s'efforce de relever les points sur lesquels l'accord est assez près de se faire entre les divers orateurs qui ont pris part à cette discussion. Au point de vue théorique, rien de plus précis n'a été énoncé que ce qui ressort des expériences rapportées par M. Vulpian, et ce n'était pas là d'ailleurs le point principal soulevé par M. Gosselin; car ce que celui-ci voulait surtout faire admettre, c'est la nécessité de pratiquer l'inhalation chloroformique avec un certain soin et une certaine surveillance. Or, le chloroforme n'est-il pas en général donné à doses progressives par presque tous les chirurgiens, et quant à la nécessité d'interrompre de temps en temps l'inhalation pour faire respirer au malade de l'air pur, presque tout le monde n'agit-il pas ainsi? Si M. Gosselin a cru devoir louer la manière de faire de M. Tillaux qui interpose sa main entre la compresse et la bouche du malade lorsqu'il verse de nouveau le chloroforme, M. Trélat, quant à lui, ne manque jamais d'enlever complètement la compresse et de l'étreindre dans sa main pour éviter l'action caustique de l'agent anesthésique s'écoulant sur la figure; ces procédés, comme tous

les autres, ne constituent-ils pas des intermittences dans l'administration du chloroforme? Il est vrai que ces intermittences ne sont pas régulières et comptées, comme le veut M. Gosselin. Faut-il donc uniquement pour ce détail reconnaître au procédé de celui-ci des avantages si exceptionnels qu'il serait le seul avec lequel on serait assuré de ne plus avoir a redouter d'accidents? La pratique n'en a pas encore été assez longue pour mériter pareille affirmation, surtout quand on compare ses résultats avec des séries aussi heureuses obtenues avec d'autres procédés qui n'ont cependant pas mis un certain jour à l'abri des accidents les plus graves; parmi les malades, en outre, et tout le monde est d'accord avec M. Gosselin sur ce point, il en est de plus particulièrement exposés. C'est aux progrès de la science à expliquer ces différences et à en prévenir les dangers.

Après avoir recherché par les détails tout ce qui unissait les divers orateurs entendus dans cette discussion, M. Trélat reproche de nouveau à M. Gosselin d'avoir reproduit l'aphorisme de Sédillot, cet aphorisme, non pas oublié, mais dont on ne parlait plus, et d'avoir prétendu de nouveau que le chloroforme ne tue que lorsqu'il est mal administré; une telle parole prononcée dans de telles circonstances ne peut avoir qu'un retentissement dangereux, car elle tend à enlever leur sécurité aux chirurgiens et, — M. Trélat en cite des exemples, — elle rend plus difficile dans les familles l'acceptation de la chloroformisation.

Assurément, réplique M. *Gosselin*, lorsque je suis venu proposer un nouveau mode d'administration du chloroforme nécessitant de nombreuses intermittences et une grande surveillance, je n'ignorais pas que beaucoup de chirurgiens ne manquent pas de suivre ces principes et d'agir ainsi; mais je savais également qu'un certain nombre étaient loin de suivre cet exemple. Aussi est-ce dans ce but que j'ai proposé ma méthode et je suis loin de le regretter.

Répondant à l'observation que M. Trélat lui avait incidemment faite, M. *Jules Guérin* explique qu'en disant, comme Sédillot, que le chloroforme mal administré peut tuer, il n'a pas entendu prononcer une parole de blâme à l'adresse des chirurgiens, mais seulement affirmer qu'il n'y a pas dans cet anesthésique la « raison absolue de tuer », et qu'il faut alors rechercher, avec méthode et suivant une doctrine précise, le meilleur mode d'administration qui puisse faire éviter tous les dangers.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 29 MARS 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Kystes dermoïdes ovariens et fibrome utérin; gastrotomie; mort. — Fistules recto-vulvaires. — Présentation d'une pièce; polype utérin et inversion utérine. — De l'ulcération des artères au contact du pus. — Présentation d'une pièce.

— M. *Duplay* lit un rapport sur une observation adressée à la Société par M. Queirel (de Marseille): kystes dermoïdes de l'ovaire et fibrome utérin; gastrotomie; mort. Une femme de quarante-trois ans, bien réglée, avait dans la fosse iliaque droite une tumeur qui augmenta rapidement de volume et gêna les fonctions.

Le 10 mars 1881, M. Queirel fit l'opération avec toutes les précautions anti-septiques. Après l'ouverture du ventre, l'utérus dilaté par une fibrome interstitiel se présenta et fut lié au niveau du col avec le serre-nœud de Cintrat. Un kyste de l'ovaire droit du volume d'une orange fut lié et coupé. Plus en arrière se trouvait une poche qui se rompit et du pus fétide se répandit dans le bassin. Cette poche faisait partie de l'ovaire gauche, et aussi d'un kyste dermoïde contenant des cheveux, de la peau et des os. Excision de cette poche et toilette du péritoine. L'opérée mourut dans la nuit qui suivit l'opération.

Les kystes des deux ovaires étaient dermoïdes; ces faits ne sont pas rares; M. Duplay a opéré une femme dont les deux ovaires étaient également malades.

Quand il y a des kystes ovariques et de fibromes utérins, faut-il enlever les kystes d'abord, et plus tard les fibromes? M. Queirel a tout enlevé à la fois. M. Duplay pense qu'il faut se borner à l'ovariotomie, à cause de l'extrême gravité de l'hystérectomie; chez une femme de quarante-sept ans, il a fait l'ovariotomie laissant dans l'abdomen l'utérus avec ses fibromes; la malade resta guérie. Il faut se borner à enlever les kystes, sauf indications spéciales.

M. *Trélat* demande à M. Duplay d'ajouter à son rapport ces indications spéciales, par exemple les tumeurs sarcomateuses, ou les fibromes très volumineux exposant à des accidents.

M. *Terrier* a trois ou quatre observations dans lesquelles il a dû enlever kystes et utérus; les opérées ont succombé. Il est maintenant de l'avis de M. Duplay. Quand les tumeurs fibreuses sont petites et pédiculées, il n'y a pas inconvénient à les enlever. Si les fibromes sont volumineux et sessiles, il vaut mieux les laisser.

Quand il s'agit de fibromes très volumineux, on a parfois enlevé les ovaires pour diminuer les congestions utérines et éviter les hémorrhagies; ou bien encore un ovaire était malade, et on a enlevé les deux ovaires pour modifier la nutrition de l'utérus. Si la tumeur fibreuse a donné lieu à des accidents, à des hémorrhagies, si la malade est jeune, la conduite à tenir est plus difficile à indiquer. Voilà des questions qu'il faut étudier, et dont les chirurgiens doivent chercher la solution.

M. *Théophile Anger* a lu à la Société une observation de kyste dermoïde du ligamment large; la tumeur avait écarté les deux feuillets de ce ligament et l'ovaire était à la partie supérieure. Une simple incision du péritoine permit d'énucléer le kyste. La malade guérit.

M. *Duplay*. Etant donné un malade qui a un kyste de l'ovaire et un fibrome utérin, quelle conduite tenir? C'est ce que M. Duplay a recherché dans son rapport.

— M. *Trélat* conserve le souvenir précis de quatre opérations de fistules recto-vulvaires. A l'hôpital Saint-Louis, pour la première malade, opération simple, insuffisante; échec rapide. — Chez une autre malade à la Pitié; avivement peut-être insuffisant; demi-résultat. Dans le troisième cas, il y eut une guérison presque complète.

Enfin, en 1879, M. Trélat fut consulté par une femme qui avait une fistule recto-vulvaire. En même temps qu'il y avait fistule, il y avait déchirure incomplète du périné. La malade, agée de trente-six ans, était accouchée deux fois. La fistule avait sept millimètres de diamètre. Ce qui empêche la guérison de ces fistules, c'est la minceur de la paroi. M. Trélat fit une longue incision de chaque côté de la fistule sur la face vaginale, simulant un V renversé, dont les deux extrémités s'adaptaient avec un V normal, complétant la losange ayant pour centre l'orifice anormal. Avivement de tout cet espace, rapprochement des côtés correspondants et suture. Le résultat fut immédiatement satisfaisant. C'est ce genre d'opération que M. Trélat se propose de mettre en œuvre sur une cinquième malade.

Outre la minceur de la paroi, M. Verneuil a signalé une autre cause d'insuccès, c'est l'issue des gaz et des matières fécales. M. Trélat a vu une dame qui mangeait toute la journée, et allait à la selle toute la journée; après trois mois de régime, on espérait avoir réglé les selles, mais trois jours après l'opération il survient une débâcle qui rompit les sutures.

M. *Després* croit avoir trouvé quelque chose qui facilite la guérison de ces fistules. Une femme avait une fistule recto-vulvaire suite de chancre du vagin. M. Després transforma

cette fistule en fistule à l'anus, et en fistule vulvaire; la guérison fut rapide.

— M. *Farabeuf* présente une pièce anatomique. Une femme de cinquante-quatre ans, maigre, chétive, ayant eu plusieurs enfants, fit un avortement à quarante et un ans; trois ans plus tard elle expulsa des membranes. En 1872, métrorrhagie; une tumeur incomplètement réductible existait à l'orifice du col utérin; l'hystéromètre circonscrivait une sorte de pédicule. En 1874, on constata que l'utérus était en place.

En 1881, douleurs lombaires; une tumeur apparaît aux grandes lèvres; le 16 novembre, la grosseur sort par la vulve et ne peut être réduite. Il pend à la vulve une tumeur de 20 centimètres de longueur, formée de deux parties soudées bout à bout. La partie inférieure a une consistance uniforme; on croit voir à la surface les orifices des trompes. La vessie est en place.

Par le toucher, on arrivait en avant à 5 centimètres, et en arrière à 6 centimètres; on ne rechercha pas la sensibilité de la tumeur. On diagnostiqua une chute de l'utérus. On fit la ligature élastique entre les deux moitiés de la tumeur. La malade, qui était déjà très affaiblie, mourut bientôt. On voit sur la pièce qu'il s'agissait d'une invagination complète de l'utérus avec renversement du vagin, déterminée par un corps fibreux utérin. L'infundibulum péritonéal avait 13 centimètres de profondeur. Ces inversions utérines ne sont pas très rares à la suite des polypes utérins.

M. *Le Fort*. En 1872, arriva à Lariboisière une femme très malade, avec une tumeur très volumineuse à la vulve, avec rides du vagin en avant; au toucher, pas de culs-de-sac. On crut à une tumeur fibreuse ayant invaginé l'utérus et le vagin. Avec le thermocautère incision sur la tumeur; on tomba sur une tumeur fibreuse qui fut énucléée. Puis, ligature et section de l'utérus avec le thermocautère; mort au bout de quarante-huit heures.

A l'autopsie, l'utérus était en place ! L'utérus était à peu près intact. Au niveau du col utérin s'était développée une tumeur fibreuse qui avait déterminé un allongement considérable du col utérin.

M. *Tillaux* a vu l'an dernier un cas analogue à celui présenté par M. Farabeuf. Une tumeur bilobée pendait hors de la vulve; plus de culs-de-sac du vagin. Où commençait le corps fibreux, où commençait l'utérus? La malade ne fut pas endormie, M. Tillaux coupa avec le bistouri; la partie était indolente; c'était le fibrome; la malade guérit. L'utérus se réduisit plus tard. Il faut tenir compte de la sensibilité pour distinguer l'utérus sensible du fibrome insensible.

— M. *Humbert* lit un travail sur l'ulcération des artères au contact du pus, à propos de deux cas d'ostéo-myélite.

— M. *Lannelongue* présente une pièce de reproduction osseuse. A la suite d'ostéo-myélite du maxillaire inférieur, un séquestre considérable fut éliminé. Il se reproduisit un os nouveau que M. Lannelongue présente. L'enfant âgé de trois ans mourut de scarlatine. Toute la moitié de la mâchoire s'est reproduite; il y a deux articulations fibreuses dans cet os nouveau.

L. Leroy.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 23 MARS 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Emploi de la pétréoline en pharmacie : M. Limousin. — Cantharidisme déterminé par les vésicatoires : M. Dujardin-Beaumetz. (Discussion.) — Traitement de la chorée par les bains galvaniques : M. C. Paul.

M. *Limousin* présente à la Société quelques échantillons de préparations pharmaceutiques, dans lesquelles la pétréoline (ou vaseline) remplace l'huile ou l'axonge. On sait, en effet, que la pétréoline est d'une manipulation très commode et offre le grand avantage de ne point rancir et de s'opposer même au rancissement des corps gras qui lui sont associés; il reste cependant à démontrer expérimentalement que l'action thérapeutique des substances incorporées à la vaseline n'est ni ralentie ni atténuée. M. Limousin dépose sur le bureau un emplâtre vésicant, qui ne diffère de celui du Codex que par la substitution de la pétréoline à l'huile d'olives, et un suppositoire dont la masse est composée de vaseline et de paraffine.

M. *C. Paul* a expérimenté l'onguent mercuriel préparé avec la pétréoline; il a trouvé que l'absorption du mercure était aussi active qu'avec l'onguent à l'axonge, et que la salivation mercurielle se produisait aussi rapidement.

— M. *Dujardin-Beaumetz* a eu récemment occasion de s'occuper du cantharidisme consécutif à l'application des vésicatoires; il désire savoir ce que pensent ses collègues de l'emploi de la poudre de camphre ou d'une poudre alcaline à la surface de l'emplâtre vésicant, comme moyen prophylactique des accidents du côté des voies urinaires. Pour lui, à l'exemple de Gubler, il n'a aucune confiance dans l'emploi du camphre; il est d'avis que le meilleur moyen préventif est de ne laisser que peu de temps le vésicatoire appliqué sur la peau et de favoriser le soulèvement de l'épiderme avec un cataplasme. Les accidents de cantharidisme, causés par le vésicatoire, lui semblent plus fréquents que ne l'a dit Gubler, aussi croit-il utile de rechercher les procédés qui permettront de les éviter.

M. *Catillon* a expérimenté sur lui-même l'action du papier de soie huilé interposé entre l'épiderme et le vésicatoire; il empêche l'absorption de la cantharidine, sans s'opposer au soulèvement de l'épiderme.

M. *N. Gueneau de Mussy* ne croit pas à l'action préservatrice de la poudre de camphre. Le meilleur procédé consiste à interposer un papier huilé, non pour empêcher l'absorption de la cantharidine, mais pour éviter que des parcelles d'emplâtre vésicant restent sur la peau lorsqu'on enlève le vésicatoire, et à laisser en outre le révulsif en place le moins longtemps possible; dès que l'épiderme commence *à se friser*, l'effet utile est obtenu, et il suffit d'appliquer un cataplasme beurré, pour voir la bulle se former à la surface du tégument. Ces précautions rendent bien rares les accidents des voies urinaires.

M. *Féréol* croit également que le papier de soie huilé n'est pas un obstacle infranchissable pour l'absorption de la cantharidine; il l'emploie constamment chez les enfants et cependant il a parfois observé quelques légers accidents. D'ailleurs, si l'on analyse l'urine de tous les malades auxquels on a appliqué un vésicatoire, on y trouve presque constamment de l'albumine, alors même qu'on n'observe aucun désordre appréciable du côté des reins ou y de la vessie. Cette albuminurie révèle l'absorption de la cantharidine; les accidents de cantharidisme ne sont donc qu'une manifestation plus intense du même phénomène, ou dépendent d'une absorption plus considérable.

M. *C. Paul* pense qu'il y a dans la pathogénie des accidents de cantharidisme une question de *surface* et de durée d'action. Il a observé que, chez l'adulte, un vésicatoire de 12/12 ne déterminera aucun trouble du côté des voies urinaires, mais qu'avec un vésicatoire de 15/15, il en sera le plus souvent tout autrement. La durée de l'application doit, du reste, être aussi courte que possible. Un assez bon moyen prophylactique de la cystite consiste à obtenir la diurèse, par l'emploi de boissons alcalines abondantes. M. C. Paul a quelquefois fait appliquer un même emplâtre vésicant une seconde et une troisième fois; son action révulsive n'a paru être en rien diminuée. Il croit que le meilleur mode de pansement,

pour éviter le déplacement de l'appareil et l'arrachement de l'épiderme, lorsque le vésicatoire a été posé dans le dos, consiste dans l'emploi de deux papiers cératés superposés; il se fait entre eux un glissement qui s'oppose à tout frottement trop rude sur la surface douloureuse du tégument.

M. *Créquy* pense qu'il faut tenir grand compte de la région où l'on applique le révulsif et de l'épaisseur de l'épiderme; ainsi de larges vésicatoires à la cuisse ne donnent jamais d'accidents de cantharidisme. Il croit d'ailleurs que l'on n'a rien à redouter si l'épiderme n'est pas déchiré; de là le précepte de fixer très solidement le vésicatoire pendant toute la durée de son application. Il a retiré de bons effets de l'emploi des tisanes rendues alcalines par l'adjonction de 5 à 6 grammes de bicarbonate de soude.

M. *Cadet de Gassicourt* a observé un cas dans lequel un vésicatoire, bien que saupoudré de bicarbonate de soude, a déterminé une violente cystite chez le malade, en dépit même de l'ingestion préventive d'une bouteille d'eau de Vichy.

M. *Moutard-Martin* est d'avis qu'il faut, avant tout, laisser le vésicatoire peu de temps en place; mais il s'étonne de ne pas voir faire une large place à l'idiosyncrasie dans la genèse du cantharidisme. N'observe-t-on pas tous les jours des malades qui n'ont aucun accident après l'application de larges vésicatoires, tandis que d'autres ont des cystites intenses à l'occasion du vésicatoire le plus exigu?

M. *Gouguenheim* croit en effet que les névropathes offrent une prédisposition toute spéciale au cantharidisme. Pour lui les accidents seraient moins fréquents avec un emplâtre vésicant *sec* et consistant.

M. *Duhomme* admet que l'intégrité de l'épiderme, en dépit de la durée de l'application, est le plus sûr préservatif.

M. *Delpech* rappelle que les vésicatoires chimiques, aux cantharidates alcalins, expérimentés par Gubler, n'ont jamais occasionné d'accidents. D'ailleurs leur action révulsive était complète en quatre à cinq heures; ils restaient donc peu de temps en contact avec la peau.

M. *Durand-Fardel* pense qu'il peut être utile, lorsqu'on prescrit un vésicatoire, de se renseigner auprès du malade pour savoir si une application antérieure du même révulsif aurait été suivie ou non d'accidents de cantharidisme. Suivant les cas on devra prendre toutes les précautions indiquées ou, au contraire, s'en abstenir.

M. *E. Labbé*. C'est avant tout l'intégrité de l'épiderme qui est indispensable; l'idiosyncrasie n'est qu'un mot vague et non un fait réel dans ce cas. Si l'épiderme est déchiré, en dépit du papier huilé et des autres précautions, il y aura des accidents de cantharidisme.

M. *Dujardin-Beaumetz* résume la discussion; il paraît démontré que le papier huilé peut exercer une action prophylactique que ne possèdent nullement le camphre ou les poudres alcalines; la consistance de l'emplâtre et les dimensions du vésicatoire semblent d'ailleurs avoir une influence marquée. L'intégrité de l'épiderme serait indispensable, ce qui explique la fréquence des accidents lorsque le vésicatoire est appliqué peu après des ventouses scarifiées. Enfin le point le plus important, c'est la durée d'application, suivant les âges et suivant les régions du tégument cutané : le contact avec la peau doit être aussi court que possible; aussitôt que l'épiderme commence à *se friser*, l'effet révulsif est obtenu. Malgré ces précautions, si l'on craint une prédisposition spéciale chez le malade, on se trouvera bien d'employer les boissons délayantes et alcalines pour atténuer autant que possible les effets de la cantharidine sur les voies urinaires.

— M. *C. Paul* a continué ses recherches sur le *traitement de la chorée par les bains galvaniques*. Depuis sa première communication, il a employé ces bains chez deux jeunes filles choréiques; la première, âgée de dix-huit ans, présentait une hémichorée droite très intense, qui a été améliorée, après le troisième bain, au point de permettre à la malade de se servir de sa main droite pour boire et pour manger; à partir du même moment l'écriture est devenue possible. On a continué à administrer un bain tous les deux jours, et, après le septième, l'hémichorée, presque guérie, est passée du côté gauche, pour disparaître entièrement après le quatorzième bain. La seconde malade, âgée de dix-sept ans, était atteinte d'une chorée généralisée grave, ayant amené des excoriations du menton et des régions épitrochléennes, par suite du frottement sur les draps. On dut attacher la malade dans son lit le premier jour et lui donner une forte dose de chloral. Elle fut guérie à la suite de six bains galvaniques; l'amélioration était considérable dès le troisième bain et permettait l'écriture. M. C. Paul possède encore un autre cas de guérison rapide, mais qui concerne une femme hystérique, aussi croit-il ne pouvoir en tirer aucune conclusion.

M. *Cadet de Gassicourt* a essayé trois fois ce mode de traitement; il a administré à chaque enfant une quinzaine de bains d'une demi-heure environ, sans en avoir obtenu aucun résultat favorable. Il se propose d'ailleurs de continuer cette expérimentation.

M. *C. Paul* fait observer que, pour des enfants, la durée du bain lui semble un peu longue; souvent on constate après le premier et même le second bain une augmentation de l'agitation.

M. *Cadet de Gassicourt* n'a rien observé de semblable; l'effet thérapeutique paraissait absolument nul. Il communiquera les résultats de ses essais ultérieurs.

A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Le problème de la myopie scolaire, par M. E. Bertin-Sans, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Les causes principales de la myopie des écoles sont la défectuosité des caractères, ou trop petits ou mal formés, et l'insuffisance de la lumière. C'est de l'insuffisance de la lumière que l'auteur s'occupe spécialement, après avoir toutefois énuméré et apprécié brièvement les autres causes signalées par les divers observateurs, telles que la position vicieuse des moyens d'éclairage, la mauvaise construction du mobilier, obligeant les enfants à rapprocher les yeux de leur cahier, etc.

M. Bertin-Sans n'adhère pas à l'opinion, défendue par plusieurs ophthalmologues ou physiciens, que l'intensité d'une lumière diffuse, latérale ou bilatérale, ne saurait être trop forte : il fait au moins à cet égard d'expresses réserves et demande la preuve que la myopie se distribue entre les parties d'une classe inégalement éclairée en proportion et dans la mesure de leur infériorité d'éclairage. Il voudrait qu'on fît dans la même école, non seulement l'examen de la portée oculaire de chaque élève, mais aussi l'examen parallèle du degré d'éclairage que recevra chaque pupitre, et non pas vaguement le degré d'éclairage qui arrivera dans telle ou telle partie de la classe.

Pour cette étude, l'auteur a recours à la photométrie; et, après quelques critiques adressées au procédé de Landolt, propose une application particulière du photomètre de Rumford. On connaît cet instrument: un écran blanc; devant cet écran, une tige opaque; devant cette tige, deux lumières. Si les deux lumières sont d'égale intensité, les deux ombres formées par la tige sont d'égale valeur; si l'une des lumières

est plus intense que l'autre, l'ombre formée par celle-ci devient plus claire, et, pour ramener l'égalité des deux ombres, on éloigne de l'écran la lumière la plus intense, selon les conditions de la décroissance de l'intensité lumineuse qui est inversement proportionnelle au carré de la distance. Or, dans le procédé proposé par M. Bertin-Sans, une bougie unique est placée devant l'écran, l'autre étant remplacée par la lumière même du jour. Lorsque les milieux comparés posséderont un éclairage de même intensité, l'éloignement de la bougie qui amènera la disparition de l'ombre restera le même et, si ces milieux diffèrent quant à l'intensité de la lumière du jour, la différence sera exprimée par la quantité dont il faudra réduire l'éclat de la bougie sur l'écran, et cette réduction est encore exprimée par le rapport des carrés des distances.

Le mémoire est terminé par une étude des applications particulières qu'on peut faire de ce procédé et des modifications qu'il devra subir suivant les conditions matérielles de l'expérience à instituer; suivant, par exemple, qu'il s'agit d'apprécier le degré d'éclairage d'un tableau mural ou d'une surface qui serait, au contraire, plus ou moins inclinée. (*Annales d'hygiène*, janvier et février 1882.)

BIBLIOGRAPHIE

L'Asclépeion d'Athènes, d'après de récentes découvertes. Thèse présentée à la Faculté des lettres de Paris, par M. Paul Girard, ancien membre de l'École française d'Athènes, maître de conférences à la Faculté des lettres de Toulouse. — Paris, 1881. Ernest Thorin.

(Fin. — Voyez le numéro 13.)

A côté de ces renseignements extraits des livres se placent ceux que l'on lit encore gravés sur les bas-reliefs et les blocs de marbre extraits des ruines des Asclépions. D'après Strabon, les murailles des temples d'Epidaure, de Cos et de Tricca étaient ornées de tableaux où se lisait le traitement des maladies; il ajoute que de ces tableaux votifs Hippocrate avait tiré tout ce qu'il écrivit touchant le régime. Pline s'exprime d'une manière analogue (14), en parlant d'Hippocrate : *Is, quum fuisset mos liberatos morbis scribere in templo hujus Dei quid auxiliatum esset, ut postea similitudo proficeret, conscripsisse ea traditur atque instituisse medicinam quæ* κλινική *vocatur* (15). »

Ainsi notre *clinique* aurait été faite d'abord auprès des lits des malades couchés dans les temples. Une inscription du recueil de Gruter mentionne le traitement suivant, prescrit à un malade pour le guérir d'un crachement de sang : se nourrir pendant trois jours de l'amende du pinpignon assaisonnée de miel. Ce fruit était en si grand honneur dans la médecine des temples qu'à Sicyone on l'avait placé dans l'une des mains de la statue du Dieu (16), et qu'on le lui consacrait sur des bas-reliefs (17). Or, nous lisons dans Hippocrate qu'il prescrivait contre la péripneumonie du galbanum et des amandes de pinpignon dans du miel attique (18). Une ordonnance de l'Asclépion de Pergame, rapportée par Philostrate, consistait à manger une perdrix à l'encens. Hippocrate recommande la chair de la perdrix comme l'une des plus sèches, et l'on sait la place considérable que tenait l'encens dans la thérapeutique. M. Girard insiste avec raison sur le grand rôle que jouait l'eau dans la médecine des Asclépions. Ce rôle n'était pas moindre dans celle des médecins de Cos. Hippocrate employait l'eau chaude ou froide en boissons ou en affusions, dans une grande quantité de cas que relate l'index de M. Littré. Il estimait l'eau courante des sources et surtout dans les conditions où l'on choisissait celles-ci pour l'emplacement des Asclépions. Il faisait un usage raisonné de l'eau de mer. Cela est à rapprocher d'un vers d'Aristophane, qui appartient à la scène du *Plutus*, où le poète se moque si franchement des prêtres d'Esculape et de leurs jongleries. Il figure un malade, Plutus, introduit pour chercher sa guérison, suivant la mode du temps, dans l'Asclépion. Le premier acte des desservants du temple est de le conduire ἐς θάλατταν. On a fort diversement interprété ce passage. La mer était, comme elle l'est toujours, à 7 kilomètres du temple. Il est probable, comme l'a suggéré l'un des examinateurs lors de la soutenance de la thèse de M. Girard, qu'il faut entendre par là une piscine où l'on conservait l'eau de mer, surtout si l'on s'en réfère à l'article où Dioscoride (19) traite de l'usage médical de l'eau de mer et de la manière de la conserver. θάλασσα signifie proprement *eau de mer* chez Dioscoride comme chez Hippocrate (20).

Ainsi il a existé, à une époque difficile à préciser, des habitudes thérapeutiques communes à la médecine des oracles et à celle des Hippocratiques. Certains faits dénotent même, chez les prêtres chargés d'interpréter les songes, les connaissances médicales de leur époque, en même temps qu'une grande dextérité d'esprit. On trouve plusieurs de ces faits dans l'ouvrage d'Artémidore. Une femme qui souffrait d'un phlegmon du sein rêva qu'un mouton la tétait. Le prêtre lui ordonna des cataplasmes de plantain, plante émolliente, qui se nomme en grec ἀρνόγλωσσον, ce qui paraît signifier *langue d'agneau*, bien que cela signifie en réalité plante à feuilles linguiformes et velues (21). Fronton, le goutteux, ayant rêvé qu'il se promenait dans les faubourgs de la ville, on lui ordonna de se frotter la partie malade avec la cire dont les abeilles construisent le vestibule de leur ruche. Cette sorte de cire se nommait πρόπολις.

Mais nous avons mieux que des ordonnances. On a trouvé dans les ruines des temples, outre des inscriptions, des offrandes d'un caractère exclusivement médical. Nous ne parlons pas seulement de ces ex-voto consistant dans la reproduction de parties malades, qui devaient faire de certaines parties des Asclépions comme autant de musées d'anatomie pathologique, suivant une coutume qui de nos jours existe encore dans le midi de l'Espagne. Nous parlons surtout des dépôts faits par les médecins, dépôts qui attestent le souvenir qu'ils conservaient de leurs relations originelles avec le sanctuaire. C'est à Delphes qu'Hippocrate avait consacré, en souvenir de ses études anatomiques, un squelette en bronze (22), et que plus tard Erasistrate déposa un davier de son invention (23). M. Girard a cru trouver dans ces inventaires du mobilier des temples, inventaires plusieurs fois retracés sur la pierre, la preuve de faits analogues. Peut-être y a-t-il eu là une interprétation erronée de quelques termes encore obscurs. Le principal de ces termes est celui de καθετὴρ ὕαλινος, qu'on traduit par une *sonde de verre*. Ce serait là un instrument de chirurgie étrange,

(14) Pline, XXXIX, cap. II, IV et VIII.

(15) En présence de ces témoignages de l'antiquité, il importe peu de discuter une opinion émise d'abord par Grimm (t. II, p. 508, de sa traduction allemande d'Hippocrate), et soutenue surtout par M. Ermerins (*Specimen historico-medicum inaugurale de Hippocratis doctrina a prognostico oriunda*). D'après cette opinion, partagée d'abord (*Œuvres complètes d'Hippocrate*, I, p. 351) puis abandonnée (*Œ. c.*, t. VIII, p. 628) par M. Littré, et ruinée définitivement par M. Daremberg, le 1er livre des *Prorrhétiques* aurait consisté dans la copie de ces tableaux votifs; les *Prénotions de Cos* auraient été une deuxième édition de ces *Prorrhétiques*, et le *Traité du pronostic* aurait été fondé sur les *Prénotions de Cos*. Mais ces dernières ne consistent qu'en une collection d'emprunts faits à différents livres hippocratiques, et les *Prorrhétiques* ne disent presque jamais rien du traitement.

(16) Pausanias, II, 10, 3.

(17) Ἀθήναιον, t. V, p. 318, n. 39.

(18) *Œuvres complètes d'Hippocrate* t. II, p. 466.

(19) Diosc. liv. V, cap. XIX.

(20) Hipp., t. VI, p. 126.

(21) Il s'agit du *Plantago lagopus*, plante commune en Grèce. Un cytise à feuilles velues se nomme ἀρνόγλωσσον, ce qui assurément ne signifie pas *feuille d'agneau*. Le nom grec de l'agneau, signifie proprement l'animal à toison laineuse, du participe sanscrit *vurnd*, couvert (de laine), d'où le dérivé *urna*, laine.

(22) Pausanias, X, c. XVI.

(23) Cœlius Aurelianus, *Chron. et acut.*, 11, 4.

et il n'est pas inutile de faire remarquer que d'après l'*Onomasticon* de Julius Pollux ce terme pourrait bien signifier un *collier de verroteries*, objet qui se concevrait mieux, placé dans l'inventaire entre une bague et un autre ornement de femme. D'un autre côté, il est possible qu'au nombre des instruments d'un usage médical, il faille, chose surprenante, admettre les étrilles. Lucien fait quelque part mention (24) des étrilles hydrothérapiques qui portaient au loin le nom de Pergame, et Dioscoride atteste l'emploi thérapeutique de la crasse des athlètes (substance particulièrement émolliente!) que l'on râclait de leur corps au moyen d'étrilles. Ces détails du sujet réclament évidemment une étude complémentaire. Quant aux bas-reliefs, ils jettent aussi quelque lumière sur les rapports des médecins avec les temples. L'un d'eux représente nominativement des médecins connus, tels que Dieuchès et Mnésithée (25) parmi ceux des personnages qui font une offrande à Esculape, ce qui concorde avec d'autres documents. On sait en effet que les médecins publics d'Athènes (οἱ ἰατροὶ δημοσιεύοντες, salariés par l'état pour des services publics, et formant une corporation) avaient coutume de célébrer, à des époques déterminées, certaines cérémonies religieuses, et surtout (26) d'offrir un sacrifice à Asklépios et à Hygyeia, en leur nom propre et au nom des malades qu'ils avaient guéris ; et nous voyons dans le décret dorien de Carpathos, commenté par M. Wescher, qu'un médecin, Ménécrate, ayant été honoré pour ses services et son abnégation d'une couronne de feuillage, c'est pendant la fête des *Asclepieia* et dans le temple d'Esculape que devait avoir lieu la cérémonie du couronnement.

Voilà, ce me semble, pour juger la controverse que nous rappelions en commençant cet article, assez de documents émanant de l'antiquité elle-même. En évitant une généralisation trop large, et abstraction faite des écoles qui se formèrent en Italie indépendantes d'un culte, il est permis de penser que les disciples sacerdotaux et les disciples médicaux d'Esculape ont dû vivre côte à côte pendant une période indéterminée, assurément très ancienne. Sans doute cette période ne remonte pas jusqu'à celle de la guerre de Troie ; Homère ne parle pas des Asclépions ; mais on n'a pas assez remarqué que Machaon, l'ancêtre direct du médecin Nicomaque, père d'Aristote, est donné dans l'*Iliade* pour le chef des guerriers venus de Tricca, et que c'est à Tricca que se trouvait l'un des plus anciens temples d'Esculape. Les premières guérisons qu'ont effectuées les descendants de Podalire et de Machaon, initiés par eux aux secrets d'un art naissant, furent facilement tenues pour miraculeuses; de là il n'y eut qu'un pas à ériger des temples à leur ancêtre commun, Esculape, que la légende fit bien vite fils d'Apollon, identifiant celui-ci avec Péon, le médecin des immortels, et le revêtant du surnom d'ἰατρομαντίς (27); ce double caractère de la divinité consacrée par les légendes comme l'origine surnaturelle, de la divination à la fois et de la médecine, doit être pris ici en très sérieuse considération. Les textes qui donnent Apollon comme devin (μαντίς) sont trop connus et trop en dehors de notre sujet pour que nous les rapportions ici (28). Nous avons vu que les Hippocratiques juraient par Apollon médecin. La classification platonicienne n'oubliait pas, parmi les offices divers du fils de Latone, celui de médecin (29). On possède des monnaies portant inscrit le titre d'Ἀπόλλωνος ἰατροῦ (30), titre qui est aussi conféré au Dieu par Aristophane (31), et qui se rencontre aussi sur une inscription retrouvée dans la Russie méridionale sur les bords du Don (32). Les mêmes idées religieuses ont existé à Rome, où les vestales invoquaient Apollon médecin (33) et où le premier temple élevé au dieu le fut par suite d'un vœu fait pour la santé du peuple (34). Nous renvoyons, du reste, sur ce point à un mémoire spécial de L. Lerch (35). Sans prendre trop au sérieux des légendes mythologiques qui ne sont que comme le vêtement de la période antérieure à l'histoire écrite, nous avons le droit de tirer de ces légendes mêmes certaines conclusions, et de reconnaître qu'elles exprimaient chez les anciens un fait certain, l'ancienne jonction de la divination et de la médecine sous un ancêtre commun qui se nommait Apollon, Esculape ou tout autre. C'est ce qu'exprimait sous une forme nette et concise le rhéteur qui composa la lettre apocryphe d'Hippocrate à Philopœmen (36), dans laquelle nous lisons ἰατρικὴ καὶ μαντικὴ ξυγγενέες εισὶν..... la médecine et la divination sont proches parentes, puisque Apollon est le père commun de ces deux arts. En tout cas c'était des parentes fort mal disposées l'une pour l'autre. La séparation en effet s'opéra d'assez bonne heure, et bien plus tôt sans doute que ne l'a cru M. Littré. Elle était accomplie au temps d'Hippocrate. On ne trouve pas une seule fois le mot ἀσκληπιεῖον dans la collection hippocratique, pas plus dans les livres sortis de l'école de Cos que dans les livres cnidiens. Bien plus, il y a des preuves d'hostilité. Qu'on relise dans le traité *De la maladie sacrée* ces passages où l'auteur s'élève contre les prescriptions des jongleurs qui prétendent exercer la médecine à l'ombre d'un caractère sacré. « Ces prescriptions, ils les imposent au nom du caractère divin du mal, comme sachant quelque chose de plus [que nous]... afin que, si le malade guérit, la gloire en revienne à leur habileté, et que, s'il meurt, ils aient des apologies toutes prêtes, et puissent rejeter la responsabilité sur les dieux. » Ce sont ces jongleurs que le praticien irrité qualifie de ἀνιητροί (faux médecins), μάγοι (magiciens), ἀλάζονες (charlatans), καθάρται (purificateurs), ἀγύρται et μάντεις. Ce sont là d'assez fortes injures. Une autre preuve de la séparation, bien inattendue, nous est fournie par des inscriptions savamment commentées par M. P. Girard. On y apprend à connaître le mode de recrutement des prêtres d'Asclépios, et l'on constate avec étonnement que ces prêtres changeaient tous les ans, et qu'ils obtenaient leur fonction en vertu d'un tirage au sort. Rien de plus opposé à la conservation d'une tradition quelconque, et surtout d'une tradition médicale, que cette mutation annuelle. Au dessous du prêtre était le zacore ou néocore, sorte de sacristain d'Esculape, en rapport plus immédiat avec les malades. Deux ou trois fois le prêtre ou le zacore sont signalés par les inscriptions comme médecins. C'est donc qu'ordinairement ils ne l'étaient pas. Il est vrai qu'il ne s'agit là que d'Athènes, et qu'aucune des inscriptions connues n'y remonte plus haut que que le quatrième siècle, c'est-à-dire qu'avec elles on atteint à peine l'âge d'Hippocrate. Ce ne sont que des témoins de la période de séparation consommée, pendant laquelle l'asclépion n'était plus qu'un sanctuaire dans lequel on pratiquait un culte. Or, avant Hippocrate, il existait déjà une littérature médicale considérable, comme le prouvent de nombreux passages de la collection hippocratique. M. Houdart a pu consacrer un long chapitre de son ouvrage à cette littérature anté-hippocratique. De sorte que, plus on étudie le sujet, plus on voit se resserrer la période pendant laquelle, en Grèce, la médecine fut jointe au sacerdoce dans les temples, plus récente assurément que la composition des poèmes homériques, et beaucoup plus ancienne aussi que le temps où pratiqua l'auteur des aphorismes. D'un autre côté nous arrivons à

(24) *Icaromen.* 24.
(25) Bulletin de correspondance hellénique, 1878, p. 89.
(26) *Corpus inscriptionum atticarum*, t. II, n° 357 *b*.
(27) Eschyle, *Euménides*, 61-63. Aristoph., *Plutus*, 11.
(28) Voy l'article Apollo dans le *Dictionnaire des antiquités grecques et romaines*.
(29) Voy. le *Cratyle* de Platon.
(30) *Numismatische Zeitschrift*, V, 108.
(31) *Aves*, V, 584.
(32) *Corpus inscriptionum græcarum*, t. II, p. 1010, n° 2134 *a*.
(33) Tite-Live, IV, 15.
(34) Macrob., *Sat.* 1, 17, 15.
(35) *Apollon der Heilspender* Bonn, 1848.
(36) *Œuvres complètes d'Hippocrate*, t. IX, p. 363.

reconnaître que la période de jonction, loin d'être primordiale, est consécutive au premier exercice de la médecine, tels que le décrivent les rhapsodes de l'Ionie. En remontant plus haut encore vers l'origine de notre art (ce qui dépasserait les limites de cet article) il faudrait rechercher ce qu'on doit dans l'établissement des premières notions médicales à l'habitude d'exposer les malades. On les plaçait dans les endroits publics pour interroger les passants sur leur maladie et savoir si l'un d'eux connaîtrait un remède ayant agi dans un cas analogue (37). Plus tard ce fut seulement dans les temples qu'on les exposa, alors que s'organisa le système de consultations pieuses, qui dut accroître le patrimoine scientifique des Asclépiades, quand ils étaient à la fois médecins et prêtres. Mais il resterait à rechercher ce que ces Asclépiades purent emprunter de connaissances à l'antique fonds de la science égyptienne, qui possédait des recueils de formules à une époque où la Grèce n'était pas même encore entrée dans l'histoire. Il existe sur un papyrus des plus anciens, étudié mais non encore traduit par M. Maspéro, un traité de médecine ou plutôt de thérapeutique. Hérodote, d'après lequel le médecin Mélampus était instruit dans les doctrines de l'Egypte, nous parle d'enfants égyptiens confiés aux Crétois et aux Ioniens pour apprendre le grec par le roi Psammétichus, et d'où descendaient encore de son temps ceux qui servaient d'interprètes entre les deux nations (38). Sans invoquer la vie aventureuse et en partie fabuleuse de Pythagore, dont le célèbre institut, établi à Crotone, a paru devenir la souche d'une école médicale, on peut croire que les temples de l'Egypte ont pu envoyer à ceux de la Grèce quelque reflets de leurs lumières médicales, et qu'en définitive la médecine en Grèce a dû son origine à des sources assez diverses, et d'une façon très secondaire à la divination pratiquée dans les oracles.

Eugène-Fournier.

(37) Voy. Hundertmark: *De incrementis artis medicæ per expositionem ægrotorum apud veteres in vias publicas et templa.*

(38) Hérodote, liv. II, §§ 49 et 54.

VARIÉTÉS

Les cimetières. — Un rapport vient d'être fait au Conseil municipal de Paris, sur le projet de création à Méry-sur-Oise d'un grand cimetière destiné à recevoir les morts de Paris, et à cette occasion, le rapport traite largement à un point de vue général la question, si controvesée, sur l'insalubrité des cimetières pour les populations avoisinantes. Voici en résumé de quelle manière il répond aux arguments de ceux qui regardent les cimetières comme insalubres.

Il n'existe pas, dans les cimetières, de foyers producteurs de germes de cryptogames spéciaux et différents de ceux que l'on rencontre partout (Miquel).

A des profondeurs variant de 40 à 80 centimètres au-dessus des fosses, tant anciennes que récentes, l'air ne contient pas la moindre trace d'hydrogène sulfuré, d'ammoniaque, ni d'oxyde de carbone, et l'acide carbonique recueilli ne dépasse pas la proportion de l'acide carbonique, trouvé dans l'air ordinaire aussi bien à la campagne qu'à Paris (Schutzenberger).

La mortalité est de 2,64 pour 100 pour les communes où les cimetières sont situés au dehors et de 2,43 pour 100 pour les communes où ils sont situés au centre.

La combustion est complète après cinq ans, dans une terre moyennement perméable à l'air, et, par conséquent, il n'y a pas lieu de s'arrêter à l'idée d'une saturation de la terre par les matières (Schutzenberger).

Ici le rapport allègue des expériences tendant à démontrer que des animaux sains peuvent être parqués impunément sur un sol dans lequel on a enfoui, à de faibles profondeurs des animaux morts du charbon (Colin d'Alfort); mais on sait que ces expériences ont soulevé de vives contestations.

Dans les cimetières, comme dans la plaine de Gennevilliers, les substances organiques et ammoniacales contenues dans les eaux qui couvrent les cimetières filtrent au travers d'une couche de terre assez épaisse et assez aérée, et sont entièrement oxydées et transformées en nitrate, qui seuls se trouvent dans les eaux de puits et de sources.

Sauf à revenir quelque jour sur cette question, nous nous contentons pour le moment de renvoyer le lecteur à l'examen approfondi qui en a déjà été fait dans la *Gazette hebdomadaire* en 1874, et qui avait conduit M. Personne aux mêmes conclusions que la commission du Conseil municipal.

Les conclusions 1 et 2 du rapport relatives à l'agrandissement des cimetières de Batignolles et de la Chapelle et à l'achat, dans la périphérie de la capitale, de terrains présentant les qualités spécifiques convenables aux inhumations, ainsi que l'art. 3, renouvelant les vœux déjà exprimés par le Conseil en faveur de la crémation facultative ont été adoptées.

Le terrain de Méry qui pourrait recevoir un cimetière périphérique sera gardé en réserve et même, sur la proposition d'un membre, il a été ajouté à l'article prescrivant les recherches de terrains spécifiques, cette phrase : « Sans que cette étude préjuge en rien la question des cimetières de Méry-sur-Oise. »

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 20 mars 1882, M. Vulpian, ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris, est nommé doyen honoraire de cette Faculté.

Un modèle d'académie de médecine. — L'Institut a décerné aujourd'hui le prix biennal de 4000 francs fondé par M. Duc, architecte, et l'a partagé entre M. Bernier, élève de M. Daumet, pour son *Hôtel d'un artiste peintre*, et M. Wable, élève de M. Questel, pour son *Académie de médecine*.

Exercices pratiques d'histologie. — Les exercices pratiques d'histologie ont commencé le lundi 3 avril 1882, sous la direction de M. Cadiat, agrégé chef des travaux pratiques d'histologie. Ils auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Lhomond, 42, tous les jours, à trois heures de l'après-midi. Les élèves seront exercés au maniement du microscope. Ils feront eux-mêmes les préparations de tous les éléments anatomiques. Ces exercices sont obligatoires pour les élèves de seconde et de troisième année (ancien et nouveau régime).

M. Cornil, nommé professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris vient d'envoyer sa démission de député, conformément aux prescriptions de l'art. 11 de la loi du 30 novembre 1875.

Faculté de médecine de Paris. — Le registre des inscriptions a été ouvert le samedi 1er avril 1882; il sera clos le samedi 29 du même mois, à quatre heures. Les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, vendredis et samedis, de une heure à quatre heures de l'après-midi. Les inscriptions de première et deuxième année sont reçues du samedi 1er avril au mardi 18; celles de troisième et quatrième années, du vendredi 21 au samedi 29. Les consignations pour les examens de doctorat sont reçues le mercredi et le jeudi de chaque semaine, de une heure à quatre heures. Conformément à la décision prise par l'assemblée de la Faculté, les limites de consignations pour les examens de doctorat ont été fixées de la manière suivante : A. Ancien régime d'études : 1° pour le premier examen de doctorat, jusqu'au jeudi 20 avril; 2° pour le deuxième examen de doctorat, jusqu'au jeudi 4 mai. B. Nouveau régime d'études : 1° pour le deuxième examen de doctorat, première partie, jusqu'au jeudi 20 avril; 2° pour le troisième examen de doctorat, première partie, jusqu'au jeudi 4 mai.

CONSULTATIONS AUX SOURDS-MUETS. — Par arrêté du ministre de l'intérieur à la date du 29 mars, la consultation gratuite, établie depuis longtemps par le docteur Ladreit de Lacharrière à l'Institution nationale des Sourds-Muets, est officiellement annexée à cet établissement, et devient un service public, sous le titre de clinique otologique. Un chef de clinique est attaché à ce service. Il recevra un traitement de 6000 francs. Il sera nommé par arrêté ministériel sur la proposition du directeur et la présentation du médecin. Les candidats à la place de chef de clinique devront être pourvus de douze inscriptions au moins.

ASSISTANCE PUBLIQUE A DOMICILE. — La commission extra-parlementaire de l'Assistance publique réunie au ministère de l'intérieur, sous la présidence de M. Hérisson, a décidé que les bureaux de bienfaisance d'arrondissement seraient maintenus et que leurs médecins seraient nommés à l'élection. Toutes les subventions extraordinaires ou spéciales seront désormais réparties chaque année en raison inverse du produit des contributions personnelles et mobilières divisé par le chiffre de la population générale de chacun des arrondissements de la capitale. Enfin des locaux convenables seront disposés dans chaque arrondissement à l'effet de recevoir les malades qui ont réclamé les consultations et les soins externes des médecins à des jours et heures déterminées.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — A la suite des examens passés à l'Ecole du Val-de-Grâce, en 1881, sont désignés au choix du ministre, pour le service hospitalier :

Médecine. — MM. les médecins-majors de première classe : Czernicki, Beltz, Bazile et Emery-Desbrousses. — MM. les médecins majors de deuxième classe : Fournié, Blanc, Moine, Belleau et Foulquier.

Chirurgie. — MM. les médecins-majors de première classe : Laederich, Morisson et Talon. — MM. les médecins-majors de deuxième classe : Rigal, Caillet et Dardignac.

— Ont été nommés : *Au grade de médecin-major de deuxième classe* : MM. Michel, Buisson, Grandgury, Robert et Linarès.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe : M. Périer.

ACCOUCHEMENT TRI-GÉMELLAIRE. — On lit dans plusieurs journaux : M. le docteur Detrieux nous communique le fait suivant : une femme, demeurant 154, rue du Temple, est accouchée hier matin, à quatre heures et demie, de 3 enfants (2 garçons et 1 fille) tous vivants et bien portants, à 7 mois.

La SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE a tenu sa séance solennelle le 26 mars, sous la présidence de M. Frédéric Passy, membre de l'Institut, député de la Seine.

Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. Frédéric Passy, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. Lunier, secrétaire général, celui de M. le docteur Dujardin-Beaumetz sur le concours de 1882, et le rapport de M. Vaney, sur les récompenses, la Société a décerné : à M. le docteur Edouard Burdel, une médaille de vermeil; à M. Jules Jaillet, interne à l'hôpital Rothschild, une médaille d'argent et un prix de 2000 francs; des médailles d'argent à M. Charles Edmond et à MM. les docteurs Ardouin et Auguste Guyot; 102 diplômes d'associés honoraires, 17 médailles d'argent, 311 médailles de bronze, 48 rappels, 27 livrets de caisse d'épargne de 25 francs, 10 collections de la première série de ses bulletins (1873-1879), 15 exemplaires du tome Ier et 8 exemplaires du tome II de la 2e série, 127 collections des années 1880 et 1881 du *Bon Conseiller*. et 271 abonnements pour l'année 1882 à ce journal mensuel publié sous son patronage.

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie s'ouvrira, le 15 novembre 1882, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

NÉCROLOGIE. — Nous lisons avec peine dans un journal qu'un jeune confrère M. Catel, qui pratiquait dans le quartier du boulevard Voltaire, s'étant rendu, très souffrant déjà, auprès de trois jeunes enfants atteints de scarlatine, a contracté la maladie et y a succombé.

COLLÈGE DE FRANCE. *Cours de médecine.* — M. Brown-Séquard commencera le cours de second semestre le mardi 19 avril à deux heures et demie et le continuera les mardis et samedis à la même heure.

Le professeur traitera *Des influences des irritations périphériques* sur l'encéphale e d'autres parties de l'organisme.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le docteur Emile Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses conférences cliniques, le lundi 17 avril et les continuera les lundis et vendredis suivants. — Le lundi, à dix heures, leçon sur la *thérapeutique des maladies de la peau.* Le vendredi, à neuf heures et demie, visite des malades et conférence clinique (salle Saint-Jean).

— M. le docteur G. Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis, (salle Saint-Charles), le samedi 15 avril 1882, à huit heures et demie du matin et les continuera, les lundis et samedis suivants à la même heure; les leçons habituelles des lundis (salle Henri IV) resteront consacrées aux maladies des femmes.

MORTALITÉ A PARIS (13e semaine, du vendredi 24 mars au jeudi 30 mars 1882). — Population probable : 2225910 habitants. — Nombre total des décès : 1314, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 36. — Variole, 15. — Rougeole, 27. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 68. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 11. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 60. — Phthisie pulmonaire, 244. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 88. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 68. — Bronchite aiguë, 54. — Pneumonie, 103. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 72; au sein et mixte, 16; inconnu, 13. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 115; de l'appareil circulatoire, 68; de l'appareil respiratoire, 110; de l'appareil digestif, 37; de l'appareil génito-urinaire, 31; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 2. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 5.

Conclusions de la 13e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1249 naissances et 1314 décès. Le chiffre de 1314 décès est supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison avec la 12e semaine des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques fait ressortir : une atténuation pour la fièvre typhoïde, la rougeole, l'infection puerpérale. Une aggravation pour la diphthérie, la variole, la coqueluche, l'érysipèle. Les décès par scarlatine (4), ont atteint le même chiffre que pendant la 12e semaine.

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Formulaire magistral pour les maladies des enfants (naissance et adolescence), par M. le docteur E. Maurin. 1 vol. in-18 de 400 pages. Paris, Germer-Baillière et Ce. 3 fr. 50

Étude sur le catarrhe des premières voies respiratoires et ses rapports avec l'asthme, par M. le docteur Elie Percepied. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

Valeur antipyrétique de l'acide phénique dans le traitement de la fièvre typhoïde, eide phénique ou bains froids. Rôle du traitement par les bains froids dans les hôpitaux militaires, par M. le docteur Frantz Glénard. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

Cours d'accouchement de la Faculté de médecine, par M. le docteur G. Chantreuil. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 25

Essais sur les médicaments nouveaux; Hamamelis virginica, *son action thérapeutique*, par M. le docteur Serrand. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 13 avril 1882.

LA CHLOROFORMISATION; LES FILAIRES DE LA BRETAGNE. DE LA LARYNGOTOMIE INTERCRICO-THYROÏDIENNE.

Académie de médecine : La chloroformisation. Les filaires de la Bretagne.

La question adressée dans la dernière séance à M. Vulpian par M. Léon Le Fort se résume ainsi : Pour conjurer le danger du réflexe opératoire dans une opération chirurgicale, doit-on se borner à atténuer la sensibilité, avec la chance de provoquer plus aisément la syncope, qu'il sera aussi plus aisé de combattre ; ou bien doit-on aller jusqu'à l'anesthésie complète, avec l'espoir d'abolir l'action réflexe du bulbe et de prévenir ainsi la syncope, qui dans ce cas, il est vrai, serait presque sûrement mortelle ? A cette question, M. Vulpian a répondu mardi dernier au nom des expériences qu'il avait déjà rappelées, mais en faisant toutes réserves sur l'application des résultats de ces expériences à l'espèce humaine.

N'examinons pas trop, avec M. Maurice Perrin, si le mot syncope est bien choisi pour exprimer l'arrêt subit de l'acte circulatoire et de l'acte respiratoire. La syncope traditionnelle, la syncope des médecins, c'est la *lipopsychie*, la *lipothymie*, c'est-à-dire la défaillance de l'âme, des forces vitales, la perte du sentiment; mais précisément, cette défaillance, la physiologie l'explique aujourd'hui par l'interruption des mouvements du cœur. Le mot syncope ne s'adapte pas si justement à la cessation de l'acte respiratoire, mais uniquement parce que l'usage habituel en est contrarié ; car il ne signifie en réalité que défaillance, suppression, et l'on pourrait l'appliquer à la paralysie soudaine du centre respiratoire tout aussi bien que, en grammaire, on appelle syncope la suppression d'une syllabe. Dans tous les cas les faits restent les mêmes. Or, que disent-ils, suivant M. Vulian?

Ils disent : Non, l'anesthésie complète n'abolit pas le réflexe bulbaire ; non, il n'empêche pas la syncope cardiaque, alors presque toujours mortelle. Si donc les choses se passent chez l'homme comme chez le chien, — chloroformisé ou chloralisé, n'importe, — il est dangereux, à ce point de vue, de pousser à bout l'anesthésie, et il serait plus prudent de s'en tenir à une atténuation considérable de la sensibilité. Quant à la syncope respiratoire, qui, elle, n'a pas lieu par action réflexe, mais simplement par paralysie de la moelle, du centre respiratoire imprégné de liqueur stupéfiante, elle se produit plus fréquemment, d'autant plus que l'anesthésie devient plus profonde, et peut survenir après la chloroformisation.

Ces explications ont provoqué certaines critiques de la part de M. Maurice Perrin et de M. Alphonse Guérin. Le premier fait remarquer que la pratique à laquelle conduit le résultat des expériences physiologiques est en opposition avec la pratique reconnue comme la meilleure et la plus sûre par la presque universalité des chirurgiens, qui tous attendent, pour porter le couteau dans les chairs, le moment de la *tolérance anesthésique*, qui est aussi le moment de l'anesthésie complète. Le second s'étonne de voir la sensibilité réflexe du bulbe conservée chez un sujet dont tous les sens sont éteints, dont le réflexe palpébral a disparu, qui reste immobile sous les opérations les plus douloureuses, qui ressemble enfin à un cadavre. Pour répondre à ces deux sortes d'observations, M. Vulpian était dans une position avantageuse. On lui avait demandé ce que lui avaient appris ses expériences sur les chiens ; il le disait sans plus de prétention, et sans vouloir en rien empiéter sur le terrain de la chirurgie pratique. Les chiens chloralisés *à fond* sont encore sujets à la syncope cardiaque et à la syncope respiratoire, la première plus rare que la seconde, mais infiniment plus dangereuse ; voilà les faits. Aux chirurgiens à voir s'ils ont à en profiter. D'ailleurs, anesthésation complète ne veut pas dire chloroformisation à outrance, et il est possible que la syncope dont elle serait accompagnée ou suivie ne soit pas aussi fatalement mortelle que dans la chloralisation, toujours un peu *brutale*, des animaux, comme l'a reconnu, ce nous semble, M. Vulpian. Quant à la persistance du réflexe bulbaire, c'est encore un fait attesté par les expériences, par l'influence qu'exerce l'excitation du bout supérieur du nerf sciatique sur la fréquence des mouvements respiratoires, par l'arrêt subit de l'action cardiaque

sous le coup de l'acte opératoire ; il n'y a, pour comprendre la possibilité de ce fait, qu'à le bien distinguer des réflexes de la sensibilité générale et de ceux des sens spéciaux.

Au commencement de la séance, un très distingué médecin de la marine, M. Nielly, avait présenté à l'Académie un enfant breton chez lequel il a découvert, avec beaucoup de sagacité, dans le tissu cellulaire sous-cutané, de nombreux embryons d'entozoaires microscopiques analogues aux filaires. Il croit aussi en avoir aperçu deux dans le sang. On trouvera au compte rendu de la séance la description de la dermatose qui avait frappé l'attention de notre confrère. Quant à l'entozoaire lui-même, il n'a rien de commun avec celui qui est connu sous le nom de *Filaria Medinensis* ou *filaire de l'homme*, qui répand ses larves au dehors par une petite ulcération des téguments, de telle sorte que les larves ne se rencontrent dans les tissus que dans le cas où, par une traction intempestive, on a brisé le corps de la filaire mère. En tout cas, M. Nielly a fait, ce semble, une véritable *trouvaille*, les filaires ayant toujours été considérées jusqu'ici comme propres aux pays intertropicaux. Il faudrait maintenant savoir si cette espèce d'embryon trouvée chez l'enfant présenté à l'Académie ne vient pas de quelque filaire adulte séjournant dans le cœur ou les gros vaisseaux, comme chez le chien de quelques pays chands on trouve dans le sang des filaires dont les parents habitent le cœur.

De la laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

A cette heure, pour toute obstruction de la glotte, l'opération classique est la trachéotomie. Elle règne à peu près sans partage et la plupart des praticiens ne discutent guère les autres modes d'intervention que lorsque une tumeur quelconque, l'hypertrophie du corps thyroïde, la présence reconnue de vaisseaux volumineux, voilent les premiers anneaux de la trachée dont l'accès devient alors impossible.

Depuis quelques années cependant une vigoureuse campagne est menée contre la trachéotomie. On veut lui substituer, comme opération de choix, l'incision de la membrane qui unit le cartilage cricoïde au thyroïde, la laryngotomie intercrico-thyroïdienne proposée par Vicq-d'Azyr, mais qui, malgré de hauts patronages, n'a point encore pied dans la chirurgie courante. MM. Verneuil et Krishaber ont pris la tête du mouvement. Entraîneront-ils le gros de l'armée? C'est ce que nous ne saurions dire; mais il nous semble utile d'étudier les faits qu'on a produits et les arguments qu'on invoque en faveur de cette opération. Nous nous appuierons, pour cette courte revue, sur les mémoires de M. Krishaber, une clinique inédite du professeur Verneuil et un fort intéressant rapport lu par M. Nicaise devant la Société de chirurgie.

I

M. Nicaise, dans son rapport de 1878, nous montre bien quel a été, jusqu'aux mémoires de M. Krishaber, le sort de la laryngotomie intercrico-thyroïdienne. Vicq-d'Azyr imagine l'opération, Fourcroy, Desault et Bichat l'adoptent, mais aucun ne semble l'avoir pratiquée. Puis vient Roux qui l'aurait faite trois fois. « Sur une jeune femme, affectée d'œdème du larynx il y eut plein succès et j'ai pu me convaincre, écrit Malgaigne dans son *Traité de médecine opératoire*, que l'ouverture admettait une canule ordinaire par où la respiration était facile. » Dans les deux autres cas, le sang engouffré dans la trachée avait déterminé l'asphyxie. La première fois le chirurgien aspira le sang et eut le bonheur de sauver sa malade, mais dans le second l'asphyxie était complète, et l'opéré succomba entre ses mains.

M. Verneuil nous a dit avoir lu dans une thèse de 1834 « que M. Hervé, — probablement M. Hervé de Chégoin, — sectionna, chez un malade, la membrane intercrico-thyroïdienne et y plaça une canule ». En 1841, Lenoir recommandait cette opération; Bourguet (d'Aix) écrit, dans sa thèse, qu'elle a été pratiquée deux fois, à Marseille, en 1843; Blandin y eut recours dans un cas d'œdème laryngé. En 1850, Sestier rassemble sept observations où on avait pénétré par cette voie dans l'arbre aérien. Mais il n'en est pas moins vrai que cette opération était oubliée et même condamnée, lorsque M. Krishaber a tenté sa réhabilitation.

La publication du premier travail de M. Krishaber, inséré en 1878, dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, n'est pas resté sans écho. Nous avons déjà signalé le rapport de M. Nicaise qui provoqua, à la Société de chirurgie, une discussion à laquelle prirent part MM. Després, Nicaise et Farabeuf; M. Choukry a fait de la laryngotomie intercrico-thyroïdienne le sujet de sa thèse inaugurale. M. Verneuil a pris parti pour cette méthode dont il entretient, chaque année, les élèves de sa clinique. Nous voyons sur les feuilles de la Faculté, parmi les thèses de la semaine, la thèse de M. Henri de Launay sur *la laryngotomie intercrico-thyroïdienne*. Enfin, — et ce qui est mieux, — l'opération commence à entrer dans la pratique parisienne. M. Verneuil y a eu recours trois fois à ma connaissance. MM. Nicaise, Léon Labbé, Gosselin, Richelot et Le Dentu, M. Maurice Raynaud, un interne M. Giraudeau ont fait la laryngotomie. Quant à M. Krishaber le nombre de ces observations a déjà dépassé la vingtaine.

II

Pour qu'une opération ait pu être proposée et défendue par des hommes tels que Vicq-d'Azir et Fourcroy, Desault et Bichat, Roux, Blandin et Malgaigne, il faut qu'elle présente quelque avantage évident sur le procédé ordinaire; mais par contre, pour que de tels parrains ne l'ait pas imposée à leur contemporains et à leurs successeurs, il faut aussi qu'elle soit, — ou qu'elle paraisse, — entachée d'un vice radical.

On ne saurait méconnaître les avantages : au niveau du larynx le canal aérien est superficiel; il ne s'est point encore enfoncé entre les lobes du corps thyroïde, derrière la saillie qui forme le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Donc pas d'erreur possible, et le chirurgien, le voulût-il, ne pourrait éviter d'entrer dans les voies respiratoires. Ne sent-on pas d'ailleurs la membrane elle-même sur laquelle doit porter la section? Qu'on suive du doigt l'arête vive du cartilage thyroïde et la pulpe tombe bientôt dans une dépression à bords mousses mais nets et formés par l'anneau du cricoïde. C'est là, — et le point est si précis que Blandin en proposait la ponction, avec un trocart, au travers des téguments.

La fixité des points de repère et le facile accès des voies aériennes ne sont pas les seules sûretés d'exécution que ce procédé entraîne avec lui. On se met à l'abri des surprises redoutables que peuvent causer les gros troncs veineux de la base du cou et certaines anomalies de l'aorte et de ses divisions cervicales. Ce n'est pas tout encore : au niveau de l'espace intercrico-thyroïdien les vaisseaux sont moins abondants que vers l'isthme du corps thyroïde. Il n'y a point les plexus veineux qui parfois recouvrent de leurs étroites anastomoses les premiers cerceaux de la trachée et y

forment une véritable trame. Il y a bien l'artère crico-thyroïdienne, mais son volume est peu considérable et nous ne comprenons pas les hémorrhagies que l'on signale dans deux des opérations de Roux. En tous cas, avant sa section, rien ne serait plus facile que de saisir cette artériole dans les mors d'une pince à forcipressure.

« Ni les difficultés, ni les périls de la trachéotomie : » voilà les avantages que nous offre par excellence la laryngotomie intercrico-thyroïdienne. Nous en signalerons un troisème, de bien moindre importance, mais qui n'a jamais été relevé que je sache. Dans la trachéotomie ordinaire on a noté, comme accident possible et même fréquent, la blessure de la partie postérieure des voies aériennes et la pénétration, dans l'œsophage, de la pointe du bistouri; nous n'avons pas à insister sur la gravité de cette communication anormale. Rien de semblable à redouter dans la laryngotomie de Vicq-d'Azyr. Une échappée de l'instrument tranchant ne suffirait pas pour traverser l'épais et résistant cartilage cricoïde dont le chaton postérieur évasé protège le canal digestif au delà même des limites du champ opératoire.

Ajoutons enfin que, grâce à la précision des points de repère et au peu d'épaisseur des parties molles, on n'a pas besoin de mettre la tête dans l'extension forcée pour faire saillir la région, ce qui gêne singulièrement, surtout en pareille occurrence, le jeu régulier de la respiration. Puis l'incision peut être très courte; on aborde la membrane facilement et par un débridement de la peau qui peut ne pas dépasser 3 centimètres et qui, même chez les gens gras, n'excède pas 4 centimètres. Certes, nous n'en sommes plus à considérer la brièveté d'une incision comme un très précieux avantage; mais, toutes choses égales d'ailleurs, cette brièveté est néanmoins préférable puisqu'elle ne nuit en rien à l'exécution correcte de l'opération.

III

Quel est donc le vice de ce procédé, de quelle « tare » est-il entaché pour n'être point encore accepté définitivement par les chirurgiens contemporains? Nous avons quelque peine à l'avouer, mais on ne lui oppose guère que des objections théoriques et qui toutes déjà auraient dû tomber devant les faits.

La plus importante, celle qu'on retrouve partout, c'est l'absence de place pour loger, entre les cartilages cricoïde et thyroïde, une canule suffisante aux besoins de la respiration. « On redoute l'étroitesse de l'ouverture, » écrit Malgaigne. « Il n'y a pas de passage assez large pour la canule, » répète M. Després. « Cet espace mesure 5 à 6 millimètres en hauteur, nous dit M. Tillaux dans la 1re édition de son *Traité d'anatomie topographique;* il est toujours beaucoup trop étroit pour y faire pénétrer une canule.»

Il est vrai que dans la 3e édition du même traité M. Tillaux reconnaît que la canule de M. Krishaber « pénètre facilement dans l'espace intercrico-thyroïdien », mais il n'en maintient pas moins le chiffre de 5 à 6 millimètres de la 1re édition. Or ces chiffres doivent être réformés : les mensurations de M. Nicaise lui ont donné, chez la femme, un minimum de 7 millimètres 1/2 et un maximum de 13 millimètres : en moyenne 9 millimètres. Chez l'homme, la hauteur de la membrane mesure de 9 à 11 millimètres environ, ce qui concorde avec ce que M. Krishaber avait établi antérieurement.

M. Farabeuf a souvent répété l'opération sur le cadavre et il a toujours vu pénétrer sans difficulté la canule de Krishaber. Les canules d'adulte d'ailleurs n'ont en général que 9 à 10 millimètres; souvent même elles sont moins grosses. La première objection doit donc être définitivement écartée, et il reste établi que chez l'adulte, — car nous ne nous occupons pas ici des enfants, — l'espace intercrico-thyroïdien mesure non 5 à 6 millimètres mais 8 à 11 et qu'il est assez large pour une canule suffisante aux besoins de la respiration.

Il se peut, dit-on alors, « mais la canule, ajoute-t-on, pénètre à frottements durs; elle refoule les cartilages dont les bords se nécroseront. Puis la canule reste fixe et son immobilité produira des altérations de la partie postérieure de la muqueuse laryngée sur laquelle elle appuie. » Des observations déjà très nombreuses, — M. Krishaber a pratiqué son opération plus de vingt fois, — prouvent que cette objection est encore théorique. Nous lisons dans la *Gazette hebdomadaire* (n° 51, année 1880), un fait remarquable où l'on voit qu'une canule est restée vingt-deux mois sans provoquer la moindre altération des cartilages. « Il existe une ouverture extrêmement petite, comme à l'emporte-pièce; elle livre tout juste passage à la canule pour laquelle la tolérance est si complète que, le plus souvent, le malade oublie sa présence. »

Nous voyons encore dans cette observation « que le malade a conservé sa voix absolument intacte. Grâce au système de clapet appliqué à la canule, il parle d'une voix timbrée et puissante, au point que l'on peut ignorer l'existence d'un appareil dans les voies aériennes ». D'autres faits, en assez grand nombre, s'ajoutent à celui-là pour renverser une dernière objection formulée avec un certain ensemble et d'après laquelle la canule, trop près des cordes vocales, provoquera, sur ces replis, une altération qui se traduira par des troubles de la phonation. Voilà ce que l'observation a répondu.

IV

L'opération, telle que nous l'avons vu faire par M. Verneuil, présente quelques particularités importantes. M. Verneuil ne craint pas d'endormir son malade. Il sait bien que certains ont condamné cette pratique et prétendent les accidents chloroformiques plus fréquents chez des sujets dont l'hématose est déjà compromise par l'obstacle laryngien au libre passage de l'air. Mais ce raisonnement, juste en lui-même, ne tient pas compte de l'élément spasmodique, souvent fort actif, et contre lequel le chloroforme peut avoir une heureuse influence. Nous avons vu, sur des malades, la respiration, anxieuse aux premières exhalations, se régulariser avec l'anesthésie. Ce n'est pas à dire qu'on évitera tous les accidents, car il est bon de dire qu'avec ou sans chloroforme la syncope et l'asphysie sont à redouter, et nous pourrions citer, au courant de la plume, deux opérations, pratiquées par un maître, où la mort survint, sans chloroforme et dès le premier coup de bistouri.

On doit employer la canule à bec de M. Krishaber : « C'est un instrument double dont le cylindre interne est terminé par un embout perforé destiné à faciliter l'introduction de l'instrument et à permettre à l'air de pénétrer dans la trachée dès ce temps de l'opération ». L'embout mousse entre sans peine par l'incision verticale faite sur la membrane, et comme la canule est mousse, l'ouverture se dilate progressivement. La dilatation devient donc absolument inutile. M. Krishaber recommande d'huiler légèrement la canule qui glissera sans difficulté dans le canal aérien.

Enfin M. Krishaber a adopté la pratique de M. Verneuil;

après avoir été l'adversaire résolu de l'emploi du thermocautère, il y a recours maintenant et le considère comme supérieur au bistouri. Nous n'avons pas à revenir sur les avantages inhérents au platine chauffé : dans une opération où l'hémorrhagie est considérée comme l'écueil redoutable, n'est-il pas de toute évidence que ce qui peut s'opposer à l'effusion du sang doit être immédiatement accepté. Pourquoi donc la méthode de M. Verneuil semble-t-elle avoir rencontré jusqu'à présent plus de détracteurs que d'adeptes?

V

On reproche au thermocautère d'être un instrument infidèle et de ne pas mettre sûrement à l'abri des hémorrhagies; c'est évident, mais l'effusion sanguine est, en tout cas, fort diminuée lorsqu'on sait manier l'appareil, et, si les artères de 2 millimètres de diamètre ne sont pas oblitérées, du moins les vaisseaux d'un plus petit calibre ne donnent pas; les tissus ne sont plus voilés par une nappe rouge et rien n'est plus facile alors que de saisir, avec la pince à forcipressure, les canaux ouverts d'un volume supérieur.

Nous avons, tout récemment, assisté à une laryngotomie intercrico-thyroïdienne pratiquée au thermocautère. Il s'agissait d'un homme de quarante-huit ans atteint d'épithélioma de l'arrière-gorge. La dysphagie était grande et déjà les accès de suffocation menaçaient d'emporter le malade. Le chloroforme est administré et lorsque l'anesthésie est complète, M. Verneuil incise, avec le platine rougi les tissus en avant de la membrane, dans une étendue de 4 centimètres environ. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles sont sectionnés; de chaque côté nous voyons des veines volumineuses et gonflées par le sang entre lesquelles le couteau évoluait sans danger. Avant la ponction de la membrane, une petite artère fut divisée, que l'on saisit avec une pince à forcipressure. La canule à bec pénètre sans peine dans l'incision verticale et la respiration s'établit. L'opération fut simple, car l'homme avait le cou court et gras et, sans doute, par une autre méthode, il n'y aurait pas eu la même facilité.

En 1880, M. Verneuil pratique la même opération chez un homme atteint d'épithélioma laryngé. Après une discussion attentive entre les indications du traitement radical par l'extirpation du larynx et l'ouverture palliative des voies aériennes, il rejette absolument la première et conclut à la laryngotomie de Vicq-d'Azyr par le procédé de M. Krishaber. Le patient, fort courageux, refuse le chloroforme; le cou était long, maigre; aussi l'opération fut rapide. Grâce au thermocautère il ne s'écoule pas une goutte de sang. L'inflammation locale fut modérée et se calma rapidement; le soulagement fut prompt et, pendant quelques mois, le pauvre malade fut absolument convaincu de sa prochaine guérison. Il mourut une année après la laryngotomie.

Les adversaires du thermocautère invoquent, il est vrai, un argument d'une autre importance. Le platine rougi ne divise les tissus qu'en mortifiant les lèvres de l'incision. Et de fait, dans quelques cas, on a noté l'existence d'une escharre assez étendue; nous ne le nions point, nous serions même profondément étonné qu'il en fût autrement : la laryngotomie et la trachéotomie ont été trop souvent pratiquées pour des maladies à manifestations gangréneuses pour que le sphacèle n'ait été parfois observé; il a choisi le premier prétexte pour s'abattre sur la plaie.

Mais est-on sûr qu'avec un autre mode d'incision il n'y aurait point eu d'escharre? Et puis la gangrène a-t-elle été fréquente et grave? Ce n'est pas au moment où nos observations, celles de MM. Lefort, Terrier et Nicaise ont prouvé qu'après l'emploi du thermocautère la réunion immédiate des lèvres de la plaie peut être obtenue, que la crainte de la gangrène arrêtera la main du chirurgien. Nous savons maintenant que le platine rougi détermine une couche mortifiée dont l'épaisseur varie selon la résistance des tissus, mais qui, le plus souvent, est assez mince pour ne pas contre-indiquer formellement la suture.

Mieux que les analogies, mieux que les raisonnements, d'ailleurs les faits ont répondu. Le nombre des observations s'accroît sans cesse où il n'y a pas eu trace de sphacèle; M. Krishaber en a publié bien des cas dans les *Annales des maladies du larynx;* il pourrait les multiplier encore. Il attribue, il est vrai, l'excellence de ses résultats à une pratique qu'il recommande. Au lieu d'enfoncer le couteau dans les tissus et de ne le retirer que lorsque la section est faite, il agit « par ponctuation successive, le couteau ne restant en place qu'une seconde au plus. Cette succession de ponctuations produit une incision suffisante lorsque le couteau a été mis en contact dix ou douze fois pour chaque couche de tissu. La division des tissus exige un temps plus long, mais on évite les escharres causées par des applications continues et prolongées. »

On peut se servir de cette petite modification au procédé ordinaire, mais nous le croyons le plus souvent inutile. Dans les opérations que nous avons pratiquées ou vu pratiquer, cette ponctuation n'a pas été faite, la section n'a pas nécessité plus de quatre ou cinq reprises et nous n'avons jamais constaté les escharres autour desquelles on a mené un si grand bruit.

VI

En résumé : la laryngotomie intercrico-thyroïdienne est une bonne opération. Pour nous servir des expressions de Malgaigne, elle ne présente « ni les périls, ni les difficultés de la trachéotomie ». Le plus grand éloignement des gros troncs artériels et veineux de la base du cou, la netteté des points de repère, la moins grande épaisseur des parties molles et leur faible vascularité, l'impossibilité d'ouvrir l'œsophage par une échappée du bistouri, sont des avantages réels, authentiques et démontrés par la pratique. Au contraire, les inconvénients que l'on a signalés : espace trop étroit pour une canule suffisante, nécrose des cartilages, altération des cordes vocales, sont illusoires : ils se sont évanouis devant les faits. Chez l'adulte donc, — et c'est notre première conclusion, — la laryngotomie sera l'opération de choix; elle doit être préférée à la trachéotomie.

L'opération peut être pratiquée au bistouri et ces avantages demeurent; mais on devra préférer cependant la méthode de M. Verneuil. Le thermocautère épargne le sang qui n'inonde plus la plaie; il ne s'engouffre pas dans la trachée. On reconnaît mieux les tissus que l'on divise. Quant au sphacèle, exceptionnel du reste, il est beaucoup moins le fait du platine rougi que de la maladie qui a rendu l'intervention nécessaire.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie médicale.

Recherche de la glycosurie chez les paludiques, par le docteur F. Sorel, médecin major de 1re classe.

(Fin. — Voyez les numéros 5, 6 et 11.)

B. — *Malades observés pendant l'état de fièvre.*

1° Anémiques ou cachectiques. — XLVIII. — Leper..., détenu de l'atelier n° 6, vingt-trois ans, en Algérie du mois d'août 1881, contracte la fièvre ce même mois, arrive à Sétif le 14 novembre. Anémie cachectique; bouffissure légère du tégument; aucun souffle; urine non sucrée. Accès le 3 janvier 1882.

Le 3, soir, temp., 41°,2; urine ambrée, acide, sans sucre.

Le 4, matin, temp., 37°,5; mêmes résultats. — Le soir, temp., 38 degrés; mêmes résultats.

Nouvel accès le 17 janvier. — Le soir, temp., 40 degrés; urine pâle, acide, sans sucre.

Le 18, matin, temp., 36 degrés; urine ambrée, acide, sans sucre.

XLIX. — Bo..., détenu de l'atelier n° 6, vingt-trois ans, en Algérie du mois d'avril 1881, contracte la fièvre en juillet, arrive à Sétif le 26 décembre. Homme anémié, aucun souffle. L'urine du 26 ne contient pas de sucre. Accès le lendemain.

Le 27, soir, temp., 40 degrés; urine pâle, alcaline, sans sucre.

Le 28, matin, temp., 36 degrés; urine ambrée, pâle, acide, sans sucre.

Nouvel accès le 21 janvier 1882, tout au matin. — Le 21, matin, temp., 39°,8; soir, 39°,5. — Le 22, matin, temp., 37°,8; soir, 39 degrés. — Le 23, temp., 36°,8.

L'urine, examinée matin et soir, ne renferme pas de sucre.

L. — Bat..., détenu de l'atelier n° 6, vingt-quatre ans, en Algérie du mois d'avril 1881, contracte la fièvre en octobre, arrive à Sétif le 21 novembre. Homme anémié, aucun souffle. Accès le 27 décembre.

Le 27, matin, temp., 38°,6; urine ambrée, acide, sans sucre. — Le soir, temp., 39 degrés; urine pâle, alcaline, sans sucre.

Le 28, matin, temp., 36°,4; urine pâle, acide, sans sucre.

LI. — Rich..., détenu de l'atelier n° 4, vingt-cinq ans, en Algérie de l'année 1878, fièvre en 1879 et 1880, repris en mai 1881, accès plus marqués à l'automne, arrive à Sétif le 26 décembre. Anémie simple, aucun souffle. L'urine, examinée à l'entrée, n'est ni albumineuse, ni sucrée; elle est chargée d'urates; examinée le 4 janvier 1882, pendant un accès, elle ne contient pas de sucre.

LII. — Lav.., détenu de l'atelier n° 6, vingt-quatre ans, en Algérie du mois d'août 1881, contracte la fièvre en septembre, arrive à Sétif le 14 octobre. Accès à l'entrée; puis, à la fin du mois, dysentérie des plus graves, qui met la vie en danger. L'urine, examinée à la fin de décembre, quand le malade se relève, est indemne de glycose.

Il ressent un peu de malaise, dont il ne parle pas, du 11 au 13 janvier 1882. Accès marqué le 14, vers sept heures du matin.

Le 14, matin, temp., 39 degrés; urine ambrée, acide, sans sucre. — Midi, temp., 39°,6; urine ambrée, acide, sans sucre. — Le soir, temp., 37°,6; urine pâle, acide, sans sucre.

Le 15, matin, temp., 36 degrés; urine pâle, faiblement acide, sans sucre.

LIII. — Ha..., détenu de l'atelier n° 6, vingt-trois ans, en Algérie du mois de juin 1881, contracte la fièvre en août, arrive à Sétif le 31 octobre. Accès à l'entrée; puis est atteint, comme le précédent, de dysentérie dans le courant de novembre, mais moins grave. Il reste anémié, très amaigri, présente un souffle continu au cou. L'urine, examinée dans la dernière semaine de décembre, n'est pas sucrée. Accès le 19 janvier 1882 tout au matin.

Le 19, matin, temp., 40 degrés; urine colorée, acide, sans sucre. — Le soir, temp., 37 degrés; urine pâle, acide, sans sucre.

LIV. — Clair..., détenu de l'atelier n° 6, vingt-quatre ans, en Algérie du mois de juillet 1881, contracte la fièvre en août, arrive à Sétif le 26 décembre. Anémie cachectique prononcée, œdème des membres inférieurs par la station debout, aucun souffle. L'urine, examinée à l'entrée, ne renferme ni sucre ni albumine. Accès les 3 et 4 janvier 1882. Mêmes résultats négatifs dans l'examen de l'urine.

Accès le 9 janvier, accompagné d'urticaire généralisée. J'étais absent de Sétif ce jour-là; mais, le 11 janvier, nouvel accès dans les mêmes conditions. Le malade éprouve des frissons violents de deux à cinq heures de l'après-midi, avec sensation d'oppression, et le corps se couvre d'une urticaire extrêmement développée; le thermomètre marque à quatre heures 40°,3.

Il n'y a pas émission d'urine avant six heures du matin; elle est colorée, acide et non sucrée. A huit heures du matin la température est de 36°,6, et l'urine de neuf heures est pâle, de réaction acide, sans sucre.

LV. — Lem..., détenu de l'atelier n° 6, vingt-trois ans, en Algérie du mois de juin 1881, contracte la fièvre en août, arrive à Sétif le 26 décembre. Anémie, aucun souffle. A l'entrée, urine ni sucrée ni albumineuse. Accès le 28 décembre.

Le 28, matin, temp., 39°,2; urine pâle, acide, sans sucre. — Le soir, temp., 36°,8; urine jaune pâle, très acide, sans sucre.

Malaise le 15 janvier 1882. Accès le 16 au matin. L'urine pâle, faiblement alcaline le matin, tout à fait décolorée, mais acide le soir, ne contient pas de sucre.

LVI. — Mar..., détenu de l'atelier n° 6, vingt-deux ans, en Algérie du mois d'août 1881, contracte la fièvre ce même mois, arrive à Sétif le 23 janvier 1882. Examens négatifs de l'urine à l'entrée.

Cet homme, anémié, au teint terreux, ne présente aucun souffle cardiaque ou vasculaire. Accès le 1er février.

Le 1er, soir, temp., 40°,2. — Le 2, matin, temp., 37°,2; soir, 40 degrés. — Le 3, matin, temp., 37°,2; soir, 38°,2. — Le 4, matin, temp., 36°,3; soir, 36°,8.

Absence de glycosurie. Même résultat pendant un accès, le 6 février (temp., 41°,2).

LVII. — All..., détenu de l'atelier n° 4, vingt-six ans, en Algérie du mois d'août 1881, contracte la fièvre en septembre, arrive à Sétif le 26 décembre. Anémie cachectique; absence de sucre et d'albumine dans l'urine examinée en décembre.

Accès le 2 janvier 1882; pas de sucre dans l'urine.

Cet homme, de constitution primitivement robuste, se levant, mangeant avec appétit, s'infiltre légèrement, puis est repris de fièvre le 12 janvier. Celle-ci, d'abord intermittente, passe à la continuité le 17, et surviennent successivement : le 22 janvier, la diarrhée; le 30, une arthrite de l'articulation scapulo-humérale gauche, suivie bientôt du gonflement des tissus qui avoisinent le coude du même côté; le 1er février se déclare un point d'érysipèle phlegmoneux vers la racine du nez, à droite, dans l'angle oculo-nasal; le 4 février, œdème des paupières de l'œil droit, extension de l'érysipèle vers la joue, en même temps infiltration phlegmoneuse du tissu cellulaire sous-cutané, avec induration des ganglions lymphatiques au niveau des régions parotidienne et sous-maxillaire; l'œdème des paupières disparaît alors; le facies est celui d'un malade atteint d'oreillons, cependant les parotides semblent intactes.

Une pustule d'ecthyma apparaissait à la cuisse droite, au niveau du grand trochanter, le 1er février; enfin, à cette même date, la respiration devenait gênée, et une pleurésie avec épanchement se développait à gauche, amenant la mort par asphyxie lente et progressive, le malade ayant présenté un peu de subdélirium les deux derniers jours, le 7 février, à huit heures du soir.

Des examens multipliés de l'urine faits jusqu'à la veille de la mort sont toujours restés infructueux au point de vue de la recherche, soit du sucre, soit de l'albumine.

Autopsie. — Cadavre émacié; plus trace d'œdème du tégument.

Face. — Petit abcès à la joue, vers la racine du nez, à droite. Infiltration phlegmoneuse diffuse du tissu cellulaire sous-cutané des régions parotidiennes et sous-maxillaire, avec induration ganglionnaire. Les parotides sont intactes.

L'articulation scapulo-humérale gauche, peu tuméfiée, est le siège d'une inflammation suppurée avec pus mal lié. Infiltration gélatiniforme péri-articulaire au niveau du coude gauche; légère hydropisie de l'articulation elle-même.

Cerveau. — Un peu d'œdème de la pie-mère. La substance cérébrale, saine, présente à la coupe un peu de piqueté sanguin. La section du corps calleux le montre pigmenté.

Thorax : poumon droit. — Quelques adhérences pleurales lâches, celluleuses et anciennes; congestion du poumon lui-même. Aucun tubercule.

Poumon gauche. — Comprimé par un épanchement pleurétique

fibrineux inflammatoire, sans trace de purulence, évaluable à un litre et demi au moins. Aucun tubercule.

Cœur.—Surface macérée dans une très faible quantité de liquide péricardique; il est peu volumineux, sans lésions d'orifices.

Abdomen. — Pas d'ascite. *Foie* mollasse et élastique à la fois, de coloration brun olive; il pèse 1^{kil},380. La *bile* est peu colorée, limpide. La *rate*, débordant les fausses côtes de deux travers de doigt au plus, est congestionnée sans induration ni ramollissement. Son poids est de 475 grammes. Il n'existe aucun épaississement, soit de l'enveloppe péritonéale, soit de la capsule.

Les *reins* ne présentent rien à noter. Les *ganglions mésentériques* sont augmentés de volume.

L'intestin grêle est congestionné, surtout au niveau des plaques de Peyer et vers la valvule iléo-cæcale, mais sans induration ou simple tuméfaction de ces plaques. Il existe dans le gros intestin une *colite* marquée, avec épaississement de la muqueuse, qui a pris une teinte ardoisée, mais sans ulcérations.

Dans ce cas, comme dans celui qui fait le sujet de l'observation XXVIII, l'organisme, mis à mal par le tellurisme, a subi sous cette influence une détérioration aiguë rapide, qui diffère par plus d'un côté de la cachexie lente avec hypertrophie considérable de la rate et sclérose de son tissu; mais j'oserais moins affirmer que les affections secondaires qui, en fin de compte, ont entraîné la mort aient reçu un cachet spécial de leur origine, et que l'évolution n'eût pas été la même chez des hommes simplement surmenés ou dont l'anémie eût reconnu une autre source.

LVIII. — Ter..., détenu de l'atelier n° 4, vingt-sept ans, en Algérie du mois d'août 1879, contracte la fièvre en juillet 1880, repris en septembre 1881, arrive à Sétif le 23 janvier 1882. Homme amaigri, anémié, au teint terreux; souffle continu au cou. Absence de sucre dans les urines, examinées en janvier. Il est pris de fièvre dans la soirée du 7 février.

Le 8, matin, temp., 38°,9; urine colorée, neutre, sans sucre.— Le soir, temp., 38 degrés; urine pâle, neutre, sans sucre.

Le 9, matin, temp., 36°,8; urine ambrée, acide, *trace de réduction.* — Le soir, temp., 38 degrés; urine ambrée, acide, sans sucre.

Le 10, matin, temp., 36°,2; urine ambrée, acide, sans sucre.

L'urine du 9 février au matin donna un point de réduction sensible, seulement par le repos. Il se forma instantanément à chaud, dans un autre examen de l'urine fait après défécation. A froid, au contraire, la réduction ne s'opéra pas même après trente-six heures de contact.

Malades civils. — LIX. — Tes... (Jean), quarante-trois ans, terrassier, depuis six ans en Algérie, contracte la fièvre pour la première fois en juillet 1881, fait un double séjour à l'hôpital en septembre et octobre, et revient pour la troisième fois le 8 janvier 1882. Cachexie avec pâleur et bouffissure des téguments. Œdème des extrémités inférieures par la station debout; aucun souffle cardiaque ou vasculaire. L'abdomen est développé, sans ascite notable, et l'exploration de la rate est difficile; elle dépasse à peine les fausses côtes. L'urine, examinée en janvier, ne renferme ni sucre ni albumine. Accès le 5 février, vers sept heures du soir.

Le 6, matin, temp., 38°,5; urine ambrée pâle, acide, sans sucre. —Le soir, temp., 37°,4; urine ambrée, acide, sans sucre.

L'urine du matin laissait déposer des urates en abondance par le refroidissement; celle du soir restait limpide.

LX. — Ali ben el Haoussin, kabyle, âgé d'environ trente ans, manœuvre ou terrassier, suivant les circonstances, ayant des antécédents palustres anciens, éprouvé par la fièvre en 1881, atteint, en outre, de bronchite, entre à l'hôpital de Sétif le 8 février 1882. Etat fébrile chaque soir qui paraît surtout sous la dépendance de la bronchite, surajoutée à l'induration tuberculeuse du sommet gauche; expectoration muco-purulente. La rate déborde le thorax de quatre à cinq travers de doigt et plonge dans le flanc; elle n'est pas douloureuse à la pression. Rien à noter du côté du foie.

En outre, *gangrène momifiante* du lobule du nez respectant les ailes et la cloison, et qui aurait débuté, il y a une dizaine de jours, après une nuit passée dans un café maure, étant couché la face contre le sol.

L'urine de ce malade, très chargée d'urates, n'est point albumineuse. Il y eut dans la recherche du sucre un *point de réduction* après repos dans l'examen de l'urine du 9 février au matin, effet probable des urates, puisque ce phénomène *ne se reproduisit pas* après traitement de l'urine par l'acétate de plomb et le carbonate de soude.

Tous les autres examens, jusqu'au 12 février inclus, sont restés négatifs. Le lobule du nez se détache le 13 février sous l'influence de cataplasmes appliqués depuis trois jours.

2° *Fébricitants simples.*—a. *Détenus militaires.*—LXI.—Lef..., détenu de l'atelier n° 4, vingt-six ans, en Algérie de l'année 1880, contracte la fièvre en juillet 1881, arrive à Sétif le 12 décembre. Homme robuste, sans anémie aucune. Accès le 16 janvier, dans la soirée.

Le 17, matin, temp., 38°,2; urine ambrée, acide, sans sucre. — Le soir, temp., 37°,5; urine ambrée, acide, sans sucre.

LXII. — Trou..., détenu de l'atelier n° 4, vingt-quatre ans, en Algérie du mois d'août 1881, contracte la fièvre en septembre, arrive à Sétif le 21 novembre. Accès le 31 décembre, vers onze heures du matin. L'urine du soir, faiblement alcaline, ne contient pas de sucre.

LXIII. — Tern..., détenu de l'atelier n° 6, vingt-six ans, en Algérie du mois de juillet 1881, contracte la fièvre en septembre, arrive à Sétif le 23 janvier 1882. Accès le 3 février.

Le 3, soir, temp., 39°,6; urine pâle, neutre, sans sucre.

Le 4, matin, temp., 37 degrés; urine ambrée, acide, sans sucre.

LXIV. — Gr..., détenu de l'atelier n° 4, vingt-quatre ans, en Algérie de l'année 1878, contracte la fièvre en 1881, arrive à Sétif le 23 janvier 1882. Accès le 1er février, vers dix heures du matin.

Le 1er, soir, temp., 38°,7; urine ambrée, acide, sans sucre.

Le 2, matin, temp., 38 degrés; urine ambrée, acide, sans sucre. — Le soir, temp., 39°,5; urine ambrée, acide, *trace de réduction.*

Le 3, matin, temp., 37 degrés; urine ambrée, acide, sans sucre.

La tache légère de réduction, de la dimension d'une tête d'épingle, qui se produisit dans l'urine du 2 février soir, ne fut observée que le lendemain matin; le mélange était resté parfaitement limpide, sans précipitation d'urates.

b. *Malades militaires.* — LXV. — Du... (Jean), vingt-trois ans, soldat au 16e d'artillerie, deuxième année de service et d'Algérie, contracte la fièvre en août 1881, conserve des accès pendant l'expédition dans le sud de la Tunisie à l'automne. A son retour, il entre à l'hôpital le 14 janvier, et en sort le 26 sans avoir présenté d'accès; l'urine examinée alors ne contenait pas de sucre. Il revient le 8 février au troisième accès d'une rechute.

Le 8, matin, temp., 41°,2; urine ambrée, acide, non sucrée. — Le soir, temp., 38°,5; urine ambrée, acide, non sucrée.

Le 9, matin, temp., 37°,5; urine ambrée, acide, non sucrée. — Le soir, temp., 37 degrés; urine ambrée, acide, non sucrée.

LXVI. — Dol..., Éloi, vingt-trois ans, soldat du train des équipages, dans sa troisième année de service et d'Algérie, contracte la fièvre en septembre 1881, entre à l'hôpital de Sétif le 29 décembre 1881, repris à nouveau. Il ne présente d'accès que le jour de l'entrée; l'urine des 29 et 30 décembre ne contient pas de sucre.

LXVII. — Fei..., Joseph, vingt-trois ans, soldat au 2e de ligne, troisième année de service, première d'Afrique, contracte la fièvre cet automne au Kef (Tunisie), entre au retour à l'hôpital de Sétif, le 14 janvier 1882. Il est fatigué et un peu anémié. Accès quotidiens naissant vers onze heures du matin du 14 au 18 janvier inclus. Absence de glucoses dans l'urine examinée matin et soir.

LXVIII. — Messaoud ben Abbès, trente-quatre ans, soldat au 3e régiment de tirailleurs, revenant de Tunisie, entre à l'hôpital le 9 janvier 1882. Accès de fièvre intermittente les 10, 11 et 12 janvier; recherches négatives de la glycosurie.

LXIX. — De..., Pierre, vingt-deux ans, soldat au 2e de ligne, deuxième année de service, première d'Afrique, revenant de Tunisie, entre à l'hôpital de Sétif le 22 janvier 1882. Fièvre et diarrhée. Accès les 22 et 23 janvier, pas de glycosurie.

LXX. — Jul..., Auguste, vingt-cinq ans, soldat au 100e de ligne, dans sa quatrième année de service, première d'Afrique, revenant de Tunisie, est pris d'accès fébriles avec diarrhée depuis une quinzaine de jours, entre à l'hôpital de Sétif le 25 janvier 1882. Accès les 26, 27 et 28 janvier; l'urine, examinée matin et soir, ne réduit pas la liqueur cupro-potassique.

c. *Malades civils.* — LXXI. — Muh..., Auguste, dix-neuf ans, né en Algérie, terrassier, ayant contracté la fièvre en 1879, repris vers le 23 janvier 1882. La fièvre prend la forme rémittente.

Le 28 janvier, soir, temp., 39°,8. Sulfate de quinine, 1 gramme.

Le 29, matin, temp., 39°,6. — Le soir, temp., 38°,3. Sulfate de quinine, 1 gramme; salicylate de soude, 4 grammes.
Le 30, matin, temp., 38°,5. — Le soir, temp., 37°,5. Sulfate de quinine, 1 gramme; salicylate de soude, 4 grammes.
Le 31, matin, temp., 37°,6. — Le soir, temp., 38°,0.
Le 1er février, matin, temp., 34°,5. — Le soir, temp., 36°,6. Sulfate de quinine, 1 gramme.

L'urine, examinée le 28 janvier soir, le 29 au matin, et le 1er février matin et soir, ne contenait pas de sucre. L'examen a été suspendu pendant l'administration du salicylate de soude qui exerce une action réductrice sur la liqueur de Fehling.

Ce malade présente des accès intermittents du 10 au 13 février, recherches infructueuses de la glycosurie.

LXXII. — *Harbi ben Iddit*, Kabyle, âgé d'environ vingt-huit à trente ans, vendeur d'huile, revenait de Constantine lorsqu'il eut à souffrir du mauvais temps. Ancien paludéen, éprouvé par la fièvre pendant l'automne dernier, il est repris d'accès qui le forcent à se coucher sur le talus de la route. La police, avertie, l'amène à l'hôpital de Sétif le 11 janvier 1882. A son entrée, état fébrile modéré (38°,9), le pouls est filiforme, les extrémités sont froides et le malade délire. Traitement par les injections sous-cutanées d'éther et de sulfate de quinine.

La rate déborde les fausses côtes de trois travers de doigt environ, elle est douloureuse à la pression profonde; le foie semble normal.

La vessie est distendue par l'urine, le malade est sondé, le liquide retiré n'est ni sucré, ni albumineux, sa réaction est acide. Amélioration les jours suivants. Le malade demande sa sortie le 20 janvier.

Le 11 janvier, soir, temp., 38°,9.
Le 12, matin, temp., 37°,0. — Le soir, temp., 37°,2.
Le 13, matin, temp., 36°,8. — Le soir, temp., 37°,0.
Le 14, matin, temp., 36°,8. — Le soir, temp., 38°,2.
Le 15, matin, temp., 38°,3. — Le soir, temp., 38°,4.
Le 16, matin, temp., 38°,4. — Le soir, temp., 38°,8.
Le 17, matin, temp., 38°,0. — Le soir, temp., 38°,5.
Le 18, matin, temp., 38°,2. — Le soir, temp., 36°,2.
Le 19, matin, temp., 37°,6. — Le soir, temp., 36,8.

Le 18 janvier matin, l'urine examinée la veille au soir a laissé déposer *un point d'oxyde cuivreux* rouge orangé; même réduction minime après un repos de quelques heures dans l'urine du 18 au matin, mais qui ne se retrouve plus après défécation préalable par le sous-acétate de plomb et le carbonate de soude.

Les autres examens sont toujours restés négatifs.

J'ai recueilli d'autres observations dans lesquelles la fièvre présenta une certaine continuité, mais outre que l'origine tellurique n'est pas évidente, ils restent sans intérêt au point de vue de la glycosurie, les examens de l'urine ayant toujours été négatifs.

Je demande pardon au lecteur de cette longue et fastidieuse énumération; c'est là un inconvénient inhérent à toute recherche faite à un point de vue restreint, sur un sujet récent, et où le nombre doit entrer en ligne de compte.

Grâce à des conditions spéciales, mes examens ont porté sur des paludiques frappés à tous les degrés, et mes recherches comprennent la gamme du tellurisme presque entière.

Le nombre et la variété de ces examens permettent déjà de préjuger la solution à intervenir dans la question de la glycosurie chez les paludiques et à plus forte raison du diabète.

Le caractère négatif de mes recherches ne saurait être atténué par les quelques rares faits de réduction observés, et l'on ne peut qualifier du nom de glycosurie la présence fugace et accidentelle d'une quantité de glucose tellement minime qu'elle n'atteint pas un décigramme par litre d'urine. On retrouve du reste ces mêmes faits en dehors du paludisme. — Si dans un cas la présence de la glucose a pu être rapportée à l'usage du lait, elle n'a été dans les autres cas en relation ni avec l'état général des malades, ni avec le degré de la fièvre; chez l'un on la rencontre pendant l'apyrexie, chez un autre au moment de l'accès fébrile.

Je ne formulerai cependant pas de conclusions qui ne seront possibles qu'après des recherches effectuées en d'autres saisons de l'année et dans des lieux variés; elles ressortiront alors des faits eux-mêmes.

Mais retenons que si la glycosurie a fait défaut dans les cas que je viens de relater, l'urine des cachectiques paludéens s'est montrée contenir parfois des phosphates, rarement de l'albumine et fréquemment des urates en abondance, même en dehors de l'état de fièvre, ce qui paraît tenir à ce que ces malades, poussés par un appétit impérieux, mangent beaucoup, mais assimilent peu; d'où la lenteur du retour à la santé.

Je rappellerai un cas de fièvre tellurique avec hématurie intermittente que j'ai communiqué à la *Société médicale des hôpitaux* (*Union méd.*, 7 août 1881) où, tout en constatant un léger degré d'albuminurie, j'ai noté l'absence de sucre dans l'urine; les examens ont été plus nombreux qu'il n'est dit, mais cette question n'étant pas alors en discussion, il n'en a été fait mention qu'au début et à la fin de l'observation.

On ne saurait trop louer le professeur Verneuil d'agrandir l'horizon des questions afférentes aux maladies générales, et l'on doit remercier le savant maître d'avoir si bien précisé les termes du problème relatif à la glycosurie chez les paludiques, qu'il devra être résolu à bref délai.

N'oublions pas aussi de rappeler la part qui revient à M. Burdel (de Vierzon) dans cette question de la recherche de la glycosurie chez les paludiques.

Errata. — Dans le premier article de M. Sorel (n° 6) diverses erreurs d'impression devront être rectifiées comme il suit : p. 86, ligne 13, au lieu de « ces faits sont au nombre de 35; les *trois* premières observations..... » lire « les *dix* premières observations »; p. 86, obs. VIII au lieu de « urine rouge, acide, sans *saveur* » lire « sans *sucre* »; p. 87, obs. XII, au lieu de « léger louche *albumineux* » lire : « léger louche *phosphatique*. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 3 AVRIL 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

Instruments dits vaccineuses. — M. *V. Burq* adresse un instrument auquel il donne le nom de « vaccineuse » (voy. *Gaz. hebd.*, 1882, p. 229).

Les microzymas gastriques et la pepsine. Remarques sur la note de M. A. Gautier du 6 mars dernier. Note de M. *A. Béchamp*.

Sur l'existence des produits analogues aux ptomaïnes dans les digestions gastriques et pancréatiques de plusieurs matières albuminoïdes. Note du *même*. — Les communications récentes de M. Béchamp à l'Académie de médecine et les réponses de M. Gautier (nous avons reproduites les unes et les autres), suffisent à caractériser les dissidences qui séparent les deux savants et à donner une idée des deux travaux dont on vient de lire les titres.

Digestion des matières grasses et cellulosiques. Note de M. *Duclaux*. — Dans un mémoire déjà ancien sur *la tension superficielle des liquides* (*Annales de chimie et de physique*, t. XXI, 1870), l'auteur a montré que la puissance émulsive peut être communiquée à un liquide par des procédés très divers, et ne dépend que de certaines conditions physiques à remplir par les deux corps que l'on met en émulsion l'un par l'autre. La condition principale est que les constantes capillaires, les tensions superficielles des deux liquides, soient égales ou voisines. A un rang secondaire, interviennent : l'égalité des densités, la viscosité du liquide émulsif,

enfin l'existence, chez ce même liquide émulsif, de cette propriété, certainement physique, de devenir mousseux par l'agitation. Le concours de ces quatre conditions n'est pas indispensable, et lorsqu'une d'elles manque, l'émulsion est moins parfaite, mais peut encore être durable. Or il se trouve que, sauf l'égalité des densités, le suc pancréatique les réalise toutes, et en particulier la plus importante, celle qui est relative à l'identité des tensions superficielles. Ce suc est le plus alcalin des liquides de l'organisme. Aussitôt mis au contact d'une matière grasse, il la saponifie, faiblement, il est vrai; mais la plus petite quantité de savon formée suffit à diminuer dans une proportion notable la tension superficielle du liquide émulsionnant et à l'amener au niveau de celle des matières grasses.

Si, à ces faits, on ajoute ceux-ci : que l'émulsion par le suc pancréatique est instantanée et complète dès les premiers moments, tandis que l'action des diastases est toujours lente et graduelle, que l'émulsion se fait avec la même facilité à toutes les températures, tandis que les diastases sont presque inertes au-dessous de 15 degrés, enfin qu'une foule de substances qui paralysent les effets des autres diastases sont sans action sur la *diastase émulsive*, admise par Cl. Bernard, on sera disposé, dit l'auteur, à rayer celle-ci du nombre de celles qui entrent en jeu dans l'organisme et à regarder l'émulsion comme un phénomène à peu près exclusivement physique.

Cette conclusion, qui sépare l'émulsion des corps gras de la digestion diastasique des aliments azotés, féculents ou sucrés, est corroborée par ce fait, que les corps gras peuvent être introduits directement dans le sang de la circulation générale, tandis que le sucre et l'albumine, dans les mêmes conditions, sont éliminés par les urines. Le sucre et l'albumine absorbés dans le canal digestif ont besoin, pour être acceptés par l'organisme, de subir un passage au travers du foie par le système de la veine porte. Les corps gras, au contraire, sont déversés directement dans la circulation par les chylifères chez les animaux mammifères, et, chez les autres vertébrés, le système de Jacobson leur permet de ne pas traverser le foie, où leur passage est inutile et où, d'après Magendie, il ne serait pas sans inconvénient.

A l'inverse de ce qui a lieu pour les matières grasses, les matières cellulosiques, si elles sont alimentaires, ont certainement besoin de subir une dissolution préalable dans le tube digestif, sans qu'on sache bien où cette dissolution s'opère. Je me suis assuré que les diastases de l'estomac, et même celles du pancréas, qu'à raison de leur action sur l'amidon on pourrait supposer plus puissantes que les autres, étaient incapables de transformer la cellulose.

L'auteur dit s'être assuré, en nourrissant des pigeons avec du sarrasin, du malt et de l'orge perlé, qu'on ne retrouvait pas dans les excréments la totalité de la cellulose ingérée. Il y a une perte, qui, pour l'orge perlé, a atteint le cinquième de la cellulose totale, et qu'on ne peut attribuer qu'à une dissolution, à une digestion véritable.

Dans les graines que contient le jabot des oiseaux, l'auteur a trouvé, au microscope, des masses amylacées intactes, débarrassées de toute enveloppe, et nageant dans un liquide qui présente par milliers des petits bâtonnets tout à fait analogues aux amylobacters, connus, depuis M. Van Tieghem, pour être les ferments de la cellulose. Ces petits bâtonnets de formes multiples, ensemencés dans des liquides neufs, peuvent servir à y faire des digestions de cellulose. Nul doute qu'ils ne soient les agents actifs du phénomène observé. Ils transforment la cellulose en dextrine et en glucose qu'on trouve dans les liquides de la panse, dont la muqueuse, puissamment absorbante, ne sécrète pourtant, comme je m'en suis assuré, aucune diastase capable d'agir sur l'amidon.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 11 AVRIL 1882. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet l'ampliation d'un décret de M. le Président de la République approuvant l'élection de M. *Bucquoy* comme membre titulaire dans la section de pathologie médicale. — Sur l'invitation de M. le Président, M. Bucquoy prend place au milieu de ses collègues.

M. le ministre de la marine et des colonies accuse réception de 6 tubes de vaccin envoyés à la Martinique.

M. *Legouest* envoie la liste officielle de 57 médecins et pharmaciens militaires morts victimes de leur devoir professionnel depuis dix années.

M. le docteur *Aschenbach* (de Corfou) adresse une lettre, en langue allemande, sur le traitement de la diphthérie, à l'occasion du concours du prix Saint-Paul de 1882.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de MM. les docteurs *G. Tizzoni* et *Filetti* (de Bologne) une brochure intitulée: *Studi patologici e chimici sulla funzione ematopoetica* et *Sulla riproduzione della milza;* 2° de la part de M. le docteur *John T. Nagle*, le *Summary of births, marriages, still-births and deaths in New York City during the year* 1881.

M. *Chatin* présente une thèse de M. *E. Varenne* sur *la dissolution et la solubilité.*

M. *Rochard* fait hommage d'un travail de M. le docteur *Bourru* (de Rochefort) intitulé : *Des épidémies qui régnèrent à Rochefort en* 1694.

Élection. — Par 46 voix sur 47 votants, M. *Thiernesse* (de Bruxelles) est élu correspondant étranger dans la troisième division (médecine vétérinaire); les deux autres candidats étaient : M. Röll (de Vienne) et M. Fleming (de Londres).

Champignons. — M. *Chatin* donne lecture d'un rapport concernant un mémoire de M. Boudier (de Montmorency) sur les caractères distinctifs des champignons qui composent le groupe de l'Amanite bulbeuse. L'importance de ce mémoire consiste dans la délimitation et la description très nette des six espèces extrêmement vénéneuses de ce groupe, espèces qui peuvent être et sont souvent confondues avec des champignons comestibles.

Dermatose parasitaire nouvelle en France. — M. *Nielly*, professeur de pathologie exotique à l'École de médecine navale de Brest, présente un jeune mousse de l'*Austerlitz*, âgé de quatorze ans, entré le 4 avril dans son service. Ce jeune mousse est affecté d'une éruption caractérisée par de nombreuses papules ou vésiculo-pustules sur les membres; au membre supérieur gauche, on voit des papules acuminées, au sommet desquelles on distingue très nettement à l'œil nu un petit point jaunâtre très fin; sur le tronc on trouve deux groupes flétris; aux membres inférieurs, plus particulièrement atteints, l'éruption est très confluente. En portant le séro-pus sous le microscope, on aperçoit un ou plusieurs nématoïdes analogues aux filarides ou aux anguillules. M. Nielly fait passer sous les yeux des membres de l'Académie un dessin représentant ce ver. Ce ver incolore, transparent, a des mouvements flexueux, un peu lents, brusques par moments; il mesure 333/1000es de millimètre en longueur, et 13/1000es de millimètre en largeur à sa partie moyenne. Il existerait donc en France une dermatose parasitaire spéciale, soit identique au craw-craw de la côte occidentale d'Afrique, observé en 1875 par O'Neil, médecin de la marine anglaise, sur des noirs de la côte d'Or, soit spécifique, mais à coup sûr absolument nouvelle pour les observateurs des climats tempérés. Cette découverte, en tout cas, a un double intérêt : 1° un intérêt scientifique; car si la maladie est identique au craw-craw, le fait contient une solution précise d'une question de géographie médicale, et le craw-craw n'est pas plus exotique que l'aïnum et la lèpre; si la maladie n'est pas le craw-craw, il importe de le savoir et de mettre cette dermatose à son rang nosologique, parmi les parasitaires de France; 2° un intérêt pratique, car les recherches qui restent à faire sont d'ordre hygiénique et d'ordre thérapeutique. Il faudra trouver ce parasite dans les milieux habités par cet enfant; il faudra instituer un traitement qui le guérisse et qui par conséquent soit applicable aux autres cas que l'on

pourra rencontrer sans doute en Bretagne, et que d'autres médecins, maintenant prévenus, diagnostiquent sans difficulté, soit en Bretagne, soit ailleurs.

MM. *Rochard* et *Davaine* déclarent, sur l'interpellation de M. le Président, qu'ils n'ont jamais constaté de maladie semblable. M. *Colin* (d'Alfort) rappelle qu'il a observé quelque chose d'analogue chez le chien et le mouton; il a en effet trouvé des embryons de filaire dans le sang du chien; la filaire qui produit ces embryons se trouve à l'état adulte dans les cavités du cœur. Il a remarqué en outre que ces embryons vivent très longtemps dans les eaux douces, et il pense que c'est par les eaux qu'ils s'introduisent dans le sang du chien.

M. *Baillet* (de Toulouse), correspondant national, ajoute qu'il a eu l'occasion de faire des observations analogues; dans le cœur droit du chien il a constaté la présence de nématoïdes du genre strongle; de plus, M. Laulanié (de Toulouse) a rencontré des œufs d'helminthes dans le parenchyme pulmonaire, et chacun de ces œufs peut devenir le point de départ d'un véritable tubercule. En faisant prendre de ces embryons par les voies digestives, chez le chien, on produit la multiplication de ces strongles dans les voies respiratoires. Chez les chevaux, surtout chez des chevaux venant de Hongrie, un grand nombre de vétérinaires de l'armée ont aussi rencontré des boutons dans lesquels existaient des embryons de nématoïdes.

M. *Colin* (d'Alfort) rappelle encore avoir déjà fait sur ce sujet, en 1866, une communication.

Chloroforme et chloroformisation. — On se rappelle que M. Léon Le Fort avait demandé dans la dernière séance à M. Vulpian si, d'après les données de l'expérimentation, une anesthésie chloroformique profonde, absolue, exposerait autant à une syncope soit cardiaque, soit respiratoire, qu'une anesthésie un peu moins complète. C'est à cette demande que M. *Vulpian* vient répondre, autant que le lui permet l'expérimentation sur les animaux, et en séparant nettement tout d'abord la syncope cardiaque de l'arrêt brusque de la respiration que, par comparaison, il a appelé syncope respiratoire. La première est relativement rare, cependant on l'observe quelquefois, surtout au moment de l'opération, et elle est alors presque constamment mortelle; dans ces conditions, il s'agit évidemment d'une syncope produite par mécanisme réflexe et l'on conçoit qu'elle soit plus grave chez un animal profondément anesthésié que pendant la « marche progressive de la pénétration de l'anesthésique dans les divers tissus ». En effet, le chloroforme, par exemple, modifie l'activité physiologique de tous les éléments anatomiques, des centres céphalo-rachidiens, entre autres, et même des ganglions du grand sympathique; lorsque l'anesthésie est profonde, l'affaiblissement des ganglions intrinsèques du cœur, qui ont perdu leur élasticité vitale en quelque sorte, peut être tel qu'ils cessent de fonctionner et qu'il y ait une syncope souvent mortelle; les battements du cœur s'arrêtent, quelques mouvements respiratoires se produisent encore, il est vrai, mais ils ne tardent pas à cesser. Tous les moyens pour essayer de ranimer l'activité cardiaque demeurent presque toujours sans succès dans ces cas. Les choses se passent ainsi chez les animaux en expérience; chez l'homme, une anesthésie profonde pourrait-elle moins exposer à provoquer ces syncopes cardiaques, comme tendrait à le croire M. Le Fort, par suite de l'affaiblissement de la réflectivité des centres nerveux? Quelles que soient les réserves dont il soit nécessaire d'entourer l'application de ces recherches à la clinique humaine, M. Vulpian considère comme possible que des actions réflexes d'arrêt s'opèrent encore chez un homme profondément anesthésié, sous l'influence de violentes excitations des fibres nerveuses sensitives de telle ou telle région du corps; mais, ajoute-t-il, il se peut aussi que ces actions réflexes d'arrêt se produisent plus difficilement, plus rarement, dans ces conditions que lorsque la chloroformisation est moins profonde, parce que, dans ce dernier cas, la conductibilité médullaire, la réflectivité du bulbe rachidien, les aptitudes fonctionnelles des ganglions cardiaques, etc., sont moins affaiblies. Cette syncope cardiaque, quoique encore très grave, l'est moins pendant une anesthésie moins profonde.

Quant à la syncope respiratoire, son mécanisme n'est pas le même chez un animal profondément chloroformisé au moment d'une opération; il ne s'agit plus alors d'un phénomène réflexe complet; l'irritation partant des fibres sensitives est alors transmise par la moelle épinière au bulbe et exerce une action inhibitoire sur le centre respiratoire intrabulbaire. La syncope respiratoire peut avoir lieu dès le début de la chloroformisation par irritation des extrémités périphériques du nerf laryngé supérieur; pendant la chloroformisation elle-même, elle peut être due à une paralysie directe du centre respiratoire, enfin elle se produit aussi lorsque la chloroformisation est achevée, l'animal s'anesthésiant de plus en plus pendant les quelques moments qui suivent, par l'action prolongée de l'anesthésique sur les éléments anatomiques; qu'il s'agisse du chloroforme, de l'éther et de toutes les substances volatiles anesthésiantes ou même des injections intraveineuses de chloral. A cet égard donc, M. Vulpian est plus affirmatif que pour la syncope cardiaque: la syncope respiratoire se produit au moins aussi souvent après qu'on a cessé d'administrer le chloroforme que pendant la chloroformisation et, chez les animaux, plus l'anesthésie est profonde, plus la syncope respiratoire est facile à provoquer; en même temps elle devient de plus en plus grave, et il rend compte d'une expérience dans laquelle on voit nettement que l'influence inhibitoire des nerfs sensitifs ne se manifeste dans toute sa puissance que lorsque les animaux sont plongés dans une anesthésie profonde.

Il termine en insistant sur l'importance de pratiquer avec soin et persévérance la respiration artificielle pour faire renaître les mouvements respiratoires, afin d'amener le plus rapidement la déchloroformisation des tissus, et d'entretenir les mouvements du cœur et la circulation du sang; il montre qu'en pareil cas, contrairement à ce qui avait été proposé, la faradisation énergique du tronc, lorsque l'anesthésie est profonde, risque d'augmenter encore la paralysie du centre respiratoire.

Un échange d'observations suit cette nouvelle communication de M. Vulpian. Il est dans l'anesthésie, fait remarquer tout d'abord M. *Colin* (d'Alfort) des accidents difficiles à comprendre, quelque « ingénieuses » que soient les explications que vient de fournir M. Vulpian; par exemple, l'asphyxie ou la syncope qui surviennent un grand nombre d'heures après l'anesthésie. M. — *Vulpian* répond qu'il faut alors tenir compte de l'action générale de l'anesthésique sur les tissus; ceux-ci, par suite de cette intoxication, sont affaiblis à tel point que la vie n'est plus possible.

La communication que vient de nous faire M. Vulpian, objecte M. *Maurice Perrin*, me semble devoir jeter un grand trouble dans l'esprit des chirurgiens; depuis trente ans, tous sont d'accord pour reconnaître que les accidents se produisent pendant le labeur d'une chloroformisation incomplète. Si l'on consulte, en effet, les statistiques de la mortalité par le chloroforme, on voit qu'il s'agit d'accidents arrivés chez les dentistes ou entre les mains de chirurgiens timides qui ont commencé l'opération avant l'anesthésie complète; on a bien aussi relevé un certain nombre d'accidents survenus pendant la période d'anesthésie complète, mais ils sont extrêmement rares, comparativement aux autres. Tous les chirurgiens admettent donc aujourd'hui que la période de chloroformisation pendant laquelle, chez l'homme, le chloroforme est le moins dangereux est celle qui a été désignée sous le nom de période de tolérance et qui se traduit

par des signes physiologiques bien connus : tels que le ralentissement du pouls, la diminution et la régularisation de la fonction respiratoire, la résolution du système musculaire, la contraction de la pupille, l'absence du réflexe palpébral, etc. Comment concilier ces données de la clinique avec celles de la physiologie expérimentale ?

On peut admettre que la chloroformisation est toute différente chez les animaux et chez l'homme, et que pour celui-ci il se passe quelque chose de particulier que la physiologie ne peut expliquer ; d'ailleurs pendant longtemps M. Perrin a pratiqué un grand nombre d'anesthésies chez les animaux, et il a toujours observé une parfaite régularité tant qu'on n'excite pas les nerfs de la sensibilité. En ce qui concerne l'expression de *syncope respiratoire* employée par M. Vulpian, il craint qu'elle n'expose à de grandes erreurs de langage ; l'expression de *syncope cardiaque* appliquée à l'asphyxie par le chloroforme n'était déjà pas bonne, et il importe de laisser au mot syncope sa signification précise, cet accident étant chez l'homme parfaitement déterminé et reconnu comme dépendant d'un arrêt momentané des fonctions cardiaques sous l'influence de causes d'ordre moral et physique qui n'existent pas toujours chez les animaux. — Assurément, répond M. *Vulpian*, il ne faut pas prétendre que les données de la physiologie expérimentale, en ce qui concerne la chloroformisation, soient exactement applicables à l'homme, auquel le chloroforme d'ailleurs est administré avec plus de prudence, plus de précautions et plus lentement. Cependant, que l'on interroge les chirurgiens, et ils s'accorderont à dire que la chloroformisation se passe bien rarement sans incidents, sans alertes ; c'est toujours une intoxication très grave, et c'est grâce aux soins qu'on y apporte qu'il n'arrive pas plus d'accidents. Il faut savoir en tout cas qu'on ne doit pas aller au delà d'un certain degré, sous peine de voir les excitations périphériques donner lieu à la syncope respiratoire. Quant à cette expression, M. Vulpian fait observer qu'il ne s'agit pas là d'asphyxie, mais d'un phénomène absolument comparable à celui de l'arrêt du cœur. Au fond de la syncope cardiaque, il y a une suspension brusque des excitations nerveuses du cœur. Qu'y a-t-il au fond de la syncope respiratoire ? Un arrêt brusque du fonctionnement du centre excitateur de la fonction respiratoire ; les deux phénomènes sont donc absolument comparables.

M. *Maurice Perrin* réplique qu'on a l'habitude d'opérer au moment de la période de tolérance anesthésique ; « M. Vulpian pense-t-il qu'il faille attendre que le malade soit à peu près engourdi ? » — S'il y a chez l'homme, répond M. *Vulpian*, une période dans laquelle l'anesthésie soit complète et qu'alors il n'y ait plus d'imminence dangereuse à redouter, c'est évidemment celle-là qu'il faut atteindre. Mais la physiologie expérimentale me permet seulement de dire que pour obtenir cette période il ne faut pas pousser la chloroformisation à fond.

M. *Alphonse Guérin* demande ensuite à M. Vulpian comment il peut admettre une action réflexe alors que le malade est profondément endormi par le chloroforme, pour ainsi dire à l'état de cadavre, lorsqu'il ne répond plus aux excitations ; c'est précisément ce symptôme sur lequel les chirurgiens avaient « la consolation » de s'appuyer pour procéder avec sécurité à l'opération. — M. *Vulpian* déclare que cependant le bulbe a certainement conservé sa réflectivité, puisque l'individu continue à respirer ; en outre, il est facile de démontrer que, même chez l'animal et chez l'homme ainsi profondément endormi, la moelle a conservé sa conductibilité pour les excitations centripètes, puisque par l'excitation du bout central du nerf sciatique on peut diminuer le nombre des mouvements respiratoires, et déterminer ce qu'il a appelé par analogie la syncope respiratoire. On conçoit que dans ces conditions, chez l'homme, les excitations douloureuses de l'opération puissent quelquefois avoir un retentissement par l'intermédiaire de la moelle sur le bulbe et par suite sur les fonctions de la respiration et du cœur.

— La séance est levée à cinq heures.

Société de biologie.

SÉANCE DU 1er AVRIL 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

Propriétés chimiques et physiologiques de la collidine : MM. Marcus et Œsohner. — Substances réductrices dans le lait : M. Ch. Richet. — Volume des cellules motrices de la moelle : MM. Pouchet et Huette. — Corps fusiformes (globulines) du sang : M. Pouchet. — Oxygène obtenu par décomposition de l'eau oxygénée : M. d'Arsonval. — Procédé pour le dosage des excitations électriques : M. d'Arsonval. — Appareil pour la respiration dans les mines : M. P. Regnard.

MM. *Marcus* et *Œschner* (de Coninck), ont étudié les propriétés et l'action physiologique d'un corps nouveau, la *β collidine*, dérivé de la cinchonine.

C'est un liquide jaune, volatil, bouillant à 190 et 200 degrés, d'une saveur brûlante. Il s'obtient par la distillation de la cinchonine avec la potasse, opération dans laquelle on obtient plusieurs bases de la série pyridique, entre autres la β collidine. Quand on en absorbe une petite quantité, ce corps détermine un malaise général, des vertiges, de la somnolence, etc.

Déposé sur la peau dénudée, il provoque une vive irritation.

Injecté sur la peau de la grenouille, l'animal succombe en une demi-heure, trois quarts d'heure, suivant la dose, — c'est donc un toxique.

A la dose de 5 à 15 centigrammes par kilogramme d'animal, il abolit les mouvements volontaires, tandis que les mouvements réflexes sont conservés.

Son action se porte également sur les centres psycho-moteurs, en paralysant leur action, et à une période plus avancée cette action s'étend aux centres médullaires et aux vaso-constricteurs.

A l'aide d'observations kymographiques, on observe une diminution de la pression sanguine intracarotidienne, puis un abaissement de la température : 8 degrés en quelques heures.

Pendant l'intoxication on voit survenir du ptyalisme et de la polyurie.

L'élimination se fait en 5 à 10 heures. Le troisième jour après l'intoxication, plusieurs animaux ont présenté une abolition des réflexes de la cornée.

En présentant les résultats obtenus par MM. Marcus et Œschner, M. Quinquaud fait observer les différences qui séparent de la cinchonine, au point de vue clinique, cette collidine extraite de l'huile de Dippel ; il insiste surtout sur les analogies et les différences d'action physiologique de ce corps d'avec le mode d'action de la cinchonine. Enfin il fait remarquer que la β collidine est : 1° un antipyrétique, 2° un paralyseur du mouvement, 3° un agent portant son action sur les nerfs cornéens, fait qui fera peut-être entrer cette substance dans la thérapeutique oculaire.

— M. *Ch. Richet* a retrouvé dans le lait la même substance réductrice dont il a déjà indiqué la présence dans l'urine : cette substance contenue dans le lait n'est pas la lactose, car la réduction des iodures s'opère même à froid. On l'obtient en grande quantité en laissant fermenter le lait en présence de sels de baryte. Cette substante serait analogue aux ptomaïnes.

— M. *Pouchet* communique, en son nom et au nom de M. Huette, le résultat de recherches relatives aux dimensions comparées des cellules motrices de la moelle suivant la longueur des nerfs moteurs qui en émanent. On n'a point observé, en choisissant pour objet d'études la moelle cervicale

de la girafe, que le volume des cellules des cornes antérieures fût en rapport avec le long trajet des nerfs : les cellules motrices ne sont pas plus grosses que celles du bœuf examinées dans la même région.

— M. *Pouchet*, ayant examiné le résidu de l'évaporation du sang rendu incoagulable par l'addition de sulfate de magnésie, a constaté la présence de corps particuliers fusiformes, après dissolution et entraînement par l'eau des cristaux du sel de magnésie. Ces corps, ayant de 2 à 4 millièmes de millimètre, se présentent sous des aspects variés, quelquefois réunis en croix, branchés obliquement les uns sur les autres. Ils paraissent mous et se colorent par le carmin. L'auteur pense avoir affaire à un élément représentant la combinaison des deux globulines du sang. Il donnera du reste des détails complémentaires dans une prochaine communication.

— M. *d'Arsonval* indique un procédé pour obtenir à froid de l'oxygène : il s'agit d'un dispositif permettant de décomposer l'eau oxygénée par l'acide chromique. Le dégagement peut être suspendu en fermant le robinet d'échappement du gaz, ce qui entraîne la suspension de l'écoulement du bichromate de potasse par suite de la haute pression acquise par l'oxygène emmagasiné dans l'appareil.

— M. d'*Arsonval* présente à la Société le résultat de ses recherches sur un procédé permettant de doser, pour ainsi dire, les excitations électriques appliquées aux nerfs. Il avait déjà proposé de compléter une disposition employée par M. Mauy (la décharge d'un condensateur de surface connue, *Microfarad*), en lançant cette décharge dans une bobine d'induction : de cette manière on soumettait le nerf à des excitations induites, sans action polarisante. Le procédé qu'il indique aujourd'hui pour arriver à un dosage précis consiste à faire varier, dans un rapport connu, la résistance sur le circuit de la pile qui charge le condensateur : il emploie dans ce but un fil plongeant plus ou moins dans un bain liquide que traverse le courant : la résistance est en raison inverse au degré d'immersion du fil.

— M. *Regnard* montre un appareil destiné à fournir aux mineurs une provision d'air pur pendant un temps plus que suffisant pour procéder aux sauvetages : c'est l'application des idées de Regnault et Reiset. Une certaine quantité d'oxygène a été comprimée dans un sac imperméable, enfermé pour éviter l'échange entre l'air et l'oxygène, dans une enveloppe métallique. Ce sac peut être mis en communication avec un second compartiment dans lequel le porteur de l'appareil puise l'air qu'il doit respirer et envoie celui qui vient de lui servir. Dans ce compartiment, l'air expiré se dépouille de son acide carbonique et la quantité d'acide carbonique qui lui est enlevée est remplacée par une quantité correspondante d'oxygène.

— M. *François-Franck* présente à la Société le *Manuel de vivisections* du docteur Livon, professeur suppléant à Marseille, en faisant remarquer que le premier ouvrage de ce genre, ayant le caractère, non plus d'une œuvre personnelle comme la *Physiologie opératoire* de Cl. Bernard, mais d'un traité d'ensemble, nous vient d'une école de province. L'auteur a cherché, non sans succès, à faire pour l'expérimentation sur les animaux ce qu'on fait pour la chirurgie opératoire chez l'homme.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 5 AVRIL 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Kystes du ligament large. — Amputations et résections sous-périostées. — Commission chargée d'examiner la liste des candidats au titre de membre titulaire. — Tumeur de l'orbite. — Fistules à l'anus résultant de l'hypertrophie de la valvule de Houston.

M. *Théophile Anger*. Dans la précédente séance, M. Duplay a dit que le procédé d'énucléation employé par M. Anger, pour enlever un kyste du ligament large, était connu depuis longtemps, et que M. Gaillard Thomas le signalait dans son livre. Cet auteur indique seulement un procédé, proposé par Munier (de Buffalo) pour l'extirpation de tous les kystes de l'ovaire, ce procédé ayant pour but d'éviter le clamp. Cela diffère du procédé employé par M. Anger pour énucléer la tumeur du ligament large. D'ailleurs, le livre de Gaillard Thomas date de 1876, et M. Anger a fait son opération en février 1874.

— M. *Ollier* (de Lyon) adresse une note sur les amputations et les désarticulations sous-périostées. Depuis 1859, il a fait des expériences sur le rôle du périoste dans les moignons d'amputation; il a essayé le lambeau unilatéral et la manchette, et il donne la préférence au premier. A partir de 1860, M. Ollier appliqua ce procédé sur ses opérés. Cela n'empêcha pas la suppuration, et parfois la nécrose du bout de l'os; ou bien, chez les jeunes sujets, il survenait des ostéophytes gênants et douloureux.

M. Ollier conserva le lambeau périostique pour l'amputation de jambe au lieu d'élection. Aujourd'hui, avec le pansement de Lister, on a plus de chance d'éviter la suppuration, mais on a encore à craindre les ostéophytes qui rendent le moignon douloureux chez les jeunes sujets ; chez les adultes, il peut survenir une nécrose annulaire. Le lambeau périosté a donc autant d'inconvénients que d'avantages, et M. Ollier compte plutôt sur une antisepsie rigoureuse.

M. Ollier a cherché à appliquer aux désarticulations les principes de la méthode sous-périostée, remplaçant les procédés rapides par des moyens plus lents et plus sûrs. Il décolle le périoste et dégage l'extrémité osseuse; l'opération est longue, mais on perd peu de sang. Le traumatisme est très circonscrit; on n'ouvre pas les loges musculaires ni les gaines tendineuses; on n'est pas exposé à léser les nerfs et les vaisseaux. Chez les jeunes sujets on a chance d'obtenir des résultats tout à fait satisfaisants.

M. *Poncet* n'a eu que de bons résultats à la suite des amputations sous-périostées; il n'a eu ni nécroses ni ostéophytes. Il a fait, il y a huit jours, une amputation du bras sur un garçon de vingt ans; il a pu constater que le périoste ne se décolle que trop facilement.

M. *Després* est l'adversaire des amputations sous-périostées; c'est une illusion de croire qu'on taille une manchette périostique pour recouvrir le bout de l'os ; on obtient tout au plus des lambeaux irréguliers.

M. *Trélat*. Que la manchette périostique soit complète ou non, elle paraît propre à la réunion primitive à la surface de section de l'os.

M. *Nicaise*. M. Ollier n'a jamais été partisan des amputations sous-périostées; il ne les trouve applicables que dans certains cas, sur le tibia. Chez son opéré, M. Nicaise a décollé le périoste partout, sauf sur la ligne âpre du fémur. On a vu sur la pièce qu'il n'y a pas eu bourgeonnement de l'os; c'était au vingt-neuvième jour, et la lamelle osseuse médullaire avait près de 3 millimètres d'épaisseur, et on voyait à la face interne du périoste des granulations calcaires disséminées.

M. *Farabeuf*. Sur le cadavre, à tous les âges, là où il existe un périoste, on peut le décoller. La communication de

M. Ollier porte surtout sur les désarticulations sous-périostées; M. Farabeuf est heureux de lui voir adopter les procédés lents, propres à éviter les pertes de sang.

M. *Trélat*. Quand on veut relever le périoste sur un fémur, en particulier, on arrive à faire une manchette très régulière sur le fond, quoique irrégulière sur les bords. Si on brise un os, que le périoste n'est pas détruit et que les fragments restent en rapport, il ne se fait pas de cal médullaire, mais un cal périosté très complet. Cela résulte d'expériences récentes. De même avec la manchette périostique et le pansement de Lister, on obtient l'accolement du périoste sur le bout de l'os, et on n'a pas de champignon médullaire.

— Nomination d'une commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place déclarée vacante de membre titulaire; sont élus, MM. Tillaux, Chauvel et Marc Sée.

— M. *Terrier* fait un rapport sur une observation lue à la Société par M. Peyrot, chirurgien des hôpitaux. Jeune fille de vingt-trois ans; à l'âge de dix ans, on lui enleva une tumeur sur le dos du nez. Plus tard, l'œil droit commença à grossir et au bout de sept ans finit par se perdre. Le 23 septembre 1881, la malade entra à l'Hôtel-Dieu. L'orbite droit contenait une tumeur volumineuse; la paupière supérieure était tuméfiée, et la paupière inférieure refoulée au bas. Pas d'apparence de cornée ou de sclérotique. La tumeur est molle, bosselée; douleurs lancinantes pendant la nuit. Le diagnostic fut: fibrome ou myome développé dans ou autour de l'œil.

Opération. La tumeur fut détachée de l'orbite à coups de ciseaux. Pansement de Lister; guérison. La masse enlevée est arrondie; elle a un diamètre de 6 centimètres environ. Au microscope, M. Poncet ne découvre pas de traces du globe oculaire; il déclare que la tumeur est un fibrome caverneux et mélanique ayant remplacé le globe oculaire disparu.

M. Peyrot, s'appuyant sur les nombreux sinus veineux qui parcourent la tumeur, diagnostique un angiome devenu fibreux, et il suppose que la tumeur du nez était de même nature. Les commémoratifs sont trop vagues pour permettre de reconnaître la nature de la tumeur nasale. La persistance de la vision pendant six ou sept ans ferait croire à une tumeur extra-oculaire. M. Terrier croit cependant à une tumeur intra-oculaire qui se sera substituée au globe; car la masse était mobile dans le mouvement combiné des deux yeux. La tumeur paraît être un fibrome.

M. *Poncet* croit savoir que M. Panas a trouvé dans un coin de l'orbite des vestiges de l'œil atrophié! La tumeur était un fibrome caverneux ou un angiome caverneux transformé.

M. *Trélat*. Si on retrouve dans l'orbite des traces du globe oculaire, le rapport de M. Terrier doit être modifié; dans tous les cas, l'observation doit être publiée sous bénéfice d'inventaire.

M. *Poncet* ne croit pas qu'un œil puisse disparaître sans laisser de traces des membranes ou des liquides; dans les transformations les plus anciennes de l'œil, on en trouve des traces. Tout plaide contre l'idée d'une tumeur née dans l'œil; les mouvements combinés des yeux ne sont pas affirmés nettement dans l'observation.

— M. *Chauvel* fait un rapport sur un travail de M. Vieusse (de Tlemcen). Quelques remarques sur les fistules à l'anus, conséquences de l'hypertrophie de la valvule de Houston. Dans les deux observations, la guérison a suivi de près la destruction de la valvule incriminée. Pour cette opération, M. Chauvel conseillerait l'usage du thermocautère.

L. Leroy.

REVUE DES JOURNAUX

Le morphinisme et son traitement
par le docteur Landowski.

C'est en Allemagne, paraît-il, que la morphiomanie fait le plus de victimes. Ells s'y est introduite à la suite de la guerre de 1866. Qui se douterait que plusieurs établissements spéciaux ont été créés pour le traitement de cette maladie qui sévit surtout sur les classes aisées de la société? Sur 157 morphiomanes, on compterait 55 médecins.

D'après Burkart, la circulation est surtout influencée par la morphine qui produit d'abord l'accélération, puis un ralentissement considérable des battements du cœur. Il en résulte des stases veineuses et des hyperhémies viscérales multiples. Le tremblement, l'exagération de la sueur sont des symptômes constants de l'abus de la morphine. Les urines contiennent presque toujours du sucre et souvent de l'albumine.

Nous n'insistons pas sur les différents troubles nerveux et l'ensemble symptomatique bien connus de tous les médecins.

Au point de vue du traitement deux méthodes se trouvent en présence: la suppression brusque du poison ou sa suppression graduelle.

La suppression brusque est dangereuse, elle peut déterminer un collapsus mortel.

Il est donc plus prudent de diminuer graduellement la dose de la morphine et d'administrer pendant quelque temps des petites doses d'opium. Il est utile de tromper le malade, quand il est indocile, en pratiquant des injections d'eau pure, rendues un peu amères par le sulfate de quinine. A titre de mesure préventive, on doit absolument défendre aux pharmaciens de vendre deux fois sur la même ordonnance une dose de morphine (*Journal de thérapeutique*, mars 1882).

Traitement de la mort apparente des nouveau-nés par les bains à 50 degrés centigrades, par M. Campardon.

Ce moyen, indiqué par le docteur Le Bon qui l'avait expérimenté sur les animaux en 1880, employé avec succès sur un nouveau-né par M. le docteur Goyard, a permis à M. le docteur Campardon d'obtenir de véritables résurrections dans deux cas qu'il a communiqués à la Société de médecine de Paris (séance du 16 février 1882).

Dans un de ces cas il s'agissait d'un enfant de 18 jours, très faible, et qui depuis sa naissance tetait difficilement. L'enfant dépérissait de jour en jour et se trouvait depuis 2 heures, et malgré des soins très judicieux, dans un état de mort apparente quand M. Campardon fut appelé. Les battements du cœur étaient à peine sensibles et le refroidissement extrême Malheureusement la température ne fut pas prise. C'est à ce moment que l'enfant fut plongé pendant deux minutes dans un bain à 45° centigrades environ. Il se ranima au bout de 20 secondes. Huit heures après le refroidissement revint. Un nouveau bain fut donné dans les mêmes conditions et le succès fut définitif.

Dans le second cas il s'agit d'un nouveau né. L'accouchement avait été difficile. L'enfant naissait en état de mort apparente. Au bout d'une demi-heure d'insufflation de bouche à bouche et de frictions excitantes sans aucun résultat, on plongea l'enfant dans un bain d'eau très chaude. La vie se manifesta au bout de quinze secondes. La durée du bain fut de deux minutes. Ces résultats, s'ils se répètent, n'auront pas besoin de commentaires (*Journal de thérapeutique*, 10 mars 1882).

Travaux à consulter.

Atrophie d'un hémisphère cérébelleux, par M. Meschede. — Trouvée à l'autopsie d'un homme de 48 ans qui présentait pendant la vie deux ordres de symptômes: impulsions motrices irrésistibles, soit autour de l'axe verticale,—pirouette des danseuses— soit simplement de long en large dans les corridors de l'hôpital; 2° conceptions délirantes de teinte religieuse, avec renversement complet des notions de fini et d'infini. (*Virchw's Archiv*, t. LXXXI.)

Des hernies diaphragmatiques par M. Lacher. Trois observations personnelles. Rien de nouveau. Bibliographie très complète surtout par les dernières années. Les conclusions diffèrent peu de cette de la thèse de Duguei (1866.) (*Deutsch. Archiv für klein. Med.*, t. XXVII., p. 268.)

De la pathologie de l'appendice vermiculaire par M. Bierhoff. — Monographie assez intéressante, basée sur un certain nombre de pièces anatomiques du musée universitaire d'Erlangen. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.* T. 27. P. 268.)

Notes de clinique, par M. Litten. — Sujets variés : 1° Les lésions du fond de l'œil dans l'anémie généralisée; 2° les altérations du fond de l'œil dans la stase veineuse généralisée; 3° empoisonnement par de la nitrobenzine impure (mélangée d'aniline); 4° apoplexie du cerveau et de la rétine causée par des anévrysmes miliaires. (*Berl. klin. Woch.*, 1881, n° 1-2.)

Une épidémie de raphanie, par M. Swiatlowsky. — Observée dans deux communes d'un district agricole du gouvernement de Nowgorod. L'épidémie s'est composée de dix-neuf cas, dont quatre décès. Jamais on n'observa de gangrènes, mais paa contre, on constata la présence constante des furomillements dans les extrémités, une diminution des mouvements respiratoires et un ralentissement du pouls. Albuminurie dans un cas. (*St. Petersb. med. Woch.*, n° 29.)

BIBLIOGRAPHIE

La vision et ses anomalies, cours théorique et pratique sur la physiologie et les affections fonctionnelles de la vue, par Félix Giraud-Teulon, membre de l'Académie de médecine, ancien élève de l'Ecole polytechnique. In-8° de VIII-936 pages, avec 117 figures. — Paris, J.-B. Baillière, 1881.

Ecrire un tel livre, après les nombreux traités et manuels d'ophthalmologie parus depuis quelques années, n'appartenait qu'à un maître. Offrir au lecteur un tableau complet de l'état actuel de la science, tableau attrayant par sa clarté, par la précision du langage et la netteté de l'exposition; tel a été le but poursuivi, et, nous sommes heureux de le dire, le but complètement atteint par notre éminent confrère. Même la partie la plus mathématique, c'est-à-dire, la plus ardue pour le médecin ordinaire, l'exposé de la réfraction sphérique et de la théorie de Gauss, n'offre aucune obscurité à qui la lit avec attention. Ainsi qu'il le dit lui-même, l'auteur s'est scrupuleusement attaché, dans ces leçons, à ne faire à la mathématique que les emprunts absolument imposés par la nature géodésique de la fonction visuelle. En cela, nous devons l'approuver hautement, car son ouvrage servira de guide au praticien, aussi bien qu'à l'oculiste de profession.

Admettant avec Giraud-Teulon les droits de l'ophthalmologie renouvelée à une place dans l'enseignement officiel, nous pensons comme lui, qu'il faut nécessairement, en raison de la multiplicité des connaissances exigées, s'astreindre à réduire, ou plus justement, à circonscrire chacune des branches de la médecine au juste nécessaire. Chargé depuis deux ans de familiariser les stagiaires de l'Ecole du Val-de-Grâce, avec les applications si nombreuses et si importantes de l'oculistique à la médecine légale militaire, nous avons pu apprécier la valeur de ce sage conseil : *savoir se limiter au simple exigé*. Le rappel des notions parfois un peu oubliées de l'optique physique, est le préliminaire obligé d'une étude de la vision. Les lois de la réfraction, les propriétés des lentilles et des systèmes lenticulaires composés, doivent être présentes à l'esprit du lecteur. En ce sens, il y a tout intérêt à commencer par leur exposition. Telle est, avons-nous dit, la matière de la première partie du traité de M. Giraud-Teulon.

La seconde partie de l'ouvrage comprend une description sommaire de l'œil humain, appareil de sensibilité et de réceptivité, appareil optique et système intermédiaire formé par l'iris et la zone ciliaire. Reprenant une définition déjà ancienne, Giraud-Teulon montre que la vue n'est, en somme, que le toucher à distance. Voltaire s'était servi de cette comparaison si frappante et si juste. Au chapitre de l'Accommodation, que notre éminent maître nous permette de relever une apparente contradiction, sans nul doute, échappée à son attention, dans la rédaction d'un ouvrage de longue haleine. Il dit, page 117, figure 31, parlant des images de Purkinje : « De ces trois images, les deux premières (les deux antérieures) sont droites, la troisième est renversée. » Si nous nous portons à la page 330, nous lisons à propos des mêmes images de Sanson : « L'image antérieure et la postérieure sont droites, la moyenne est renversée ». Léger reproche, du reste, et que M. Giraud-Teulon nous pardonnera, parce qu'il montre le soin religieux avec lequel nous avons lu et relu son excellent ouvrage.

A propos de l'acuité visuelle, l'auteur s'inspirant des études de Javal, montre toute l'importance de la distinction à établir entre la sensibilité propre de la rétine et sa faculté isolatrice. C'est cette dernière, en prenant comme base, non le *minimum visibile*, mais bien le *minimum separabile*, qui doit servir à la construction des échelles typographiques, en se rappelant que l'acuité visuelle suit la loi des carrés. Nos observations personnelles concordent avec celles de l'auteur sur la mesure de l'acuité normale ou physiologique, et nous ne l'avons que fort rarement trouvée d'un degré supérieure à l'unité acceptée jusqu'ici. L'échelle optométrique, dont un spécimen est figuré à la page 143, est fort judicieusement construite. Inutile d'insister sur les avantages de la notation métrique (dioptries) dans l'expression de la valeur réfringente des lentilles. Nous ne pouvons que regretter les difficultés que les constructeurs et surtout les fabricants de lunettes apportent depuis longtemps déjà à son adoption usuelle.

Dans la détermination des constantes dioptriques de l'œil schématique, la méthode physiologique adoptée par Giraud-Teulon donne, en somme, les mêmes résultats que la mé thode anatomique employée par Listing et Helmholtz.

A la dioptrique physiologique, objet du troisième livre, appartient l'étude de la presbytie, des mouches volantes, des phosphènes, et d'un certain nombre de phénomènes visuels non classés, tels que le spectre étoilé du cristallin, l'apparence stellaire des corps lumineux, l'arbre vasculaire de Purkinje, qui nous permet de localiser le siège réel des images dans la couche profonde de la rétine. Tous ces faits et bien d'autres que nous passons sous silence sont décrits et analysés avec un soin et une clarté que nous ne saurions trop admirer. A propos des images accidentelles ou plus justement *consécutives*, se pose la question de la nature précise des impressions rétiniennes. La découverte du pourpre rétinien par le professeur Boll, de Rome, a singulièrement modifié ce problème. Il n'est guère possible de se refuser à admettre, qu'au moins chez certains animaux, l'action de la lumière sur la membrane sensible de l'œil ne soit essentiellement photochimique. Mais en résulte-t-il que la vision ne soit que la perception d'une véritable photographie des objets peints sur la rétine? Des réserves sont jusqu'à présent nécessaires.

La dioptrique pathologique ou la pathologie fonctionnelle de la vision uni-oculaire forme la quatrième partie, la plus

étendue en même temps que la plus importante du volume. Elle s'ouvre par l'étude des amétropies, des anomalies de la réfraction statique de l'œil, leur mesure, l'expression de leurs degrés, la description et l'emploi des divers optomètres. Sans nier le mérite des instruments de Badal et de Loiseau, qui permettent de déterminer l'acuité visuelle en même temps que de mesurer l'état de la réfraction, nous devons proclamer que l'optomètre de notre éminent maître M. Perrin nous rend chaque jour, ainsi qu'à nos camarades de l'armée, d'excellents services.

Il est regrettable que l'ophthalmoscope binoculaire de Giraud-Teulon ne soit pas d'un usage plus général. Ses avantages sont indiscutables et son emploi demande à peine un peu plus d'étude que celui des instruments monoculaires. Quoi qu'il en soit, l'emploi du réflecteur seul ou associé à des lentilles, pour la détermination objective de la réfraction statique, est une excellente méthode. Pour nous surtout, sans cesse exposés à des tentatives de simulation ou de dissimulation, il est d'une importance capitale, et plus généralement que ne le croit l'auteur, il est dans nos expertises employé comme contrôle des procédés subjectifs. Les ophthalmoscopes à réfraction peuvent également rendre des services. Pour la mesure de l'hypermétropie, en tenant compte des erreurs forcées qu'entraîne la situation du miroir et de la lentille positive, ils donnent une approximation suffisante. Nous dirons que pour la mesure des myopies élevées, leur emploi nous a toujours paru bien inférieur, en rapidité et en précision, à la détermination du *remotum* par l'image renversée fournie par le miroir seul. A ce propos, nous ajouterons que chaque jour nous utilisons la *kératoscopie* de Cuignet et Parent, pour la mensuration objective des amétropies, et qu'elle nous donne de remarquables résultats. Aussi avons-nous été surpris de la voir absolument oubliée par notre éminent confrère. Mais nous ne voulons pas nous étendre sur ce sujet.

En ce qui concerne l'hypermétropie et l'aphakie, leur diagnostic et leur traitement, nous partageons la manière de voir de M. Giraud-Teulon. Nous n'en pouvons dire autant de ses vues spéciales sur la myopie et sa pathogénie. Admettre l'insuffisance primordiale des muscles droits internes comme la cause ordinaire de la formation du staphylome postérieur n'est pas en démontrer l'existence. Si l'explication est plausible, la preuve ne nous semble pas faite. Plus heureux que notre éminent confrère, dans un champ d'observation de beaucoup plus restreint, nous avons rencontré un nombre déjà fort notable de myopies élevées, chez des sujets incultes, avec comme sans hérédité, et parfois s'accompagnant d'insuffisance des muscles droits externes et de strabisme convergent. Il y a donc des exceptions à la règle générale, et le travail soutenu et rapproché ne saurait toujours être invoqué dans l'étiologie de ce vice de réfraction. Nous n'insisterons pas sur les conséquences de la myopie au point de vue de l'aptitude au service militaire. Le port des lunettes est actuellement admis dans l'armée, et la détermination de l'acuité visuelle *minima* ne se fait qu'après la correction de l'amétropie.

Laissant de côté les remarquables chapitres consacrés à l'astigmatisme et aux altérations de l'accommodation, nous appelons toute l'attention du lecteur sur l'étude si complète et si intéressante du daltonisme congénital ou acquis. La chromatoscopie rétinienne a été, dans ces dernières années, l'objet des recherches les plus sérieuses. Les noms de Landolt, Charpentier, Javal, pour ne citer que quelques-uns, resteront attachés aux découvertes récentes des propriétés de la rétine et de sa sensibilité aux couleurs. En même temps, l'importance majeure de ce vice de réfraction, au point de vue de l'emploi des signaux colorés, a donné naissance aux méthodes diagnostiques de Favre, Donders, Landolt, Holmgreen, etc. Devant ces faits, la théorie Joung-Helmholtz perd à peu près toute son autorité, et l'achromatopsie n'est plus que la perte du sens chromatique et non du sens visuel lui-même.

Les cinquième et sixième parties de l'ouvrage sont consacrées à la physiologie et à la pathologie de la vision binoculaire. Chacun, au moins dans notre pays, connaît les nombreux travaux de M. Giraud-Teulon sur cet important sujet. Nous n'y insisterons pas, l'exposé actuel n'en étant que la reproduction condensée. Une grande part du cinquième livre est destinée à la critique des théories anciennes des points identiques et de l'horoptère, en même temps qu'à l'examen des doctrines plus récentes et parfois très nuageuses des auteurs allemands. Avec tout le respect dû à l'incontestable talent d'Helmholtz, notre confrère montre le faible de ses doctrines des points correspondants et du nouvel horoptère. De même pour la statique et la dynamique des globes oculaires, les lois si précises et si intelligibles de Ruete sont évidemment bien plus vraies que les formules nouvelles de Listing, Donders et Helmholtz.

Après la lecture assez pénible de ces discussions, le lecteur se trouve heureux de parcourir le dernier livre de l'ouvrage. Le strabisme concomitant et les paralysies musculaires y sont traitées d'une façon toute magistrale. Enfin le plan d'une consultation clinique sur un trouble fonctionnel de la vue termine ce remarquable traité, véritable code, dont nous ne saurions trop recommander l'étude attentive à tous ceux qui s'occupent de l'ophthalmologie.

Dr J. Chauvel.

Du diagnostic des maladies de la moelle épinière, par W. R. Gowers; traduit de l'anglais par le docteur Oscar Jennings. 1 vol. in-8° de 100 pages, avec figures intercalées dans le texte et une planche en chromolithographie. — Berthier, Paris, 1882.

Chaque jour voit se rétrécir le champ des inconnus dans les maladies de la moelle épinière, et l'étude plus minutieuse des signes fournis par l'examen du malade permettre une précision plus grande dans le diagnostic. La grande classe des myélites se scinde et se précise, les scléroses mieux connues sont nettement séparées les unes des autres, et on peut prévoir dans un avenir peu éloigné le moment où il sera possible de faire une étude séméiologique des signes que présentent ces maladies; c'est en quelque sorte un premier pas dans cette voie féconde que vient de faire le professeur Gowers.

Dans le diagnostic des maladies de la moelle épinière, il y a deux questions à résoudre : 1° y a-t-il maladie organique de la moelle; 2° si la maladie est évidente, quel est son siège, quelle est sa nature?

L'auteur commence par un chapitre consacré à l'anatomie médicale de la moelle épinière, chapitre dans lequel nous signalerons les rapports fort bien décrits entre les différentes parties de l'organe, les racines nerveuses et les diverses saillies osseuses et masses musculaires.

Le second chapitre, avec lequel commence réellement l'étude pathologique, est intitulé : *Physiologie de la moelle par rapport aux symptômes des maladies qu'elle présente.* Il serait absolument impossible d'analyser en détail toute cette partie remplie de documents condensés. Pour faire comprendre à nos lecteurs la méthode de M. Gowers, nous serons donc forcé de nous limiter à quelques points spéciaux.

Les *réflexes profonds* sont à l'ordre du jour, voyons ce qu'en dit l'auteur anglais. M. Gowers pense que la dénomination de réflexes tendineux est mauvaise en ce sens que la relation de quelques-uns de ces réflexes avec les tendons est très douteuse et qu'on peut dire qu'aucun d'eux n'a exclusivement de rapport avec les tendons. Le premier

connu est celui qu'on a appelé : *réflexe du tendon rotulien* ou *phénomène du genou*. Ce réflexe, qui part bien ordinairement du tendon rotulien, peut, dans quelques cas, être produit par un coup frappé sur le tibia. C'est probablement là une action réflexe vraie, toutefois elle dépend de l'intégrité des arcs nerveux au niveau des deuxième et troisième nerfs lombaires. Elle est facilement troublée par une altération d'une partie quelconque de ces arcs, lésion des racines nerveuses postérieures en dehors de la moelle ou dans la colonne postérieure (ce réflexe est généralement, quoique pas toujours, perdu dans l'ataxie locomotrice). Elle est troublée par une lésion de la substance grise ou des racines antérieures ou des nerfs mixtes. Gowers a constaté que, peut-être une fois sur cent, elle manque chez les sujets absolument sains. Au contraire, quand une dégénérescence descendante occupe les colonnes latérales, le réflexe s'exagère. Dans l'hémiplégie, à l'inverse des réflexes superficiels, le phénomène du genou est plus prononcé du côté atteint. Dans le cas d'une lésion élevée de la moelle épinière produisant une dégénérescence des deux côtés l'exagération est bilatérale.

Le *réflexe du tendon d'Achille*, sorte de contraction rhythmée qu'on produit en relevant la pointe du pied, est un phénomène du même genre; on peut aussi arriver au même résultat en frappant sur le tendon d'Achille (Erb) et même sur les muscles du mollet (Gowers) à condition qu'il y ait tension passive de ces muscles. Pour Gowers le temps qui s'écoule entre l'excitation et la contraction est trop court (0,03 à 0,04 de seconde) pour la production du plus petit réflexe, il croit qu'il s'agit plutôt d'une irritation locale des fibres musculaires. Le *clonus de la cheville* ne peut jamais s'obtenir à l'état de santé par une tension passive soudaine. Ce phénomène produit ainsi est de la plus haute importance pour le diagnostic. Le réflexe du tendon d'Achille disparaît ou s'exagère à peu près dans les mêmes conditions que le phénomène du genou. Tous ces symptômes déduits de l'étude des réflexes profonds ont donc une importance réelle pour le diagnostic des affections de la moelle épinière.

L'auteur consacre des pages intéressantes à la valeur séméiologique de la coordination des mouvements, de la nutrition musculaire, de celle des os, des jointures. Il passe en revue les troubles des diverses fonctions qui sont sous la dépendance de la moelle : miction : défécation, fonctions génitales. Enfin il termine cet exposé par une analyse des spasmes et des convulsions. Tel est le cadre des études de M. Gowers sur les altérations des fonctions de la moelle, quand cet organe est le siège d'altérations organiques.

Mais il ne peut se borner à cet exposé sommaire, il lui faut pénétrer plus avant dans le diagnostic, et, après nous avoir montré que la moelle est altérée, nous faire voir dans quelles parties siège la lésion; dans quel système ; à quelle hauteur ? Il divise cette partie en trois chapitres : altérations des colonnes antérieures, des colonnes postérieures, des cornes antérieures. Prenons pour exemple ce qu'il dit des colonnes antéro-latérales.

« Les affections des colonnes antéro-latérales causent l'abolition de la puissance volontaire au-dessous de la lésion (dégénérescence dans les tractus pyramidaux) et l'activité exagérée dans les centres inférieurs. Ce qui domine quand la lésion est bien limitée aux colonnes blanches, c'est la suractivité des fonctions musculaires involontaires, allant depuis la simple exagération du phénomène du genou jusqu'à la paraplégie spasmodique. Quand la lésion est primitive, les phénomènes commencent peu à peu; quand au contraire la dégénérescence est secondaire et due à une lésion en foyer portant sur la région cervicale ou la région dorsale de la moelle épinière, les phénomènes surviennent en peu de temps. Il est encore important de noter que des altérations bilatérales de l'écorce grise cérébrale ou de la protubérance peuvent amener les mêmes dégénérescences secondaires et par conséquent les mêmes troubles fonctionnels. »

Dans la sclérose en plaques, on observe plutôt des mouvements inégaux, instables : troubles que provoque de même une tumeur siégeant sur le trajet moteur. Or une sclérose en plaques de la région cervicale peut coïncider avec une altération des colonnes antéro-latérales de la région lombaire, et nous aurons alors la coexistence des deux phénomènes, paralysie du membre supérieur et paraplégie spasmodique.

La dernière partie de ces leçons est consacrée à l'étude du diagnostic pathologique par lequel « le siége de la lésion étant connu nous essayons de reconnaître sa nature ». On peut, d'après Gowers, grouper l'état morbide primitif sous les formes suivantes : « *a.* lésions vasculaires, ruptures des vaisseaux causant une hémorrhagie, occlusion des vaisseaux par thrombose ou embolie ; *b.* inflammation : *myélite* aiguë ou chronique causant le ramollissement ; *c.* dégénérescence ou *sclérose* dans laquelle les fibres nerveuses s'atrophient et où le tissu conjonctif se développe avec excès ; *d.* pression du dehors par la tuméfaction inflammatoire des méninges ; *e.* tumeurs dans la moelle elle-même. »

Pour arriver au diagnostic de ces différents processus l'auteur propose d'étudier les affections de la moelle : 1° à leur début jusqu'au moment où elles ont une intensité considérable, ce qu'il résume ainsi : début subit, lésion vasculaire, début subaigu ou lent (myélites) début très lent, très chronique, dégénérescences (scléreuses, tumeurs) ; 2° à la période confirmée : il considère alors que le siège occupé par la lésion a une réelle importance pour en reconnaître la nature. Par exemple, la substance grise de la moelle est le siège le plus fréquent de l'hémorrhagie. Les compressions ou les tumeurs se développent d'abord dans les colonnes blanches. Les lésions systématiques, qui occupent une grande étendue, aussi bien celles des colonnes blanches que des cornes antérieures, commencent presque constamment dans les éléments nerveux. Au contraire les lésions qui ont une étendue verticale limitée, « lésions en foyer, » sont ordinairement le résultat de processus qui peuvent être aigus ou chroniques, mais qui commencent en dehors des éléments nerveux dans le tissu conjonctif, les vaisseaux, etc.

Enfin, M. Gowers fait intervenir un dernier élément de diagnostic, c'est la découverte d'influences quelconques pouvant être considérées comme une cause de lésions de la moelle épinière ou d'un ensemble de conditions pouvant indiquer un processus morbide actif. En se basant sur ces données, il passe successivement en revue l'état du système vasculaire, la scrofule, la syphilis à ses différentes périodes et à propos de cette diathèse, Gowers, après Vulpian, Fournier et Erb, lui fait jouer un rôle pathogénique capital dans la production de la sclérose postérieure. Puis il expose en quelques mots les données principales du diagnostic des maladies fonctionnelles de la moelle et des méningites spinales.

Gowers ne pouvait pas laisser sans applications ces données théoriques, aussi termine-t-il par un certain nombre d'observations dans lesquelles le diagnostic est exposé et déduit d'après les règles qu'il vient de développer.

Tel est l'ouvrage que M. Oscar Jennings a traduit dans un style clair et concis. Les courts extraits que nous en avons donnés permettent de reconnaître qu'il s'agit d'une œuvre clinique d'une réelle valeur; après l'avoir lu on reconnaît que grouper les symptômes en les rattachant aux fonctions normales de l'organe est, dans des états aussi complexes, le moyen le meilleur d'éclairer le médecin, à cette condition toutefois, que les principes sur lesquels on se base soient régulièrement déduits. Or, tel est le cas de M. Gowers, et nous croyons que sa brochure aura le succès qu'elle mérite, et sera beaucoup lue.

H. Chouppe.

VARIÉTÉS

Réunion annuelle des délégués des sociétés savantes a la Sorbonne. — Cette réunion, qui est la vingtième, a eu lieu le 11 avril. M. L. Delisle, président, a ouvert la séance par une très courte allocution. Le bureau de la *commission des sciences* a été ainsi constitué : *président*, M. Milne-Edwards; *vice-présidents*, MM. Payen et Wurtz; *secrétaire*, M. C. Richet. Puis on a nommé les présidents des sections; c'est M. Cotteau qui a été nommé pour les *sciences naturelles*, et M. Filhol pour les *sciences physicochimiques*. Enfin, on a institué, pour les *sciences médicales*, une sous-commission qui a dû se réunir le 12.

Nous relèverons dans le prochain numéro les travaux susceptibles d'intéresser la médecine.

L'EXPOSITION DE BORDEAUX ET LES SCIENCES MÉDICALES

Une importante exposition va s'ouvrir à Bordeaux le 1er juin prochain. En ce qui concerne la branche spéciale de l'art vinicole, elle est universelle; pour toutes les autres branches elle est limitée à la France et ses colonies, l'Espagne et le Portugal. Le premier groupe de la section de l'enseignement supérieur comprend quatre classes dont la troisième et la quatrième sont ainsi formées :

Classe III. *Enseignement supérieur; missions scientifiques. a.* Plans et modèles d'académie; universités; instituts; écoles de médecine pratiques, techniques et appliquées; écoles d'agriculture; observations; musées scientifiques; amphithéâtres, laboratoires d'enseignement et de recherches; mobilier et agencement de ces établissements. *b.* Livres, brochures, catalogues de bibliothèques et collections. Philologie, etc.

Classe IV. *Assistance publique et Hygiène scolaire. a.* Plans et modèles d'hôpitaux, d'asiles divers, de maisons de secours, de refuge, de retraite, d'aliénés. Agencement et mobilier de ces établissements. Appareils divers destinés aux infirmes, aux malades, aux aliénés. *b.* Objets nécessaires au service médical, chirurgical et pharmaceutique dans les hôpitaux ou infirmeries. *c.* Procédés et appareils hygiéniques appropriés aux établissements d'enseignement des deux sexes, éclairage, chauffage, aération, entretien sanitaire des salles d'études, réfectoires, dortoirs, etc. *d.* Application des principes de l'hygiène aux divers travaux ou exercices des élèves, dans la classe, le laboratoire, l'atelier, au gymnase, à la récréation, à la promenade, etc.

Tout ce qui peut intéresser l'enseignement des sciences médicales, leur application à l'Assistance publique et à l'hygiène des établissements d'instruction, sera non seulement accueilli par la commission de l'Exposition, mais reçu avec reconnaissance. En particulier, les appareils destinés à servir à la démonstration des faits scientifiques médicaux, les préparations anatomiques ou histologiques, les instruments en tant qu'ils se rapportent à l'enseignement d'un point particulier ou de faits généraux, y figureront avec honneur.

Assemblée générale des médecins de France. — Nous rappelons que cette assemblée aura lieu dimanche 16 avril, à trois heures dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria; à sept heures banquet à l'hôtel Continental, rue Castiglione.

Faculté de médecine. — M. Cornil, professseur d'anatomie pathologique, commencera son cours le lundi 24 avril, à deux heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis et vendredis suivants,

Objet du cours : anatomie pathologique générale, altérations des cellules, inflammation, tumeurs, lésions des tissus.

Ecole pratique. — M. le docteur Dareste commencera ses conférences d'embryogénie et de tératologie, le mardi 18 avril à quatre heures, et il les continuera les samedis et mardis à la même heure, dans le laboratoire d'embryogénie de l'Ecole pratique (bâtiment Dupuytren).

Hôpital de Lourcine. — M. le docteur Gouguenheim commencera, lundi 17 avril à neuf heures et demie, des leçons cliniques de syphiliographie et de laryngologie et les continuera les jeudis et lundis suivants; lundi, leçons de laryngologie; jeudi, leçons de syphiliographie.

N. B. — MM. les étudiants sont prévenus qu'ils doivent se munir de cartes auprès du directeur de l'hôpital.

Hôpital du Midi. — M. le docteur Charles Mauriac reprendra ses leçons cliniques sur les *maladies vénériennes*, le samedi 22 avril à 9 heures et demie du matin et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Hôpitaux de Paris. — Le conseil de surveillance de l'Assistance publique, dans sa séance d'hier matin, a émis, par 9 voix contre 7 un avis favorable à la laïcisation de deux hôpitaux : Tenon et Lourcine.

Service de santé militaire. — M. le docteur Legouest, président du Conseil de santé des armées, est envoyé en Tunisie et e Algérie, pour y réorganiser le service de santé, d'accord avec le commandement et l'administration. On ne peut que louer le ministre de la guerre de l'empressement qu'il a mis à assurer ainsi le fonctionnement de la loi qui vient d'être votée par les Chambres.

Mortalité a Paris (14e semaine, du vendredi 31 mars au jeudi 6 avril 1882). — Population probable : 2225910 habitants.— Nombre total des décès : 1337, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 41. — Variole, 15. — Rougeole, 23. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 70. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 55. — Phthisie pulmonaire, 252. — Autres tuberculoses, 20. — Autres affections générales, 75. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 79.—Bronchite aiguë, 41.—Pneumonie, 105.—Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 52; au sein et mixte, 30 ; inconnu, 7. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 133; de l'appareil circulatoire, 75; de l'appareil respiratoire, 88; de l'appareil digestif, 59; de l'appareil génito-urinaire, 17; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 1; épuisement, 2; causes non définies, 1.— Morts violentes, 42. — Causes non classées, 10.

Conclusions de la 14e semaine.— Il a été enregistré cette semaine 1199 naissances et 1337 décès. Le nombre de décès accusés par les précédents bulletins étaient 1363, 1216, 1287, 1314. Le chiffre de 1337 décès relevé dans le bulletin de ce jour est donc supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. Il y a atténuation pour la rougeole (23 décès au lieu de 27), la coqueluche (5 au lieu de 6), l'érysipèle (9 au lieu de 11). Une aggravation pour la fièvre typhoïde (41 décès au lieu de 36), la scarlatine (7 au lieu de 4), la diphthérie (70 au lieu de 68), l'infection puerpérale (8 au lieu de 2). Les décès par variole (15), ont atteint le même chiffre que pendant la 13e semaine.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Guide hygiénique et médical des voyageurs dans l'Afrique intertropicale, rédigé au nom d'une commission de la Société de médecine pratique de Paris, par MM. Ad. Nicolas, Lacaze et Signol et publié par la Société de géographie et la Société de médecine pratique de Paris, avec le concours des Sociétés de géographie de Lyon, Marseille, Bordeaux, Montpellier, Nancy, Rouen, Rochefort et Douai. Paris, aux bureaux de la Société de géographie.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et d'hygiène pour 1882, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et hygiéniques publiés en 1881 et les formules des médicaments nouveaux, suivi d'un mémoire sur la préservation des maladies contagieuses, par M. le professeur A. Bouchardat. 1 vol. in-18. Paris, Germer Baillière et Ce. 1 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 20 avril 1882.

LA CHLOROFORMISATION. — ASSOCIATION GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE. — LE PARASITE DE LA TUBERCULOSE.

Académie de médecine : La chloroformisation.

La discussion sur la chloroformisation, quoique non officiellement close, va se terminer probablement par le discours qu'a prononcé mardi M. Panas, l'émouvant récit fait par M. Dujardin-Beaumetz d'un nouveau cas de mort par le chloroforme survenu entre ses mains, la défense chaleureuse de cet anesthésique présentée de nouveau par M. Rochard, enfin les quelques mots de réplique de M. Gosselin. L'argumentation de M. Panas tend surtout à mettre en relief ces deux faits : que les accidents produits par les vapeurs anesthésiques sont le résultat d'actions réflexes, quelle que soit la quantité de chloroforme employée, et que la syncope respiratoire est infiniment plus fréquente que la syncope cardiaque, qui, aux yeux de l'orateur, mérite à peine de compter dans la statistique des sinistres. Quant au malheur récent de M. Dujardin-Beaumetz, qui évidemment est aussi l'effet d'une syncope respiratoire, il nous est impossible de ne pas rappeler expressément qu'il a eu lieu sous le régime d'inhalations intermittentes plus ou moins régulières.

D'intéressantes communications ont été faites par des membres correspondants ; on en trouvera le résumé au compte rendu de la séance. Nous publions aujourd'hui une partie de celle de M. Ollier (voy. p. 258), à laquelle l'Académie s'est tout spécialement intéressée, et nous reviendrons dans un prochain numéro sur l'importante question qui en est le sujet.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

La vingt-quatrième session de l'Association générale des médecins de France a été ouverte le 16 avril par M. le docteur Henri Roger qui, dans un spirituel discours souvent interrompu par de chaleureux applaudissements, a su payer, en excellents termes, un juste tribut d'hommages et de regrets à la mémoire de Littré et de Bouillaud, trouver un mot aimable pour chacun de ses collaborateurs anciens et nouveaux, et adresser à tous les bienfaiteurs de l'Association, qu'il préside avec tant de courtoisie et envers laquelle il se montre lui-même si généreux, les remerciements que mérite leur précieux concours.

Le rapport de M. Brun, trésorier, résume en quelques lignes la situation financière de l'œuvre. Fondée il y a peine un quart de siècle, l'Association générale possède aujourd'hui environ 1 700 000 francs. L'administration de cette fortune est depuis longtemps confiée à M. le docteur Brun, et l'on peut dire que c'est à son activité, à son infatigable labeur, à son dévouement et à son désintéressement qu'est due en grande partie la prospérité de l'Association générale des médecins de France. Les marques d'approbation qui ont accueilli la lecture du rapport de M. Brun et la salve d'applaudissements qui lui a été adressée après le compte rendu financier de M. le docteur Boutin, ont bien prouvé à l'honorable trésorier toute la gratitude et toute l'estime de ses confrères.

Il nous serait difficile de suivre M. Martineau dans tous les développements qu'il a cru devoir donner à son rapport général sur les travaux de la Société centrale et des Sociétés locales. Bien des questions importantes y ont été soulevées. Elles intéressent trop les praticiens de la province et surtout les médecins de campagne pour qu'il soit possible de les discuter en quelques lignes. Nous aurons d'ailleurs l'occasion d'y revenir en parlant, dans un prochain numéro, de la séance du lundi 17 avril spécialement réservée à la discussion des intérêts professionnels. M. Martineau après avoir adressé au secrétaire général de l'Association, M. Amédée Latour, aujourd'hui démissionnaire pour raison de santé, l'expression des regrets et de la gratitude que lui gardent ses anciens collègues, après avoir consacré quelques lignes à l'éloge des membres défunts : Bouillaud, Littré, Brière de Boismont, G. Marchant, Delaporte, Huette, Blanc, Lefebvre, etc., affirme la vitalité de l'Association générale en annonçant la création d'une Société nouvelle, celle de la Charente, et en

comptant aujourd'hui 94 Sociétés locales et environ 8055 adhérents à l'œuvre de charité confraternelle dont la fortune et la prospérité s'accroissent chaque jour.

« D'après le relevé des procès-verbaux parvenus au secrétariat, la situation financière de l'Association générale, prise dans tous ses éléments, serait, dit-il, la suivante :

Caisse générale	89,401 24
Caisse des pensions	706,000 77
Caisse des Sociétés locales et de la Société centrale	783,871 54
Total	1,579,273 55

» A cette somme il faut ajouter 1661 francs de rentes constituées que possède la Caisse des pensions et 2762 francs de rente qui appartiennent à la Société centrale et aux Sociétés locales ; en tout 4423 francs de rente qui, ajoutés au capital précédent, permettent de considérer la fortune totale de l'Association comme s'élevant à la somme d'environ 1 700 000 francs. »

Les dons se sont élevés, cette année, à la somme de 9 200 francs. Dans cette somme ne se trouvent pas compris les dons faits à la Caisse des pensions, non plus que les libéralités des sociétaires qui, au moyen d'un titre de rente, perpétuent leur cotisation annuelle et assurent ainsi la pérennité de l'Association. Ceux-ci augmentent tous les ans. On compte cette année 150 cotisations perpétuelles et M. Martineau espère que ce nombre augmentera encore.

Les secours alloués cette année-ci, s'élèvent à la somme de 67 803 francs.

En effet, 40 sociétaires ont reçu	15,173 »
90 veuves, fils, filles et mères de sociétaires ont reçu	23,830 »
65 pensionnaires ont reçu	25,600 »
50 personnes étrangères ont reçu	3,200 »
Total	67,803 »

Enfin l'Association paye les frais d'études de sept pupilles. Le rapport de l'honorable secrétaire énumère ensuite les questions qui devront être discutées dans l'Assemblée plénière des délégués, puis il examine, sans les résoudre, celles qui ont été étudiées par diverses Sociétés locales. Les fonctions des médecins sont toujours multiples ; elles sont souvent administratives plutôt encore que médicales. Le médecin, en province surtout, peut être appelé à remplir les fonctions délicates de médecin expert devant les tribunaux, de médecin inspecteur des écoles, des enfants en nourrice, de médecin des indigents, etc., etc.

Aucune règle générale ne peut être tracée à cet égard. Il faut, comme l'a bien compris M. Martineau, laisser aux Sociétés locales la liberté la plus absolue lorsqu'il s'agit d'intérêts personnels ou d'intérêts locaux. Mais les principes qui doivent guider les médecins dans l'accomplissement de leurs devoirs professionnels, ceux qui garantissent leur honorabilité et leur permettent d'imposer aux pouvoirs publics le respect de leur autorité et de leur liberté peuvent être tracés dans une assemblée plénière des représentants de toute la France. M. Martineau a justement flétri le charlatanisme qui s'exerce, non seulement par la pratique illégale de la médecine, mais encore à l'aide de certaines spécialités pharmaceutiques honteusement patronnées par divers médecins. Il a demandé que les Sociétés considèrent et traitent comme remèdes secrets dont l'annonce et la vente sont interdites par la loi du 21 germinal an XI, d'abord toute spécialité propre à un pharmacien de l'arrondissement, puis toute spécialité, quel qu'en soit l'auteur, qui sera indiquée par des affiches, réclames, annonces, pancartes ou étiquettes comme déposée spécialement chez tel ou tel pharmacien nominativement désigné de la circonscription.

Il aurait pu ajouter que l'Association pourrait traiter aussi sévèrement ceux de ses membres, qui, en s'associant avec certains pharmaciens, pour lancer dans le public extra-médical ou imposer à leurs malades des médicaments sur lesquels ils touchent une remise, compromettent gravement leur autorité et leur dignité. L'Association générale des médecins de France est avant tout et surtout une Société de secours mutuels, c'est-à-dire une Société de charité confraternelle. On comprend donc qu'elle accueille avec gratitude tous ses bienfaiteurs, tous ceux qui augmentent ses ressources par de généreuses offrandes. En se préoccupant aussi de n'appeler dans ses conseils que des hommes qui, comme MM. H. Roger, Brun, Larrey et tant d'autres — on pourrait les citer presque tous — n'ont jamais failli aux devoirs qu'impose la plus rigoureuse honnêteté professionnelle, elle aurait toute autorité pour tracer au corps médical tout entier les règles déontologiques dont on ne doit jamais se départir si l'on veut mériter toujours la sympathie de ses confrères et l'estime des pouvoirs publics.

La question des syndicats médicaux dont s'occupe aussi le secrétaire de l'Association générale est des plus faciles à résoudre. Avec M. Martineau tous les amis de la liberté, tous ceux qui ont souci de la dignité du corps médical repousseront les statuts qui ont été proposés dans certaines Sociétés locales. Ils s'associeront à ses paroles lorsqu'il parle de l'indépendance du médecin et de la nécessité de n'admettre parmi les membres de l'Association que les hommes honnêtes n'ayant jamais failli à l'honneur et aux devoirs professionnels, lorsqu'il s'adresse aux médecins législateurs pour leur demander de prendre en mains les intérêts de l'Association et du corps médical tout entier en modifiant les lois surannées qui régissent l'enseignement et l'exercice de la médecine.

Après le consciencieux rapport de M. Martineau, M. Penard (de Versailles) a su retenir un auditoire un peu fatigué par une séance déjà très longue, en exposant, dans un rapport écrit avec autant de clarté que d'élégance, l'état de la caisse des pensions. 156 000 francs ont été mis cette année à la disposition de la Caisse des pensions viagères et le total des pensions distribuées a été de 27 800 francs, savoir : une pension de 1300 francs (à M. A. Latour), 11 pensions de 600 francs, 11 pensions de 500 francs ; 16 pensions de 400 francs et 27 pensions de 300 francs. Puis, sur la proposition du bureau, M. Amédée Latour a été nommé secrétaire général honoraire, M. J. Cloquet vice-président honoraire et M. Ricord vice-président.

Le parasite de la tuberculose.

Le docteur Koch vient de faire à la Société physiologique de Berlin une communication sur l'*étiologie de la tuberculose*, qui a eu un grand retentissement en Allemagne, en dehors même du monde médical. Koch prétend avoir mis en évidence, par un procédé nouveau de coloration des éléments anatomiques, le parasite de la tuberculose. Il serait arrivé à l'isoler, à le cultiver ; enfin, en l'inoculant seul dans l'organisme, il serait parvenu à reproduire la maladie initiale. Ce microbe n'est ni la monadine si mobile de Klebs, ni le mi-

crococcus de Toussaint; c'est une bactérie, se présentant sous forme de bâtonnets, douée de mouvements exclusivements moléculaires, un bacillus analogue à celui de la lèpre, d'une extrême petitesse, car son diamètre ne dépasse jamais celui d'un globule rouge et peut être quatre fois moindre. Ces bacilli sont accumulés partout où le processus tuberculeux est à la première période; à la périphérie des masses caséeuses on les trouve isolés; plus les lésions sont accessoires, plus le nombre en diminue.

Koch a rencontré ces bactéries, non seulement dans les granulations tuberculeuses du poumon, du cerveau, de l'intestin, mais encore dans les foyers de pneumonie caséeuse, dans les adénites strumeuses, et au milieu des fongosités articulaires; elles se retrouvent dans les crachats, même desséchés depuis longtemps, des phthisiques.

Elles existent également dans la tuberculose expérimentale, ainsi qu'en font foi des recherches qui ont porté sur plus de 200 animaux, cobayes, lapins, chats.

Enfin Koch a cultivé ces bacilli et des inoculations faites, dit-il, avec une rigueur scientifique absolue ont reproduit chez divers animaux, dans l'espace de trois ou quatre semaines, une tuberculose généralisée. Aussi Koch n'hésite-t-il pas à voir dans ce microorganisme l'agent spécifique de la tuberculose.

La matière est trop délicate et les déceptions, dans cet ordre de recherches, ont été jusqu'à cette heure trop nombreuses pour qu'on puisse formuler une appréciation sur ce travail, avant d'avoir sous les yeux une relation détaillée de ces expériences. Surseoir à tout jugement est d'autant plus de mise que Koch doit reprendre cette question au congrès médical allemand qui s'ouvre aujourd'hui à Wiesbaden (1).

HISTOIRE ET CRITIQUE

Mouvements des veines du cou en rapport avec l'action de la respiration et du cœur. Pouls jugulaire normal.

(Fin. — Voyez les numéros 9, 10 et 14.)

Le rapport entre la diastole de l'oreillette droite et la brusque dépression des jugulaires se trouve ainsi nettement établi.

Admettrons-nous, maintenant, comme conséquence de ce qui précède, une *force aspiratrice* des parois de l'oreillette, se manifestant au moment de la diastole et déterminant la pénétration rapide du sang dans cette cavité? Il y a bien longtemps qu'on a condamné cette théorie de l'aspiration auriculaire : déjà en 1853, Weyrich écrivait à ce propos :

« L'opinion émise au sujet d'une faculté d'expansion active du cœur que Zugenbühler, Schubarth, même Gilbert, Wedemeyer et d'autres acceptent, est à peine digne d'être rapportée à notre époque. Déjà Harvey a émis à ce sujet un jugement aussi précis que subtil; Haller a mieux encore interprété la même théorie... » Ce qui était vrai il y a trente ans l'est à plus forte raison aujourd'hui : *on doit refuser aux parois de l'oreillette toute influence aspiratrice propre.*

Mais il ne faut pas oublier que cette cavité à parois molles est située dans le milieu thoracique où la pression est négative en tout temps, dans les conditions de respiration normale : or, au moment même où l'oreillette se relâche, elle subit l'influence de l'aspiration thoracique; ses parois flasques sont mécaniquement écartées, et le sang ainsi attiré dans la cavité de l'oreillette s'y précipite avec rapidité.

Voilà donc une première raison pour que l'oreillette droite soit considérée comme exerçant une véritable aspiration sur le sang veineux; mais, comme on le voit, cette force aspiratrice ne lui appartient pas en propre : elle n'est que la conséquence de l'aspiration générale intra-thoracique produite par l'élasticité pulmonaire.

Indépendamment de cette influence d'origine pulmonaire, il faut compter aussi avec le renforcement de l'aspiration générale intra-thoracique qui résulte de l'évacuation du sang des ventricules au moment de leur systole.

C'est là une question nouvelle, ou plutôt rajeunie dans les derniers temps : nous n'en dirons ici que ce qui est indispensable pour établir le point spécial qui nous occupe, à savoir que l'*aspiration d'emprunt exercée par l'oreillette en diastole sur le sang veineux se renforce au moment de la systole ventriculaire, et par le fait même de cette systole.*

Quelques mots d'historique tout d'abord pour montrer que le fait dont il s'agit a été bien compris depuis longtemps. On peut lire dans J. Hunter (III, p. 258, l. 15, édit. Palmer. Trad. Richelot, 1840) : « Il est probable que le passage du sang dans l'oreillette est favorisé par le vide qui résulte de la diminution du volume des ventricules au moment de leur contraction. »

L'étude de l'aspiration exercée par les ventricules qui se vident a fait, depuis, l'objet de travaux considérables; pour ne parler que de la période tout à fait moderne, je rappellerai qu'en France on a étudié ce phénomène en lui-même et bien compris ses conséquences avant qu'il n'en fût question à l'étranger : par exemple, Chauveau, dans son mémoire de 1858 (*Gaz. méd. de Paris*), *Sur les murmures veineux*, a insisté sur l'exagération de l'aspiration thoracique produite par l'évacuation ventriculaire. Ch. Buisson, en 1862, dans sa thèse, Marey, en 1863, dans sa *Physiologie médicale de la circulation du sang*, ont montré, l'un, que l'air est rappelé dans le poumon, l'autre, que les espaces intercostaux se dépriment, par le fait de la diminution de volume du cœur pendant la systole ventriculaire. Puis sont venus, à partir de 1865, une série de travaux qui ont développé la question : je citerai spécialement ceux de Ceradini et de Landois, comptant exposer plus tard la critique détaillée de ce sujet que j'ai étudié de mon côté en 1877 (*Travaux du laboratoire de Marey*).

Si maintenant on envisage l'influence de ce renforcement d'aspiration thoracique produit par l'évacuation ventriculaire sur la rentrée du sang veineux dans la poitrine, on la retrouve indiquée avec la plus grande netteté par Brücke dans la 2e édition de son *Lehrbuch der Physiologie*. Voici sommairement ce qu'il en dit. Qu'on imagine le cœur enfermé dans une cavité osseuse avec un orifice pour les veines qui entrent et pour les artères qui sortent. A chaque contraction du cœur, une certaine quantité de sang est expulsée. Comme on ne peut concevoir un vide dans cette cavité, le sang veineux rentre en même quantité que le sang artériel qui sort... Mais, en réalité, le cœur n'est pas dans une cavité osseuse; tout ce qui l'entoure n'est pas inflexible; aussi, à cause du défaut de résistance des parties voisines, la quantité de sang qui est aspirée par le cœur doit être un peu inférieure à celle qui est expulsée... Au moment de l'évacuation ventriculaire, la pression dans l'oreillette droite doit baisser et le

(1) Rapprocher de ces observations, celles qui ont été publiées par M. Elkund, sur les *bactéries spécifiques de la phthisie* (*Gaz. hebd.*, 1881, p. 183).

sang doit affluer vers le cœur, c'est-à-dire qu'il doit être aspiré des troncs veineux.

On voit combien est précise l'interprétation donnée par Brücke : l'influence de l'évacuation ventriculaire, sur le contenu thoracique, en général, sur l'oreillette, en particulier, et, par suite, sur le sang veineux, est indiquée avec toute la précision désirable.

Mosso ne connaissait évidemment, ni l'opinion ancienne de Hunter que j'ai rappelée plus haut, ni les détails fournis par Brücke, quand il a présenté l'aspiration de provenance systolique ventriculaire comme « un nouveau facteur de la diastole de l'oreillette ». — L'idée développée par Brücke était tellement logique que Mosso l'a reproduite dans des termes presque identiques, quand il a supposé une cavité thoracique à parois résistantes, un diaphragme rigide, etc., et un courant veineux renforcé au moment de la systole ventriculaire (1).

Ce que Mosso a ajouté à l'ensemble des connaissances acquises avant lui, c'est le rapprochement très logique de tous ces phénomènes de *dépression* (épigastre, espaces intercostaux, creux sus-claviculaire avec veines jugulaires, cavité bucco-nasale) qui coïncident avec la systole ventriculaire ; la plupart de ces actes étaient connus et compris, mais il y avait intérêt à les grouper.

Pour reproduire le phénomène de l'aspiration qu'exerce sur les organes voisins l'évacuation systolique des ventricules, et pour démontrer directement ce qui n'a été, en définitive, jusqu'ici qu'admis théoriquement, j'ai disposé quelques expériences demi-schématiques avec un cœur de tortue soumis à une circulation artificielle. Le détail de ces expériences a été soumis à la Société de biologie (28 janvier 1882) ; je n'en rappellerai ici que les points essentiels.

Un cœur de tortue complet est enfermé dans une petite éprouvette dont le fond peut recevoir un bouchon de caoutchouc (n° 1, fig. 8) ; une première expérience consiste à introduire dans la cavité du bocal une sorte de poumon artificiel formé d'une mince ampoule de caoutchouc à demi insufflée (n° 2, fig. 8). On voit et on enregistre les expansions que subit ce poumon à chaque aspiration que crée autour de lui le ventricule en se vidant : ceci montre d'abord *l'effet pulmonaire* de l'évacuation ventriculaire. — On enlève ensuite le poumon artificiel et on ferme l'orifice inférieur du bocal : dans ces conditions tout l'effort aspiratif du ventricule se vidant est reporté sur l'oreillette qui cède comme avait cédé le poumon : on peut constater l'énorme expansion qu'elle subit à chaque systole ventriculaire ; il est facile de démontrer l'intensité de cet effet aspiratif en faisant puiser à l'oreillette le sang qui doit la remplir dans un réservoir placé à plus de 20 centimètres en contre-bas de son niveau (n° 3, fig. 8).

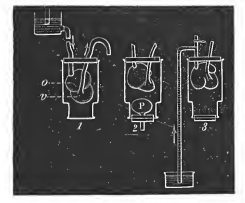


Fig. 8. — Schéma de l'expérience destinée à démontrer le fait admis théoriquement que l'évacuation ventriculaire détermine un renforcement d'aspiration à la surface externe de l'oreillette.

Si enfin, après avoir constaté isolément, dans cette expérience, les effets aspiratifs de l'évacuation ventriculaire sur le poumon (n° 2) et sur l'oreillette (n° 3), on veut se rendre compte de la manière dont cette même influence se répartit sur les deux organes dilatables, oreillette et poumon, il suffit de combiner les expériences 2 et 3 : on introduit le poumon artificiel à demi tendu dans le bocal où se trouve le cœur et on constate que les effets persistent de part et d'autre, mais notablement atténués, puisque l'aspiration d'origine ventriculaire trouve à se satisfaire sur deux poches membraneuses qui cèdent chacune à son influence.

Nous devons donc compter avec ce nouveau facteur dans l'interprétation du renforcement de vitesse que subit le sang veineux à partir du moment où l'oreillette entre en relâchement ; mais, ainsi que les expériences relatées plus haut l'ont montré, il est évident que ce serait commettre une grave erreur que d'attribuer à cette aspiration péricardiaque, d'origine ventriculaire, une importance capitale. C'est cependant la tendance qui s'accuse actuellement et je n'en veux pour preuve que l'opinion émise dernièrement par Riegel (1). Cet auteur, reprenant l'étude du pouls veineux au point de vue clinique, dit que si l'idée de l'aspiration d'origine ventriculaire est correcte, « il faudrait alors refaire toute la science actuelle sur l'importance diagnostique du pouls veineux ». — Nous ne voyons nullement en quoi un aussi profond remaniement de nos idées est nécessaire : qu'il y ait ou non aspiration renforcée autour de l'oreillette au moment de la systole ventriculaire, le sang veineux n'en arrive pas moins avec une rapidité plus grande dans l'oreillette en diastole. Ce qu'il est juste d'admettre, c'est que le phénomène de l'aspiration périauriculaire favorise l'afflux du sang veineux vers le cœur ; mais cela n'entraîne nullement la nécessité de substituer l'interprétation nouvelle à la donnée classique.

En résumé, 1° l'augmentation de rapidité du courant veineux vers le cœur qui commence à se produire au début de la diastole de l'oreillette (1er affaissement brusque des veines du cou) résulte essentiellement de cette diastole elle-même (voy. § II, expériences A, B, C) ;

2° C'est, en grande partie, parce que l'oreillette qui vient de se vider presque complètement se trouve, pour ainsi dire, trop large pour son contenu au moment où elle se relâche brusquement, que le sang s'y précipite en créant derrière lui une dépression souvent très marquée (pouls négatif des veines du cou) ;

3° Les parois de l'oreillette n'exercent *par elles-mêmes* aucune influence aspiratrice sur le sang ;

4° Elles permettent, en raison de leur flaccidité, à l'aspiration intra-thoracique (élasticité pulmonaire), renforcée à ce moment par l'évacuation du sang ventriculaire en dehors du thorax, de se transmettre au sang veineux contenu dans la poitrine et à son voisinage ;

5° C'est de l'association de ces différentes influences, sur-

(1) Mosso. *Sul polso negativo* (*Arch. p. l. Scienze Mediche*, t. II, fasc. 4, Torino, 1878. — *Die iagnostik des Pulses*. Leipzig, 1879).

(1) *Berliner klinische Wochenschrift* (n° 18, 1881).

venant au même moment et agissant dans le même sens, que résulte le phénomène de la *dépression brusque des veines du cou*, qui est souvent l'acte le plus apparent du pouls veineux jugulaire.

Si maintenant on veut bien se reporter à la figure demi-schématique présentée au début de cette étude, et à la figure 9, on saisira mieux peut-être la signification de l'affaissement veineux qui commence avec la diastole de l'oreillette et se continue jusqu'à la fin de la systole ventriculaire. On pourra remarquer en même temps que cette dépression est comme interrompue en un point, au moment même où débute la systole des ventricules par un léger soulèvement : la présence de cet accident qui semble lié à la fois à la tension des valvules auriculo-ventriculaires et au déplacement de la base du cœur, ne change en rien la signification de la courbe qui est la suivante : augmentation considérable, mais graduellement décroissante de la vitesse du courant veineux vers la poitrine du début de la diastole auriculaire à la fin de la systole des ventricules.

Cette augmentation de vitesse qui commence brusquement s'accompagne souvent d'un renforcement bref des souffles veineux continus des anémiques : c'est à ce moment, en effet, que se produit, comme l'a bien noté M. Potain, le premier renforcement cardiaque des bruits veineux.

Notons ici seulement que le phénomène de la dépression initiale du pouls veineux se trouvera nécessairement remplacé par un phénomène inverse, par un soulèvement considérable, si l'orifice auriculo-ventriculaire droit est insuffisant ainsi que les valvules des veines jugulaires. Ce fait capital qui établit la différence essentielle du pouls veineux normal (*pouls veineux faux*) et du pouls veineux pathologique (*pouls veineux vrai*) sera étudié à part quand nous aurons, plus tard, l'occasion d'exposer l'étude des insuffisances tricuspidiennes. Pour le moment, nous nous contentons de l'indiquer en insistant sur le caractère différentiel principal des deux formes de pouls veineux.

§ III. *Analyse sommaire des accidents terminaux du pouls veineux normal* (*deuxième soulèvement, deuxième affaissement*)*; réplétion graduelle.*— Nous avons trop longuement insisté sur la discussion des conditions productrices du premier soulèvement et du premier affaissement du pouls jugulaire normal, pour n'être pas forcé de traiter brièvement des autres accidents de la courbe.

Ces phénomènes ont du reste une importance moins marquée à l'état normal et sont d'une interprétation beaucoup plus simple.

Soulèvement qui se produit à la fin de la systole ventriculaire. — Au moment où les ventricules passent brusquement de l'état de systole à celui de relâchement, plusieurs phénomènes simultanés se produisent qui concourent à ralentir le courant veineux vers le cœur et à produire une ondulation ascendante dans le pouls veineux. Il faut d'abord compter avec le déplacement brusque de la base du cœur : l'organe tout à l'heure redressé, tendu, s'affaisse tout d'un coup et retombe, pour ainsi dire, par son poids. Il en résulte une oscillation de toute la colonne veineuse qui peut intervenir dans la production du phénomène dont il s'agit. Mais c'est surtout, je crois, la suppression brusque de l'influence aspiratrice qui maintenait l'oreillette dilatée et supprimait l'action de ses parois sur le sang contenu à son intérieur, que l'on doit prendre en considération. C'est sans doute là en partie la cause de l'augmentation passagère de pression qui s'observe dans les courbes cardiographiques de l'oreillette droite et qu'on observe nettement dans les tracés de Chauveau et Marey : il est à remarquer, en effet, que cette augmentation de pression intra-auriculaire apparaît au moment même où se fait le passage de la systole à la diastole. De plus, la colonne sanguine artérielle n'étant plus poussée par la contraction ventriculaire tend à rétrograder et la clôture des sigmoïdes qui se fait à ce moment intervient à son tour pour produire dans toute la colonne veineuse un ébranlement, une faible augmentation de pression, se traduisant du côté des jugulaires, par la fin du soulèvement secondaire dont il s'agit.

Mais, comme on peut le constater sur la figure 9, et comme on le retrouve sur les autres types de pouls veineux, ce léger soulèvement de la fin de la systole ventriculaire ne dure qu'un temps très court : il est très vite remplacé par un nouvel affaissement, quelquefois très profond dans les courbes recueillies pendant l'inspiration.

Quelle est la cause de cette seconde dépression? Ce que nous avons dit des conditions du premier affaissement en favorise l'interprétation : le second affaissement *résulte*, sans qu'il y ait d'hésitation possible sur ce point, *d'un nouveau renforcement du courant veineux jugulaire dû au relâchement du ventricule droit.*

La cavité ventriculaire devenant flasque, comme l'était devenue après sa systole, la cavité de l'oreillette, admet, comme elle, le sang qui se presse à son orifice : d'où chute brusque de la pression dans tout le système afférent et dépression des veines du cou.

C'est précisément à ce moment qu'a lieu le phénomène intra-cardiaque étudié par Chauveau et Marey sous le nom de *vide post-systolique*, phénomène retrouvé depuis et étudié au point de vue de la valeur manométrique de la pression négative qui l'accompagne, par Goltz et Gaule en 1878.

MM. Chauveau et Marey ont surtout attribué cette dépression intra-ventriculaire à l'aspiration énergique qu'exerce sur la paroi relâchée des ventricules l'élasticité pulmonaire fortement sollicitée l'instant précédent par le retrait systolique des parois ventriculaires. Déjà M. Chauveau, dans son mémoire de 1858, avait beaucoup insisté sur les conséquences de cette « succion » du ventricule droit et montré qu'au renforcement de vitesse du sang veineux jugulaire qui se produit à ce moment est dû le renforcement diastolique des murmures veineux des anémiques.

Depuis cette époque, la question de l'aspiration *propre* du cœur ou plutôt de sa portion ventriculaire, si vivement débattue dans la première partie de ce siècle, a été remise à l'ordre du jour par plusieurs physiologistes et notamment par M. Luciani (de 1871 à 1876), puis par MM. Goltz et Gaule en 1878.

Ces auteurs ont défendu, chacun à sa manière, la théorie de l'aspiration diastolique : Luciani la considérait comme un phénomène réellement actif, résultat d'une élongation active de la fibre musculaire cardiaque ; Goltz et Gaule ne reconnaissaient en elle que la manifestation des propriétés élastiques du muscle cardiaque. Il ne nous paraît plus possible aujourd'hui de soutenir la théorie si souvent condamnée de la diastole active, et tout ce qu'on peut admettre c'est la production d'une très minime aspiration intra-ventriculaire droite du fait de l'élasticité propre des parois ventriculaires (1).

(1) On trouvera sur cette question des détails et expériences complémentaires dans ma communication du 4 février 1882 à la Société de biologie.

Cette influence du ventricule droit lui-même, par conséquent, ne saurait jouer un rôle important dans la production du renforcement de vitesse du courant veineux accompagnant le début de la diastole ventriculaire.

L'affaissement qui correspond à cette augmentation d'écoulement du sang jugulaire vers le cœur résulte donc surtout de la chute brusque dans le ventricule droit du sang qui s'est accumulé dans les voies afférentes pendant les périodes précédentes; l'affaissement secondaire dont il s'agit coïncide en effet avec ce que Chauveau et Marey ont appelé le « flot de l'oreillette ».

Si l'on veut formuler succinctement les conditions du phénomène, il suffit de dire que les veines du cou s'affaissent au début de la diastole ventriculaire parce que : 1° le ventricule droit se relâche et reçoit tout d'un coup une assez grande masse de sang qui crée une dépression derrière elle; 2° les parois de ce ventricule devenu flasque sont excentriquement attirées par l'élasticité des poumons; 3° ces parois, par elles-mêmes, en vertu de leur force élastique propre, n'interviennent que dans une mesure tout à fait négligeable dans la production du renforcement du courant.

La deuxième dépression des veines du cou ne dure qu'un temps assez court, du reste, ce qui s'explique aisément par le fait de la réplétion croissante de tout le système; pendant la diastole ventriculaire, en effet, le sang veineux continue à affluer vers le cœur, mais il trouve de moins en moins à se loger dans les cavités ventriculaire, auriculaire et veineuses: la réplétion graduelle de ces organes s'accuse sur les jugulaires par le soulèvement progressif qui marque la fin de la pulsation veineuse du cou.

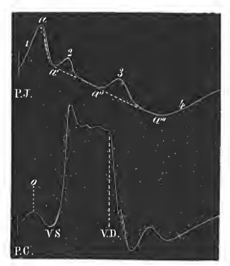


Fig. 9. — Schéma résumant les faits relatifs au pouls jugulaire normal P. J. — 1, soulèvement initial dû à la systole de l'oreillette O; en A commence la grande dépression qui se continue, sauf deux interruptions (2 et 3), jusqu'en *a'''*, c'est-à-dire jusqu'à la partie moyenne de la diastole ventriculaire (V. D); à ce moment se manifeste la réplétion graduelle de la veine, en 4, qui conduit au début d'une pulsation suivante.

Il est possible maintenant d'examiner dans son ensemble la courbe du pouls veineux jugulaire et de montrer qu'en réalité elle se réduit à trois éléments essentiels : 1° un soulèvement brusque initial dû à la systole de l'oreillette; 2° un affaissement qui commence à la diastole de l'oreillette et se continue, malgré quelques accidents, jusqu'à une période plus ou moins avancée de la diastole ventriculaire; 3° une réplétion graduelle qui débute quand se termine l'affaissement précédent et conduit progressivement à la pulsation suivante.

C'est ce qu'on peut constater facilement dans le schéma général précédent (fig. 9) en limitant tout d'abord son examen à la courbe du pouls jugulaire P. J. On y voit, après le soulèvement 1, commencer le grand affaissement dont j'ai parlé, en *a*, et on peut suivre cet affaissement, qui est l'élément principal en passant par la ligne pointillée *a' a'' a'''*, indiquant le sens général de la courbe. Pendant tout ce temps, le sang veineux afflue vers le cœur avec une rapidité variable.

Mais il se produit dans le cœur lui-même un premier phénomène, la tension brusque du muscle ventriculaire avec le soulèvement de la valvule tricuspide, qui interrompt, en 2, le cours régulier de l'affaissement. Aussitôt après, l'affaissement reparaît.

Il est de nouveau accidenté d'un petit soulèvement 3, également transitoire, et à la suite duquel la courbe d'affaissement se retrouve.

De telle sorte que, dans le pouls jugulaire normal, les soulèvements 2 et 3 ne sont que des éléments surajoutés, d'importance variable, constituant des interruptions sur le trajet d'une courbe de dépression générale.

Enfin, le gonflement terminal 4 s'explique de lui-même, à cause de la réplétion graduelle du système veineux afférent au cœur déjà gorgé de sang veineux.

L'étude des modifications pathologiques de ce pouls veineux jugulaire normal ne pourrait être abordée maintenant sans être trop écourtée : nous la renverrons à un prochain article sur les insuffisances tricuspidiennes.

François-Franck.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Du degré de reproduction osseuse dans la reconstitution des articulations nouvelles; néoformation latérale; néoformation longitudinale, par M. Ollier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Le simple examen des malades, le toucher et la vue des articulations reconstituées suffisent pour nous faire apprécier le résultat pratique d'une résection; ils peuvent même, si l'articulation est sous-cutanée dans une partie de son étendue, comme le coude, nous donner des renseignements approximatifs sur le degré de la régénération.

Mais pour une démonstration scientifique ces données sont insuffisantes; des autopsies sont indispensables, et non pas des autopsies de sujets morts peu de temps après la résection, mais des autopsies portant sur des coudes depuis longtemps réséqués et ayant fonctionné longtemps depuis leur guérison; c'est-à-dire arrivés au degré maximum d'organisation que les tissus nouveaux sont susceptibles d'acquérir.

Je n'ai eu pendant longtemps que des pièces expérimentales pour démontrer ces processus réparateurs.

En 1870, je pus cependant déjà présenter à l'Académie des sciences la relation de deux autopsies faites sur d'anciens réséqués; mais ces réséqués étaient morts avant d'être complètement guéris et le processus réparateur, quoique concluant au point de vue de l'ossification nouvelle, était incomplet au point de vue de la structure de l'articulation.

Dans ces derniers temps j'ai eu l'occasion d'autopsier un de mes anciens opérés, mort d'albuminurie 8 ans après la résection du coude. La guérison avait été complète; le membre était très solidement constitué, l'opéré soulevait et portait pendant une minute à bras tendu 11 kilogrammes (deux haltères de 5kil,500 chaque). Il était donc intéressant de

voir comment était constituée cette articulation qui était, au point de vue physiologique, un ginglyme parfait.

Il était évident, du vivant du sujet, qu'il s'était formé une extrémité renflée de l'humérus plus large et plus épaisse que celle du côté sain; la formation d'un nouvel olécrâne était tout aussi évidente; mais sans la dissection et sans la coupe de l'os il était impossible de dire si nous avions affaire à une néoformation latérale ou à une néoformation à la fois latérale et longitudinale.

Les extrémités articulaires peuvent, en effet, se reconstituer de deux manières : par la simple addition de substances osseuses à la périphérie de l'os, sans augmentation de la longueur de l'organe, ou bien par une néoformation plus complète qui augmente la longueur de l'os et forme ainsi, de toutes pièces, les renflements terminaux qui devront servir à la nouvelle articulation.

J'appelle la première variété *néoformation latérale*. A la seconde je donnerai le nom de *néoformation longitudinale* ou bien encore de *néoformation totale*.

J'ai déjà dit, d'après nos expériences, qu'après la résection des grandes articulations les os sectionnés restaient toujours plus courts, quelque abondante que fût la néoformation osseuse. Jamais je n'ai vu, même chez les animaux les plus plastiques, la même longueur entre l'os réséqué et l'os analogue du côté opposé. Il y a donc, après toutes les résections articulaires, un certain degré de raccourcissement nécessaire. Si chez les jeunes sujets l'os réséqué peut être, à un moment donné, à peu près aussi long que l'os sain, il ne tardera pas à rester en retard en raison de la destruction de son cartilage de conjugaison, et même par la seule perturbation produite dans l'évolution du cartilage de conjugaison par une simple résection intra-épiphysaire.

Il ne faut donc pas s'attendre à une égalité absolue entre les deux membres, et l'on doit se méfier de toutes les observations dans lesquelles cette égalité est signalée.

Si chez les jeunes sujets on n'a jamais une égalité absolue, à plus forte raison ne l'aura-t-on pas chez l'adulte. Chez ces derniers la néoformation longitudinale est toujours moins abondante et manque même pour le coude dans la plupart des cas.

Elle existe cependant, comme va le démontrer l'examen de la pièce recueillie sur mon opéré.

On a publié déjà quelques autopsies de résection ancienne du coude; les plus importantes sont celles de Seyne, de Doutrelepont, de Czemy, de Jules Wolf, etc.; mais malheureusement ces pièces sont incomplètes sous ce rapport; elles ont été décrites d'après l'aspect extérieur seulement. Or, si l'on ne fait pas une section longitudinale de l'os, il est impossible de déterminer où commence l'os nouveau, où finit l'os ancien. La néoformation latérale peut faire croire que toute la partie renflée est de nouvelle formation, et si l'on n'a pas soin de mesurer comparativement les os analogues des deux membres, on est facilement induit en erreur.

Avec la mensuration comparative, d'une part, et la section longitudinale de l'os, d'autre part, on a des moyens de vérification suffisants, en général; mais on éprouve cependant, dans les cas anciens, une véritable difficulté à déterminer, même à la coupe, les limites de l'os nouveau. Une médullisation progressive raréfie la substance compacte ancienne, tandis que la substance osseuse nouvelle peut se condenser et même s'éburner de plus en plus.

Notre pièce se rapporte à un sujet âgé de 27 ans au moment de la résection; il a été opéré le 31 mai 1873 et est mort le 25 juillet 1881.

Je le mets sous les yeux de l'Académie avec les dessins explicatifs, et je prie ceux de nos collègues que cette question intéresse particulièrement de vouloir bien l'examiner de près; car cette pièce a une importance capitale pour la question des résections sous-périostées. Elle est la confirmation des doctrines que je soutiens depuis longtemps, et elle lèvera, je l'espère, tous les doutes qui pourraient encore subsister sur la réalité de la reconstitution de véritables articulations.

A elle seule, elle est toute une démonstration. Il y a trois points principaux à considérer : la régénération osseuse, la reconstitution des moyens d'union, la structure de la cavité articulaire et l'organisation des moyens de glissement.

Pour se rendre compte de la régénération osseuse il faut mettre en présence les parties enlevées et les parties reproduites. Sans cette comparaison la démonstration ne peut être rigoureuse, je prie donc mes collègues de ne pas examiner une pièce sans l'autre.

Les parties enlevées comprennent non seulement la portion articulaire, mais la portion renflée de cet os qui a été scié à 4 centimètres au-dessus du rebord saillant de la trochlée.

Le cubitus a été scié obliquement d'avant en arrière et de haut en bas. Le bord postérieur du fragment enlevé mesure 6 centimètres, le bord intérieur 17 millimètres à partir du sommet de l'apophyse coronoïde.

Le radius a été scié à 2 centimètres au-dessous de la cupule.

A la place de ces portions enlevées il se reforme du côté de l'humérus une masse renflée, aplatie d'avant en arrière, terminée latéralement par deux saillies condyliennes qui sont de formation tout à fait nouvelle. Le diamètre bicondylien est plus large que le diamètre normal.

La néoformation latérale est donc évidente. Quant à la néoformation longitudinale, on s'en rend compte à la coupe, mais surtout en regardant l'os par transparence; on voit alors les limites de l'os ancien et de l'os nouveau, et l'on reconnaît qu'une hauteur de 15 millimètres environ est le produit de la formation nouvelle.

Un nouvel olécrâne large et recourbé en crochet emboîte solidement l'extrémité inférieure de l'humérus; on distingue en avant une apophyse coronoïde sur laquelle s'insérait le brachial antérieur.

Le radius est terminé par une tête de nouvelle formation qu'on ne peut pas nettement délimiter, car j'ai tenu à ne pas le dépouiller de son appareil ligamenteux qui est très remarquable.

Les moyens d'union ne sont pas le produit d'une formation nouvelle; ils ne sont autre chose que la capsule et les ligaments anciens nécessairement conservés dans la méthode opératoire que j'emploie, puisque je conserve intégralement la gaine périostéo-capsulaire.

On retrouve une capsule épaisse renforcée çà et là par des grains osseux, qui, s'ils eussent été plus nombreux, auraient pu limiter les mouvements de l'articulation.

Les ligaments latéraux sont très épais et très solides, ils partent, de chaque côté de l'humérus, d'une saillie en forme de malléole que j'ai déjà depuis longtemps signalée. Le coude reconstitué prend, en effet, la forme d'une articulation tibiotarsienne; les condyles de l'humérus ressemblent à deux malléoles plus ou moins saillantes qui donnent une grande solidité latérale à l'articulation. Dans quelques cas même cette forme malléolaire est gênante à cause de son exagération, chez les jeunes sujets dont le périoste est disposé aux ossifications surabondantes; dans deux cas j'ai dû les exciser ultérieurement.

J'appelle l'attention sur l'appareil ligamenteux des articulations radio-humérale et radio-cubitale supérieure. La tête du radius est fixée contre le cubitus par un ligament ou plutôt une capsule annulaire qui rappelle complètement le ligament annulaire normal et se confond au niveau de l'humérus avec le revêtement capsulaire antérieur.

On ne voit plus sur cette pièce les insertions musculaires qui ont été enlevées, mais tous les muscles s'inséraient comme à l'état normal, le triceps sur l'olécrâne élargi, le brachial antérieur sur l'apophyse coronoïde, etc. Le nerf

cubital qui est conservé sur ce point, est logé dans une gouttière de nouvelle formation en arrière du condyle interne de l'humérus.

L'état de la pièce ne permet pas de juger complètement aujourd'hui l'aspect de la cavité articulaire, des surfaces qui la constituent et des organes de glissement qui assuraient le libre exercice du membre.

Il y avait une cavité cloisonnée par des feuillets celluleux lâches, mais par une cavité synoviale unique. C'était une réunion de bourses séreuses lâches. J'ai examiné la pièce trop tard pour pouvoir constater s'il y avait un revêtement épithélial sur la face interne des loges les plus distinctes. Là où la cavité était délimitée par l'os, je n'ai pas constaté de couche opaline cartilagineuse; en quelques points cependant un tissu d'aspect chondroïde, lisse et résistant.

Ainsi reconstituée cette articulation était très solide et très mobile en même temps. Pas le moindre mouvement de latéralité; une flexion et une extension presque aussi étendues qu'à l'état normal; des mouvements de pronation et de supination suffisent pour les mouvements usuels du poignet, 100 degrés environ. L'extension n'était pas absolument complète: au lieu de se mettre dans l'axe de l'humérus, les os de l'avant-bras faisaient un angle de 165 à 170 degrés, et à cet égard, je dois dire que dans ces coudes reconstitués cette limitation de l'extension est une condition avantageuse; l'olécrâne appuie solidement en arrière sur l'humérus, et le membre a beaucoup plus de résistance. Chez nos malades qui ont recouvré une extension complète, la force n'a pas été toutes choses égales d'ailleurs, aussi considérable que chez ceux qui avaient une extension un peu bridée par un crochet olécrânien large et épais. Notre opéré soulevait et portait pendant une minute et plus 11 kilogrammes à bras tendu.

Je n'insisterai pas davantage sur cette description, que l'examen que vous pouvez faire de la pièce et des dessins me permet d'abréger, mais il ressort de cette description que nous avons affaire à une véritable articulation remplissant toutes les fonctions d'une articulation normale, mobile dans le sens des mouvements physiologiques, très résistante et tout à fait immobile dans le sens latéral, c'est-à-dire à un véritable ginglyme.

Cette pièce confirme à elle seule les doctrines que je soutiens depuis vingt ans sur les tractions articulaires; elle est à elle seule la démonstration des diverses propositions que j'ai avancées sur la possibilité que nous donne la méthode des résections sous-périostées, de faire reconstituer sur l'homme de véritables articulations.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Réunion annuelle des délégués des Sociétés savantes. Projet de transformation en Congrès.

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro (p. 252) l'ouverture de cette réunion et nous en avons indiqué les travaux préparatoires. Voici maintenant le résumé de ce qui, dans les séances des 11, 12 et 13, peut intéresser la médecine.

Commission des sciences.

Eaux minérales. — M. Filhol, professeur à la Faculté des sciences de Toulouse, communique le résultat de nouvelles expériences sur les eaux thermales des Pyrénées. Celles des Pyrénées centrales sont à peine alcalines; celles des Pyrénées orientales sont franchement alcalines et contiennent une certaine quantité de carbonate de soude.

Ostréiculture. — M. *Coutance*, président de la Société académique de Brest, communique, par l'organe de M. Ortolan, des résultats d'expériences *sur l'équivalence des sels de l'eau de mer au point de vue biologique*. En se servant de huit solutions réduites chacune à un seul des éléments naturels de l'eau de mer dans la proportion où elle contient leur totalité, l'auteur est arrivé à cette conclusion: que les sels de potasse sont moins favorables à la vie des mollusques que les sels de magnésie, les sels de magnésie que les sels de soude, et qu'en dehors des sels dissous dans l'eau de mer, le sulfate de soude semble jouir d'une *neutralité conservatrice* bien accusée.

Microscope scolaire. — M. *Guillemare* montre un appareil qu'il appelle microscope *scolaire*.

Analyse du lait. — M. *Pinchon* indique une nouvelle méthode d'essai, d'analyse très approximative du lait. Il a cherché à rendre pratiques et rapides l'essai et l'analyse du lait en se basant sur des données connues, il est vrai, mais qui n'ont jamais été appliquées dans le but qu'il indique.

Sous-commission des sciences médicales.

Échinorrhynques. — M. *Magnin* expose les résultats de ses recherches sur l'organisation et le développement des échinorrhynques.

Maladies des houilleurs. — Il résulte d'une communication de M. *Paul Fabre* (de Commentry) que la houille pulvérulente n'exerce aucune action spéciale sur la peau. Ces impétigos, ces eczémas, que quelques auteurs ont attribués à l'influence des poussières charbonneuses, ne surviennent que lorque les galeries des mines contiennent une eau tenant en solution ou en suspension quelque principe irritant. Les trieurs de charbon, qui travaillent à la surface du sol, qui vivent dans une atmosphère charbonneuse et manient la houille autant et plus que les ouvriers du fond, n'ont pas, en effet, de ces éruptions.

Presque tous les mineurs présentent des cicatrices caractéristiques, d'une coloration nettement bleue; ces cicatrices, indélébiles comme un vrai tatouage, succèdent à toute plaie produite par l'action traumatique d'un fragment de charbon.

La houille pulvérulente produit quelquefois des ophthalmies (conjonctivites, kératites), dues à l'implantation d'un fragment de houille à la surface de ces organes.

Enfin chez certains houilleurs il se produit une surdité qui est produite simplement par un bouchon de poussières charbonneuses agglutinées dans le conduit auditif avec le cérumen.

Aphasie. — Le docteur Armaignac (de Bordeaux) communique une observation qu'il rattache à l'aphasie et qui est remarquable surtout par la *cécité des mots*. Le sujet, très intelligent, très sain d'esprit, n'ayant jamais présenté aucun trouble de la parole ni aucun symptôme de paralysie, écrit, comme autrefois, avec un style très correct, une écriture très régulière et très élégante, tout ce qu'on lui dicte ou tout ce qu'il pense, mais ne peut lire un seul écrit imprimé ou écrit, soit par lui soit par un autre. Sa vision est absolument normale. Le sujet a conservé le nom des lettres et des chiffres, mais il est dans l'impossibilité de les joindre objectivement pour former des mots ou des nombres, et cependant il peut mentalement former les mots et les nombres si on lui dicte les lettres ou les chiffres.

Eaux minérales. — M. *Armieux* de Toulouse entretient la réunion de la conduite des eaux de Barzun-Barège à Luz. Dans ce trajet l'eau n'a perdu aucune de ses qualités chimiques.

La session a été close le 15 avril par un discours de M. le ministre de l'instruction publique devant les sociétés savantes réunies dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne. Dans ce discours, souvent interrompu par les applaudissements, nous relevons seulement les passages suivants qui en forment le début et qui intéressent l'avenir même de l'institution.

Soit que les changements introduits l'année dernière dans le fonctionnement des Sociétés savantes, lors de leur fête annuelle, n'aient pas été très bien compris, soient qu'ils n'aient pas été assez complets, je dois constater qu'il s'est élevé entre l'administration et les Sociétés réunies à Paris ce que l'on pourrait appeler un léger malentendu. Je voudrais tout d'abord en avoir raison, en vous disant avec plus de précision pourquoi nous nous efforçons de transformer en congrès la réunion des Sociétés savantes, et par quels moyens nous espérons y arriver.

Pourquoi un congrès? Cela n'est pas seulement, messieurs, pour donner à vos réunions l'animation des débats contradictoires; c'est afin d'établir, parmi tant d'efforts patients, heureux, disséminés sur toute la surface du territoire, un peu d'ensemble, un peu de cette centralisation dans laquelle le pouvoir central n'entre pour rien, la centralisation des efforts et des travaux sur des questions déterminées par vous, et par les méthodes qui vous sont familières; la bonne, la vraie, la féconde centralisation!

Ce qui caractérise un congrès, ce qui le différencie d'une réunion, ce n'est pas seulement la suppression de cette distribution de prix que j'ai abolie, l'année dernière, sur l'avis conforme du comité des travaux historiques, estimant qu'il n'y a pas ici d'écoliers, qu'il n'y a pas à distribuer des prix, qu'il n'y a qu'une distribution d'idées et de lumières. (Très bien! très bien!)

Un congrès, c'est essentiellement un ordre du jour; et de cet ordre du jour fixé d'avance, vous voyez tout de suite le produit et les effets, et comme l'ordre s'établit parmi tant d'efforts dispersés et comme il est utile de concentrer sur certains points, sur certaines lacunes des sciences que vous cultivez, toutes vos forces, pour l'année qui vient.

C'est à cela que le programme est bon, et le programme est la raison d'être du congrès.

Il est venu jusqu'à moi deux objections : c'est, d'abord, que les sections réunies en congrès, dans le but que je viens de dire, manqueraient d'une certaine autonomie, d'un certain complément de liberté; c'est ensuite qu'elles ne seraient pas assez nombreuses, qu'il en manque une, celle des sciences sociales, qu'on appelait et qu'on appelle encore les sciences morales et politiques.

Je suis, messieurs, entièrement disposé à donner satisfaction à ce double vœu. On désire une liberté complète, une autonomie véritable des sections, on l'aura; désormais, les sections nommeront non seulement leurs assesseurs, ce qu'elles font aujourd'hui, mais leur président. (Applaudissements.)

On désire que le choix des questions ne paraisse pas livré directement ou indirectement à l'autorité centrale, au comité des travaux historiques. Eh bien, messieurs, nous allons convenir que, par exemple, dans le mois qui suivra cette assemblée, chacune des sociétés savantes réunies, et délibérant à cet effet, enverra au comité des travaux historiques, à la grande section centrale des sociétés savantes, la liste des questions sur lesquelles elle croit convenable d'appeler l'attention des savants français, sous cette seule réserve que le comité des travaux historiques, — qui est aussi une société savante, — pourra y ajouter les siennes, et établir entre les questions proposées un classement qui, venant de savants d'une pareille autorité, ne peut porter ombrage à personne. (Approbation.)

Il n'y a pas assez de sections, il en faut une de plus, j'en conviens, et je réalise un de mes vœux secrets les plus chers en établissant dès à présent, pour le prochain congrès une section des sciences morales et politiques......

Les prix ont été abolis l'année dernière par l'auteur même de ce discours, ainsi qu'il vient de le rappeler, des croix d'honneur et des palmes d'officiers ont été seules distribuées. Dans les distinctions qui touchent plus ou moins directement le corps médical, nous avons à signaler : 1° parmi les *chevaliers de la Légion d'honneur*, M. Renault (Bernard), aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle; parmi les *officiers de l'instruction publique*, MM. de Baye et Cartaillac, membres de la Société d'anthropologie; M. Mégnin, vétérinaire, lauréat de l'Institut, bien connu par ses travaux sur les animaux parasites; Pomel, membre de la Société de climatologie d'Alger; enfin, parmi les *officiers d'académie*, M. Clément, membre de la Société des sciences naturelles de Nîmes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 10 AVRIL 1882. — PRÉSIDENCE DE M. E. BLANCHARD.

Emploi de la photographie instantanée pour l'analyse des mouvements chez les animaux; par M. Marey. — Ce sujet est trop étranger à la nature de cette publication pour que nous puissions nous y arrêter : mais nous voulons au moins signaler au lecteur les curieuses expériences de M. Marey. Avec son *fusil* photographique, on peut observer les particularités du vol des oiseaux; l'image s'inscrit sur la plaque en 1/1400 de seconde. Ces expériences seront continuées.

Note sur les quarantaines imposées a Suez aux provenances maritimes de l'Extrême Orient; par M. de Lesseps. — L'auteur, rappelant certains passages du rapport présenté par M. Fauvel au Comité consultatif d'hygiène, ainsi que les expériences exprimées par M. Cazalas, déclare que les quarantaines sont un remède inutile et impuissant contre le choléra. Il faut frapper le mal et empêcher sa propagation dans les foyers où il se forme, dans les lieux de pèlerinage dans l'Inde et en Arabie. M. de Lesseps propose à l'Académie de nommer une Commission dont les conclusions permettraient au gouvernement français d'entamer, sur ce sujet important, des négociations avec les gouvernements étrangers.

Divers membres de l'Académie, qui ne partagent pas, loin de là, les opinions de M. de Lesseps, présentent au bureau, après la lecture de cette note, des objections ou des réclamations dont M. Bouley se propose de se faire l'interprète dans une communication spéciale et prochaine.

La question sera soumise à l'examen d'une Commission composée de MM. Würtz, Pasteur, Bouley, Larrey, de Lesseps.

Commissions. — L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination de Commissions de prix, chargées de juger les concours de l'année 1882. Le dépouillement donne les résultats suivants :

Prix Barbier. — MM. Gosselin, Vulpian, Chatin, Larrey et Pasteur.

Prix Desmazières. — MM. Duchartre, Van Tieghem, Trécul, Chatin et Cosson.

Prix Thore. — MM. Blanchard, H. Milne-Edwards, Ch. Robin, Chatin et Lacaze-Duthiers.

Prix Vaillant. — (De l'inoculation comme moyen prophylactique des maladies contagieuses des animaux domestiques.) MM. Pasteur, Bouley, P. Bert, Vulpian et Gosselin.

Grand prix des sciences physiques. — (Etude du mode de distribution des animaux marins du littoral de la France.) MM. de Lacaze-Duthiers, H. Milne Edwards, Alph. Milne-Edwards, Blanchard et de Quatrefages.

Sur la rapidité de la propagation de la bactéridie charbonneuse inoculée. Note de M. A. Rodet. — L'auteur rappelle qu'il a fait l'hiver dernier des expériences dont le résultat se trouve confirmé par ceux qu'a obtenus de son côté M. Davaine, et qu'il a communiqués à l'Académie le 12 décembre 1881.

« J'ai, dit-il, aussi opéré sur des lapins. J'ai pratiqué les inoculations à la lancette, au bout de l'oreille, et j'ai sectionné cet organe après un temps variable.

» Sur huit lapins, dont les oreilles avaient été coupées à peu près à la même hauteur, quatre moururent du charbon, chez lesquels la section avait été faite deux heures, cinq heures, six heures et neuf heures après l'inoculation ; quatre survécurent, chez lesquels elle avait été faite après une heure, trois heures, sept heures et même dix heures.

» Sur neuf lapins opérés de même, six moururent, qui avaient eu l'oreille coupée après une, deux, quatre, sept, huit et neuf heures; trois survécurent, chez lesquels la section avait été pratiquée trois, cinq et six heures après l'inoculation.

» Dans deux autres expériences, les sections furent faites trois heures après l'inoculation sur une première série de douze lapins, et après trois quarts d'heure sur une seconde : les vingt-quatre animaux succombèrent au charbon. »

En résumé, sur 41 lapins, 31 moururent, 10 survécurent, et ces derniers ne furent pas ceux chez lesquels la section avait été faite le plus tôt.

Le rapport entre les survivants et les morts n'a pas été, dans mes expériences, le même que pour les animaux de M. Davaine; mais, à ce rapport près, le résultat est absolument analogue : c'est un défaut absolu de règle pour la rapidité d'absorption.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 18 AVRIL 1882. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. *Legouest*, président du Conseil supérieur de santé des armées, envoie, pour répondre à la demande de l'Académie, une liste de vétérinaires militaires morts victimes de leur devoir professionnel.

M. le docteur *Cavaillon* adresse son Rapport sur les épidémies dans l'arrondissement de Carpentras en 1881. (*Commission des épidémies.*)

M. le docteur *Lamarre* (de Saint-Germain-en-Laye) envoie une note manuscrite sur *le traitement des accidents locaux de la diphthérie par l'huile de pétrole*. (Commission du prix Saint-Paul de 1882.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Krishaber*, une brochure intitulée : *De la méthode ignée appliquée aux granulations du pharynx et du larynx ;* 2° de la part de M. le docteur *Labus* (de Pavie), le compte rendu du Congrès international de laryngologie tenu à Milan en 1880 et une étude sur l'*hypermégalie et la paralysie de la luette et leur influence sur la voix.*

M. *Lasègue* présente un ouvrage de M. Lailler (de Rouen) sur le cidre et un dessin représentant un appareil de bain de vapeur sèche imaginé par M. Dubois.

M. *Colin* (d'Alfort) dépose un exemplaire d'un mémoire sur *le développement et la migration des sclérostomes*, qu'il a publié en 1864.

Kyste suppuré du foie. — M. le docteur *Queirel* (de Marseille) donne lecture d'une observation de kyste suppuré du foie suivi de guérison ; cette observation offre un intérêt tout particulier au point de vue de la résistance de l'organisme du malade, déjà très affaibli cependant par des affections antérieures, au point de vue de la rapidité de la guérison, alors que l'économie a été débarrassée de ses produits pathologiques et enfin au point de vue de l'innocuité de la méthode des larges incisions. — Ce mémoire est renvoyé à l'examen de MM. Hérard et Lancereaux.

Chloroforme et chloroformisation. — Cette longue discussion semble enfin close d'un commun accord, surtout par lassitude et par la difficulté d'arriver à des conclusions précises, en présence de l'impossibilité de résoudre l'énigme qui s'est dès le début posée : comment le chloroforme peut-il donner la mort dans des conditions aussi diverses que celles qui ont été successivement indiquées ? M. *Panas* cependant s'est efforcé de resserrer le débat en montrant que, chez l'homme comme chez les animaux, la cause de la mort par le chloroforme réside le plus souvent dans la syncope respiratoire; celle-ci, passagère au début, devient mortelle lorsque la syncope cardiaque, rare et presque toujours consécutive, vient s'y ajouter. Pour lui, la prophylaxie des accidents mortels chloroformiques réside tout entière dans la surveillance constante et minutieuse de la respiration, et cela pendant toute la durée de la chloroformisation; il fait remarquer en passant que l'exploration du pouls n'a qu'une importance très secondaire. Quant aux règles à suivre, elles varient d'un sujet à l'autre et ne sauraient répondre à une formule unique ; d'où la nécessité de ne confier l'emploi des anesthésiques qu'à des mains expérimentées, et ne prenant aucune part à l'acte opératoire lui-même. Le chloroforme, ajoute-t-il, produit les accidents surtout par son action excitatrice sur les nerfs respirateurs sensitifs; ces accidents ne deviennent définitivement mortels que par suite de l'influence stupéfiante que cet agent exerce sur les centres bulbaires; ce qui le prouve, c'est que la mort est surtout à craindre au début, alors qu'on n'a employé souvent que de très petites doses de chloroforme; aussi, chez les individus profondément anémiés, convient-il de préférer l'éther à celui-ci. Une fois l'anesthésie complète, il suffit de l'entretenir pour que, chez l'homme, on n'ait plus rien à craindre. A ce point de vue, aussi bien qu'au sujet de la tolérance si grande des enfants pour le chloroforme, il existe une différence absolue entre l'homme et les animaux. Donc ce n'est ni comme poison ni comme corps asphyxiant que cet anesthésique agit dans la pratique chirurgicale, c'est à des troubles réflexes qu'il faut attribuer la mort prompte produite par son administration; ces actes réflexes devront varier nécessairement d'un individu à l'autre; une méthode fixe ne saurait être admise comme règle invariable et sûre dans la chloroformisation.

M. *Rochard* monte aussitôt à la tribune; il ne peut admettre la préférence accordée par M. Panas à l'éther quand il s'agit d'anesthésier des individus profondément anémiés par la maladie ou le traumatisme; car il a toujours vu, au contraire, le chloroforme remonter, en quelque sorte, les malades dans ces conditions; et d'ailleurs pourquoi parler d'abandonner cet agent auquel on doit tout au moins reconnaître qu'il est plus rapide, plus prompt et plus sûr que l'éther? Depuis que cette discussion a commencé, on ne parle que de mort par le chloroforme; assurément il a ses dangers, mais que sont-ils auprès de ses avantages et de ses services? Ils sont tout au plus comparables, comme disait Chassaignac, à ceux qu'on court en montant en chemin de fer.

Cependant c'est encore d'un cas de mort que M. *Dujardin-Beaumetz* vient entretenir l'Académie; il y a peu de jours, en effet, succombait dans son service un malade auquel il voulait, pour une sciatique rebelle, pratiquer l'extension sous-cutanée du nerf sciatique; à peine le chloroforme était-il donné, que pendant la période d'agitation le pouls disparaissait brusquement, la mort survenait avant la période de résolution musculaire. Le chloroforme était pur; il fut donné sur une compresse et des intermittences fréquentes furent pratiquées; le sujet paraissait n'avoir aucune affection organique; il n'avait pas le cœur malade. C'est le troisième cas de ce genre depuis le commencement de la discussion pendante devant l'Académie; donc quelques précautions dont on entoure la chloroformisation, elle reste et restera dangereuse.

Les intermittences pratiquées chez ce malade avaient été fréquentes, bien qu'elles n'aient pas été faites avec la régularité mathématique de la technique recommandée par M. *Gosselin ;* celui-ci déclare donc ne pouvoir discuter ce fait qu'il n'a pas été à même de voir. Il persiste à penser que, pour agir avec prudence et attention, pour mettre à l'abri des accidents, il faut proportionner la dose du chloroforme à la susceptibilité du sujet, et l'on n'y peut arriver que par les intermittences telles qu'il les a indiquées et qui, permettant d'assurer le mélange de l'air et de l'agent anesthésique permettent aussi d'interrompre à volonté, lorqu'on voit le moindre trouble survenir dans la respiration.

Les accidents réflexes qui déterminent la syncope et la mort en pareil cas, réplique M. *Panas*, sont indépendants de la quantité plus ou moins grande du chloroforme; ce qu'il faut donc avant tout, c'est tenir les voies aériennes libres; et ce n'est ni le pouls ni l'épigastre qu'il faut surveiller, il faut ausculter constamment le malade, surveiller sa respiration.

Résection sous-périostée du coude. — Le but principal de l'importante communication de M. *Ollier* (de Lyon) a été de montrer, par la pièce anatomo-pathologique qu'il a pu se procurer chez l'un de ses anciens opérés, la réalité de la reconstitution des articulations quand on les résèque par la méthode sous-périostée; on peut lire à la page 258 toute cette partie de sa communication. Mais auparavant il avait établi combien l'opération spéciale de la résection sous-périostée du coude, grâce aux pansements antiseptiques et aux règles précises qu'il a indiquées depuis longtemps, offre peu de gravité; depuis six ans il l'a pratiquée 42 fois sans avoir un seul mort. Aussi n'hésite-t-il plus à rechercher le résultat orthopédique et fonctionnel si favorable qu'elle procure, résultat bien supérieur à celui de la guérison naturelle par ankylose et *a fortiori* à l'amputation du bras. Les indications opératoires de la résection sous-périostée du coude sont ainsi devenues de jour en jour plus nombreuses et M. Ollier ne la redoute nullement en présence des succès qu'elle lui a fournis, même pour des ankyloses obtenues dans une situation favorable, afin de faire disparaître la difformité et de rendre les mouvements à l'articulation, ainsi que pour des luxations non réduites; dans la dernière partie de son mémoire il discute ses indications chez le tuberculeux : il lui paraît, ses résultats l'autorisent à le déclarer, qu'il faut opérer ceux qui, en dehors de la lésion chronique du coude, n'ont que des lésions pulmonaires légères, initiales, et même ceux qui présentent des douleurs vives et persistantes.

M. *Tillaux* se demande si, lorsqu'on a eu le bonheur d'obtenir une ankylose permettant de se servir du bras pour tous les besoins habituels de la vie, il n'est pas téméraire de tenter une opération toujours sérieuse et quelque peu aléatoire; il tient à faire des réserves à cet égard.

M. *Ollier* réplique qu'il importe de tenir compte de l'âge du sujet; la résection sous-périostée du coude en pareil cas ne peut être pratiquée que chez un jeune homme ayant moins de vingt-cinq ans, jamais plus tard. De plus, il faut avoir égard aux conditions sociales du malade et, si celui-ci le désire, et seulement alors, ne pas craindre d'opérer.

Société médicale des hôpitaux.

Séance du 14 avril 1882. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

Du gavage des phthisiques : MM. Dujardin-Beaumetz et Debove.

M. *Dujardin-Beaumetz* ayant constaté que les phthisiques soumis au gavage par M. Debove prenaient un embonpoint plus rapide que ceux qu'il traitait lui-même par cette méthode, modifia légèrement sa pratique et injecta à ses malades, non plus des œufs et de la viande crue hachée, mais la poudre de viande employée à Bicêtre par M. Debove. A partir de ce moment, il a obtenu des résultats merveilleux, en injectant tous les jours à chacun de ses malades 200 grammes de cette poudre diluée dans du lait; l'assimilation est parfaite et se traduit par une augmentation de poids rapide. Dans quatre cas de vomissements incoercibles chez des hystériques, M. Dujardin-Beaumetz a obtenu ce résultat curieux, que les aliments injectés par le tube de Faucher sont fort bien tolérés, tandis que ceux déglutis par les malades sont aussitôt rejetés.

M. *Debove*, depuis sa première communication sur le *gavage des phthisiques*, a fait constater *de visu* à plusieurs de ses collègues les résultats surprenants obtenus par ce procédé chez un certain nombre de malades de son service. Les sueurs nocturnes ont entièrement disparu, l'expectoration s'est réduite dans des proportions considérables, enfin les malades ont engraissé rapidement : l'un d'eux a augmenté de poids de 12 kilogrammes en deux mois. Un autre malade, qui avait obtenu une amélioration remarquable de son état général, sortit un jour en permission, mais se livra à des excès de coït et rentra le soir avec une rétention d'urine absolue : un cathétérisme malheureux produisit une fausse route qui devint l'origine d'accidents d'infection purulente mortelle. L'autopsie permit de constater dans les sommets des poumons d'énormes cavernes tapissées, sur toute leur paroi, de bourgeons charnus de bonne nature, identiques à ceux d'une plaie en voie de réparation. — Il faut injecter aux phthisiques, pour obtenir des résultats satisfaisants, une quantité vraiment considérable d'aliments; M. Debove arrive progressivement à leur faire tolérer chaque jour : 3 litres de lait, 600 grammes de poudre de viande, 12 œufs crus et une certaine dose de farine de lentilles. Désireux d'avoir à sa disposition des aliments d'une très facile digestion, et convaincu qu'une des conditions les plus importantes de digestibilité c'est la division extrême, permettant le contact de toutes les parcelles de la substance avec les sucs gastriques, M. Debove a été amené à préparer la viande en poudre. Pour l'obtenir, on fait cuire la viande grillée, puis on la presse pour en extraire le jus, qui sera mélangé au lait injecté au malade; on la fait ensuite sécher à l'étuve et on la pulvérise finement, puis on la passe au tamis de soie. On a ainsi une poudre impalpable, analogue à la farine, et dont la digestion et l'assimilation s'opèrent avec la plus grande facilité; 600 grammes de cette poudre représentent environ 2 kilogrammes de viande fraîche. On trouve la preuve de l'assimilation parfaite des aliments ainsi injectés par la sonde, dans l'absence complète de diarrhée, dans la faible quantité de matières fécales et enfin dans l'augmentation considérable de l'excrétion de l'urée, qui s'est élevée dans un cas à 70 grammes par jour. M. Debove préfère la viande aux autres aliments pour les malades atteints de phthisie, à cause de ce fait, peut-être peu probant dans l'espèce, que la tuberculose est plus rare chez les carnivores que chez les herbivores; il a d'ailleurs donné la poudre de viande dans d'autres cas, par exemple lors de diarrhée simple, et il en a obtenu d'excellents résultats.

M. *Joffroy* a guéri en quelques jours, par le gavage, une hystérique atteinte de vomissements incoercibles de date récente, mais il pense qu'il y a, au point de vue du pronostic, une grande différence entre les malades qui vomissent depuis peu de temps, ne sont pas amaigries, n'ont pas d'anurie marquée, et celles qui, au contraire, rejettent tous les aliments depuis de longs mois ou même des années, et présentent, avec de l'anurie, un état de maigreur très prononcé. Les premières guérissent facilement sous l'influence d'un traitement approprié, parfois même spontanément; les autres, parvenues à la deuxième période de l'anorexie hystérique, sont le plus souvent rebelles à toute thérapeutique.

M. *Dujardin-Beaumetz* a pratiqué le gavage, dans les quatre cas dont il a parlé, chez des hystériques à la première période de l'anorexie; les vomissements dataient de quelques mois seulement.

M. *Guyot* a essayé le gavage sans aucun succès, chez une jeune fille hystérique qui est morte d'inanition à la suite de vomissements incoercibles qui ont duré quatre-vingt-deux jours.

M. *Joffroy* a vu sa malade vomir quelquefois les aliments injectés par la sonde.

M. *Debove* croit qu'il faut distinguer avec soin deux périodes dans les vomissements des hystériques : à la première période, le vomissement est purement nerveux et le gavage peut réussir; à la seconde, l'inanition, créée par les accidents de date déjà ancienne, vient compliquer la question et augmenter pour une grande part l'intolérance de l'estomac à l'égard de tout aliment. Le cas est alors des plus graves et

M. Debove a vu, dans ces circonstances, deux hystériques mourir littéralement de faim.

M. *Troisier* a réussi à supprimer, au moyen du gavage, des vomissements survenant lors de l'ingestion du moindre aliment, même du lait, chez une femme convalescente d'une fièvre typhoïde grave.

— M. *Féréol* offre à la Société au nom de l'auteur, M. le docteur Patay, une étude de *Statistique médicale de la ville d'Orléans*. Il signale, dans cet ouvrage, d'intéressantes recherches étiologiques sur une épidémie de dothiénentérie dans le quartier nord de la ville où se trouvent un certain nombre de puits encore en usage, et qui communiquent avec d'autres puits abandonnés, transformés en fosses d'aisance. Dans le quartier sud, où ces conditions n'existent pas, la dothiénentérie a sévi d'une façon bien moins grave.

— MM. *Homolle* et *L. Colin* sont nommés membre honoraires de la Société.

— A quatre heures trois quarts la séance est levée.

André Petit.

Société de biologie.

SÉANCE DU 15 AVRIL 1882 (1). — PRÉSIDENCE DE M. GRIMAUX.

Transmission des incitations motrices directes et croisées dans les centres nerveux : M. Brown-Séquard. — Rôle des microzymas dans la sécrétion du suc gastrique : M. Béchamp. — Filaments albumineux du sang traité par le sulfate de magnésie : M. Pouchet.

M. *Brown-Séquard* avait déjà montré que l'excitation de la pyramide antérieure d'un côté produit, neuf fois sur dix, des mouvements dans le côté correspondant du corps. Ce résultat peut être étendu à toutes les autres parties de la base de l'encéphale. Il a vu, de plus, qu'après une hémisection transversale de la base de l'encéphale, l'excitation de la surface de section supérieure, comme celle de l'inférieure, peut donner naissance à des mouvements du même côté : ces mouvements s'expliqueraient provisoirement par le mécanisme des actions réflexes. En multipliant les expériences, l'auteur a constaté que le même effet se retrouve quand on a fait plusieurs sections superposées, et même si on a coupé la moelle épinière d'un côté au-dessous de l'entre-croisement des pyramides.

C'est sur les conséquences théoriques de cette dernière série de faits que M. Brown-Séquard attire tout particulièrement l'attention : une section transversale d'une moitié latérale de la moelle au-dessous du bulbe, n'empêchant pas la production de mouvements dans les parties qui empruntent leurs nerfs aux régions médullaires que la section a en apparence séparées de l'encéphale, il faut bien admettre que des voies de transmission existent indépendamment de celles qui sont classiquement admises.

L'auteur insiste ensuite sur ce fait que la section transversale d'une moitié de la protubérance produit souvent l'exagération d'activité (dynamogénie) des régions corticales, dites psycho-motrices, du côté correspondant. Aussi, voit-on s'exagérer l'amplitude et l'énergie des mouvements produits par l'excitation de la surface du cerveau à la suite de cette hémisection, contrairement à ce que pouvait faire supposer la théorie courante.

Mais la même lésion qui produit de la dynamogénie corticale du côté correspondant entraîne une inhibition d'intensité variable dans l'écorce du côté opposé.

On peut rendre à cette région corticale inhibée sa puissance d'action, et même l'augmenter, en pratiquant une nouvelle section, mais cette fois du côté opposé à la première et plus bas, sur la moelle au-dessous du bulbe.

Dans ces conditions, on voit, alors que les voies de transmission croisées, admises seulement dans la protubérance et le bulbe, sont nécessairement interrompues, les excitations de l'écorce continuent à produire des mouvements dans les membres. Cette persistance d'effets ne peut s'expliquer qu'en admettant que les actions motrices émanant d'un côté du cerveau passent dans le côté opposé d'abord, pour revenir ensuite dans le même côté, après avoir en quelque sorte contourné la section. Mais, comme on observe des mouvements bilatéraux pour une excitation unilatérale, il faut admettre aussi que ces actions motrices se répartissent dans les deux moitiés de la moelle.

Pour passer d'un côté à l'autre, dans la première étape de leur trajet, ces influences suivent en partie la voie du corps calleux, comme l'auteur l'a précédemment montré. Du reste, il ajoute que le corps calleux ne constitue que l'un des chemins parcourus par ces influences.

Les procédés employés pour arriver à produire les irritations de diverses parties de la base de l'encéphale ont été très variés : tantôt on est arrivé sur les régions à exciter par la base du crâne après ablation du maxillaire inférieur; tantôt on a enlevé couche par couche l'encéphale en partant de la convexité; parfois, enfin, on a employé des aiguilles excitatrices isolées dans toute leur étendue et découvertes seulement à leur partie inférieure : on les a introduites jusqu'au niveau des régions à exciter.

— M. *Dumontpallier* rappelle, à propos des expériences précédentes, quelques-uns des résultats qu'il a observés sur les sujets hystériques et se félicite de voir l'hypothèse des entre-croisements médullaires qu'il avait émise, appuyée sur l'autorité des travaux de M. Brown-Séquard.

M. *Mathias Duval* ajoute que l'entre-croisement des fibres dans la commissure antérieure lui a paru être plutôt un échange de fibres des faisceaux latéraux qu'un entre-croisement de fibres des racines.

— M. *Mégnin* adresse une note relative à l'étude d'un parasite de l'épiderme du lapin, qui est constitué par un *favus*.

— M. *Béchamp* développe les considérations présentées précédemment par lui à l'Académie de médecine sur le rôle des microzymas dans la sécrétion du suc gastrique.

— M. *Pouchet* expose la suite de ses recherches sur les corps allongés qu'on trouve à l'examen microscopique du sang traité par le sulfate de magnésie. En considérant la forme ondulée de ces filaments d'une part, en observant d'autre part le groupement et la fusion des parois de globes accumulés dans le résidu sanguin, il arrive à penser que les filaments à bords sinueux résultent de l'accolement de ces globes réunis en forme de chapelet.

— M. *Leloir* dépose une note sur l'anatomie pathologique de l'acné.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 12 AVRIL 1882. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

De l'emploi des vésicatoires et du thapsia comme révulsifs. (Discussion.)

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Guyet* rapporte diverses tentatives qu'il a faites en vue de diminuer la durée d'application des vésicatoires. Pensant que, si la peau était le siège d'une congestion artificielle préalable, l'action de l'emplâtre vésicant serait plus rapide, il a fait appliquer un sinapisme ou une compresse imbibée d'eau chaude sur la région choisie, avant d'y apposer le

(1) La Société n'a pas tenu séance le samedi 8 avril en raison des fêtes de Pâques.

vésicatoire. Ces expériences, renouvelées sur plusieurs malades, n'ont pas fourni de résultats bien satisfaisants, puisque les vésicatoires ont dû rester au moins cinq ou six heures en place pour déterminer un commencement de soulèvement de l'épiderme. Il y a même eu, dans un cas, quelques légers accidents de cantharidisme.

M. *Catillon* fait observer que si l'on prescrit de laisser les vésicatoires en place pendant un nombre d'heures fixé d'avance, il arrivera souvent que le soulèvement de l'épiderme ne sera pas obtenu; il faut spécifier avec soin de n'enlever l'emplâtre que lorsque l'épiderme commence à *se friser*.

M. *Constantin Paul* pense que la phlyctène qui se forme sous un cataplasme après qu'on a retiré le vésicatoire, renferme peu de sérosité soustraite au malade; elle contient surtout l'eau du cataplasme, qui a pénétré l'épiderme décollé par imbibition. L'action thérapeutique du révulsif est dans ce cas moins énergique.

M. *Féréol* ne croit pas que la quantité de sérosité soustraite au malade ait une bien grande importance; c'est l'effet révulsif qui seul est utile.

M. *Lereboullet* partage entièrement cet avis; il ne croit pas à un rapport direct entre l'intensité de la révulsion et la quantité de sérosité contenue dans la phlyctène. On voit d'ailleurs souvent le soulèvement de l'épiderme, peu marqué lorsqu'on retire le vésicatoire, se continuer les jours suivants, les phlyctènes se multiplier ou s'agrandir, et la révulsion être en définitive très énergique. Il rapporte à ce propos un cas dans lequel un vésicatoire, prescrit pour une pleurésie droite chez un enfant, fut d'abord appliqué par inadvertance sur le côté gauche, puis enlevé au bout d'une heure et placé sur le côté droit; il n'y eut tout d'abord de phlyctène que de ce côté, mais, le lendemain, l'épiderme s'était également soulevé à gauche, quoiqu'il n'eût été que bien peu de temps en contact avec l'emplâtre vésicant. La durée d'application des vésicatoires peut donc être relativement courte, et l'on doit chercher à ne la pas prolonger au delà du temps utile pour obtenir la révulsion, afin d'éviter les complications broncho-pulmonaires du cantharidisme signalées par M. Cornil.

M. *Constantin Paul* a souvent constaté que les vésicatoires qui *prennent bien* et qui donnent lieu à un écoulement abondant de sérosité ont une action révulsive plus énergique que ceux qui déterminent peu de sécrétion et laissent le derme rouge, sec et enflammé. Il demande à ses collègues leur opinion relative à l'emplâtre de thapsia; pour lui, il n'en a jamais retiré d'effet révulsif appréciable et utile contre les affections thoraciques. En outre, l'éruption qui résulte de son application détermine parfois des accès fébriles chez des malades jusque-là apyrétiques, et provoque chez les sujets strumeux, l'apparition d'ecthyma suivi de cicatrices indélébiles.

M. *Blondeau* n'attache pas une grande importance à la quantité de sérosité soustraite par le vésicatoire, il pense néanmoins qu'elle donne la mesure de l'intensité de la révulsion. Quant au thapsia, il n'est d'aucune utilité comme révulsif et détermine parfois des accidents fébriles.

M. *Moutard-Martin* est du même avis relativement au thapsia, ainsi qu'à l'huile de *croton tiglium*. — Il pense que les vésicatoires qui *rendent* beaucoup agissent plus efficacement que les autres, mais ce résultat peut être obtenu même après une application de courte durée.

M. *Féréol* croit que si la sérosité soustraite par le vésicatoire est peu abondante, si le derme reste sec et enflammé, c'est que l'individu se trouve dans de mauvaises conditions générales, qu'il est cachectique, et que chez lui la révulsion se produit difficilement; mais on ne peut admettre que la révulsion est peu énergique parce que la sérosité sous-épidermique est en faible quantité. — Il reconnaît les inconvénients du thapsia, dont l'éruption s'étend parfois à une grande partie des téguments, soit parce que l'emplâtre se déplace, soit parce que le malade transporte lui-même avec ses mains le principe irritant sur diverses régions de son corps, principalement sur la face; il cite un cas de ce genre qu'il a observé l'an dernier à l'hôpital Beaujon. Cependant il croit à une action révulsive utile dans les affections thoraciques, et il l'a constatée à diverses reprises sur lui-même au début de la bronchite aiguë; l'huile de croton donne les mêmes résultats et cause ordinairement moins de douleurs au patient. Il ne faut d'ailleurs jamais prescrire ces révulsifs chez la femme, à cause des cicatrices qui peuvent suivre leur emploi.

M. *E. Labbé* pense que la quantité de sérosité collectée dans la bulle d'un vésicatoire dépend de l'état général du malade; lors de fièvre intense, elle est très minime, et devient au contraire abondante pendant la défervescence ou l'apyrexie. Il insiste d'ailleurs sur l'inutilité thérapeutique des vésicatoires pendant la période fébrile d'augment de la pneumonie ou de la pleurésie; ils ne doivent être prescrits qu'après le début de la défervescence.

M. *Moutard-Martin* a observé une éruption pustuleuse cohérente sur le cuir chevelu chez un individu chauve, éruption dont la nature semblait tout d'abord difficile à déterminer et qui s'expliqua facilement lorsqu'on sut que cet homme, garçon de pharmacie, après avoir manipulé du thapsia, s'était essuyé le crâne humide de sueur sans avoir pris la précaution de laver ses mains d'une façon suffisante.

M. *C. Paul* rappelle le procédé de Baum-Cheidt qui consiste à frotter, avec un mélange de deux parties d'huile d'amandes douces et d'une partie d'huile de croton, le tégument dans le point où l'on veut déterminer la révulsion, après l'avoir préalablement criblé de piqûres d'aiguilles au moyen d'un appareil spécial. Il ne sait si l'on a parfois retiré de bons effets de ce procédé douloureux, mais il lui a paru complètement inefficace dans un cas de bronchite chronique.

M. *Féréol* l'a vu réussir assez bien dans quelques cas de douleurs rhumatismales. — Il a employé fréquemment, à l'exemple de Gendrin, l'huile de croton dissoute dans l'éther en frictions sur la peau; on obtient ainsi une éruption plus fine, plus régulière et moins douloureuse.

M. *E. Labbé* a vu récemment un malade atteint de bronchite chronique avec accès d'asthme qui avait été traité par le procédé de Baum-Cheidt, sans obtenir aucune amélioration. L'application du même révulsif sur ses jambes œdématiées avait en outre déterminé à ce niveau de larges ulcérations très douloureuses.

M. *Moutard-Martin* rappelle que Trousseau avait un moment préconisé le traitement de l'anasarque par les frictions d'huile de croton. Ce détestable procédé n'a donné d'ailleurs que des accidents.

M. *Durand-Fardel* fait observer que l'inefficacité des divers révulsifs dans la bronchite chronique n'a rien de surprenant et ne peut permettre de juger leur action thérapeutique, cette affection n'étant justiciable que de la médication interne par les sulfureux et les balsamiques; les révulsifs ne doivent s'adresser qu'aux retours d'acuité de l'inflammation des bronches.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Des anciens foyers de syphilis et de l'origine américaine de l'épidémie du quinzième siècle, par le docteur J. Rollet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Dans ce travail l'auteur cherche à établir, avec preuves nombreuses à l'appui, l'importation de la syphilis en Europe à la fin du quinzième siècle, et l'origine américaine de cette épidémie, opinion combattue, à la suite d'Hensler, par la plupart des auteurs français, et ralliant aujourd'hui un bien petit nombre de partisans. M. Rollet reconnaît que la syphilis est très ancienne dans l'humanité, mais elle n'existait, dit-il, avant le quinzième siècle, que dans certains foyers étrangers à l'Europe; dans quelques-uns de ces foyers, elle paraît avoir été engendrée à l'origine et s'être propagée uniquement depuis lors par contagion.

Un des plus anciens foyers de la syphilis est très probablement l'Inde, ainsi que l'établissent des documents remontant à l'an 400 et peut-être antérieurs à cette époque; il en serait de même pour la Chine, où la vérole aurait existé depuis un temps immémorial. A Java, aux Moluques, à Amboine, on a signalé des endémo-épidémies fort anciennes. En Afrique la syphilis aurait été endémique au Sénégal et dans les royaumes de Molli et de Tombouctou. En Amérique, si l'on en croit Pierre Martyr, Du Tertre, Oviedo, Lopez de Gamara, etc., la vérole était très répandue dans les Antilles avant l'arrivée de Christophe Colomb; elle existait également à l'état endémique au Pérou et au Mexique. L'examen de crânes de Péruviens, appartenant à une époque antérieure à la conquête espagnole, a permis à M. Parrot de reconnaître des traces non douteuses de syphilis héréditaire. Des recherches du même genre n'ont pu établir, de façon péremptoire, l'existence de foyers anciens de syphilis en Europe. Quant aux maladies vénériennes décrites par les Hébreux, les Grecs, les Romains et les auteurs du moyen âge, l'étude attentive et impartiale des textes montre qu'il s'agit seulement d'accidents locaux des organes génitaux, sans infection générale consécutive.

Le fait dominant de l'histoire de la syphilis en Europe, c'est l'épidémie du quinzième siècle, connue sous le nom de *mal napolitain*, à cause des ravages que fit la maladie nouvelle lors du siège de Naples par Charles VIII. Les Espagnols, sous la conduite de Gonzalve de Cordoue, prirent part à la défense de la ville, et ce fut par eux que la syphilis fut importée dans les deux camps. En effet, M. Rollet établit que, si la vérole a sévi d'une façon aussi grave autour de Naples au moment du siège, en 1494-96, elle existait déjà, depuis l'année précédente, en Espagne où elle avait été importée lors du premier retour de Colomb (4 mars 1493), par les marins contaminés aux Antilles et à Hispaniola. La plupart des objections faites à cette origine de la syphilis en Europe tombent d'elles-mêmes, si l'on établit d'une façon exacte, en remontant aux textes, certaines dates erronées, antérieures au mois de mars 1493. Il est d'ailleurs facile de comprendre, ainsi que le remarque Astruc, avec quelle rapidité dut se propager le fléau, lorsque les trois principaux peuples de l'Europe, Espagnols, Italiens et Français, réunis sous les murs de Naples, eurent été contaminés. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1882.)

De l'influence des changements de la pression atmosphérique sur l'organisme dans l'état de santé ou de maladie, par le docteur A. H. Smith (de New-York).

La maladie des *caissons* dépend aussi bien d'une dépression brusque de l'atmosphère que de l'augmentation de pression que supportent les ouvriers dans les appareils destinés aux travaux sous l'eau. Douleurs vives des membres et du tronc, épigastralgie, vomissements, vertige, coma, et plus tard paralysies plus ou moins étendues, tels sont les symptômes habituels de ces accidents. Mais ces troubles morbides, en rapport, sans doute, avec la congestion des centres nerveux, ne débutent en général que quelques jours après que les malades ont été soumis aux changements de pression.

On peut rapprocher ces phénomènes, de ceux que produisent les brusques variations barométriques. Quand la hauteur du baromètre est grande, la pression atmosphérique refoule le sang dans les viscères, la circulation est plus active et la contractilité vasculaire augmentée. Mais quand elle s'abaisse, les vaisseaux périphériques se dilatent et les viscères recevant moins de sang, ne sont plus aussi vivement stimulés. De là dans ce premier cas des anévrysmes miliaires et dans le second des accidents congestifs et inflammatoires. Ces faits mériteraient d'être observés et vérifiés dans les hôpitaux. On pourrait établir ainsi les relations qui existent peut-être entre certaines affections et les variations de la colonne barométrique. (*Archives of med.*, octobre 1881.)

De la réduction des luxations par refoulement, par le docteur Anderson.

Cette méthode s'appliquerait aussi bien aux luxations de la hanche qu'à celles de l'épaule. Dans la luxation scapulo-humérale, le bras étant élevé au niveau de l'épaule, on glisse le doigt sous la tête de l'humérus, et refoule celle-ci dans la cavité articulaire.

Une semblable manœuvre est employée pour les luxations coxo-fémorales. On élève la jambe à environ 12 pouces audessus du sol; les doigts sont alors glissés sous la tête fémorale, qu'ils repoussent dans la cavité cotyloïde. (*Brit. med. journ.*, janvier 1882, p. 10.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique et pratique des maladies mentales, par le docteur J. Luys. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1882.

La plupart des livres consacrés à l'étude des maladies mentales sont presque exclusivement descriptifs. Il n'en pouvait être autrement jusqu'à ces dernières années. N'est-ce pas seulement depuis le commencement de ce siècle que l'on a pu observer sérieusement les aliénés et les considérer comme des malades et non comme des possédés? N'est-ce point à grand'peine que Pinel, Esquirol et leurs disciples sont parvenus à décrire quelques-unes des formes principales de l'aliénation mentale? Et quand on parcourt les ouvrages anciens, quand on voit les aberrations mystiques ou doctrinales qui faisaient considérer la folie comme une maladie étrange, due à des influences surnaturelles ou bien à « l'éréthisme, puis au racornissement spasmodique des fibres nerveuses, » on comprend que Pinel se soit élevé « contre l'abus des discussions vagues sur le siège de l'entendement et la nature de ses lésions diverses, » et qu'il ait conseillé de s'en tenir, pour l'étude des maladies mentales, à l'examen de leurs caractères distinctifs exclusivement manifestés par des signes extérieurs. Pour un grand nombre d'aliénistes il en a toujours été ainsi. On analyse avec la plus scrupuleuse, la plus méthodique attention, la forme que présentent les troubles de l'intelligence, leur succession, les désordres pathologiques qui s'y rattachent. On classe les maladies mentales d'après leurs symptômes extérieurs, mais on ne songe pas, ou l'on se préoccupe peu, de tenter une classification anatomo-pathologique. Au point de vue thérapeutique on est moins avancé encore. La médication des maladies mentales se résume presque tout entière dans l'isolement des aliénés.

On ne cherche guère à agir par des moyens externes ou par l'ensemble des médicaments qui semblent exercer une action sur la nutrition ou la vascularisation des centres nerveux. Soit que l'on considère les vésanies comme des maladies sans lésion d'organe, soit que l'on regarde les lésions organiques de la paralysie générale comme fatalement progressives, on ne tente que peu de chose au début de la maladie et, quand celle-ci est confirmée, on se borne à l'isolement et à quelques soins hygiéniques. Depuis la bienfaisante réforme qui a immortalisé le nom de Pinel, le sort des aliénés est devenu meilleur. Nous croyons cependant qu'une autre réforme serait non moins utile, et c'est pourquoi nous avons étudié avec tant d'intérêt le nouveau livre que vient de publier M. Luys.

Tous les médecins connaissent les nombreuses et savantes publications qui ont valu à notre éminent confrère une si juste notoriété. Ses recherches anatomiques sur la structure du cerveau et sur les relations qui existent entre la périphérie corticale et les noyaux gris des centres sous-jacents, sont résumées dans la première partie de cet ouvrage. Des figures schématiques permettent de mieux comprendre ces descriptions toujours un peu arides ; des planches photographiques très exactes, quoique parfois un peu confuses, donnent une idée de la structure des éléments nerveux et des lésions qui les atteignent. L'étude de la circulation cérébrale, dont les variations expliquent un si grand nombre de maladies mentales, est faite avec le plus grand soin et une attention toute spéciale.

Nous n'avons plus à apprécier longuement la deuxième partie du livre, la partie physiologique qui comprend l'étude, dans leur rôle dynamique, des appareils nerveux si bien étudiés précédemment. En rendant compte de l'ouvrage intitulé : *Le cerveau et ses fonctions* (*Gaz. hebd.*, 1876, p. 267), nous avons, d'accord avec M. V. Egger, exprimé, au sujet de quelques-unes des idées doctrinales de M. Luys, des réserves que nous persistons à croire justifiées. Nous continuons à penser que la psychologie expérimentale est aussi nécessaire à étudier que l'anatomie du cerveau pour arriver à se faire une idée quelque peu précise de la physiologie cérébrale. Le physiologiste étudie les variations qui se font dans l'irrigation vasculaire du cerveau, les changements de température que l'on y constate, les modifications des cellules cérébrales qui accompagnent, on peut le supposer mais non le prouver, les diverses manifestations de la pensée. Au psychologue, c'est-à-dire à celui qui observe, qui analyse, qui classe les phénomènes intérieurs, il appartient de bien poser le problème physiologique, c'est-à-dire de déterminer les rapports de correspondance ou de simultanéité qui existent entre les modifications observées dans la structure du cerveau et les diverses facultés de l'entendement. Cette critique doctrinale, hâtons-nous de le reconnaître, n'enlève rien à l'intérêt de la deuxième partie du *Traité des maladies mentales*.

Au point de vue qui préoccupe surtout M. Luys, nous dirons même qu'il peut, jusqu'à un certain point, n'en pas tenir compte pour écrire la troisième partie de son livre. Les psychologues les plus convaincus, les plus exclusifs ne nient point, en effet, qu'il ne se produise, sous l'influence des troubles circulatoires ou des lésions organiques du cerveau, des désordres intellectuels aussi multiples que variés.

Ils accordent que le mouvement fluxionnaire, « suivant qu'il se localise dans tel ou tel département cortical, suivant qu'il circonscrit tel ou tel groupe de cellules isolées, détermine, — là, des phénomènes d'émotivité incessante ; — là, des associations d'idées, de la surexcitation de la mémoire et de l'imagination ; — là, de l'exaltation des forces motrices, de la turbulence, de la loquacité intarissable, etc., etc. » ; mais ils retiennent aussi que ces phénomènes sont « variés et mobiles, » c'est-à-dire qu'ils diffèrent de forme, d'intensité, on pourrait presque dire de nature, suivant les différents sujets observés. Que les divers modes de l'idéation puissent correspondre à des états divers de la substance cérébrale, nous ne voulons point le nier ; mais que l'on prétende déduire la psychologie tout entière de la physiologie cérébrale et soutenir que les études anatomo-pathologiques peuvent à elles seules déterminer la formation, l'association et la succession des idées, c'est ce que nous ne saurions admettre.

Malgré ces réserves, que nous avons déjà assez longuement expliquées, nous reconnaissons l'intérêt que présente, au point de vue pathologique, la classification des maladies mentales que vient d'esquisser M. Luys. L'excitation et la dépression étant les deux apparences symptomatiques de la vie de l'élément nerveux, il était logique et rationnel de classer, sous les noms génériques de *manie* et de *lypémanie*, ces deux formes diverses que présentent toutes les manifestations mentales. Les rattacher à l'hyperhémie ou à l'ischémie des centres nerveux paraît encore conforme sinon à l'observation clinique du moins à une interprétation hypothétique, il est vrai, mais très plausible des symptômes observés. M. Luys admet des formes *mixtes* durant lesquelles les symptômes d'excitation et de dépression sont successifs ; il admet des formes transitoires (*vésanies*), et des formes continues, les unes avec exacerbations et rémissions, les autres à évolution implacable. La localisation précise des diverses formes de la manie peut être contestée ; on ne peut nier cependant que la tentative faite par M. Luys ne constitue un progrès réel au point de vue de la pathologie mentale. Cette conception générale des diverses psychopathies a conduit l'auteur à considérer la *démence*, non comme un type morbide fixe à évolution propre, mais bien comme la dernière phase de divers processus morbides depuis longtemps accomplis, comme le résidu de maladies diverses dont la forme la plus avancée n'est que le reflet des périodes initiales. A ce point de vue encore nous pensons que tous les aliénistes accepteront la manière de voir du savant médecin de la Salpêtrière.

Il nous paraît inutile, après ce que nous venons de dire, d'analyser en détail les nombreux chapitres de cet important ouvrage. Nous devons cependant signaler ici tout spécialement ceux qui sont consacrés à l'étude de la paralysie générale, de l'imbécillité et de l'idiotie. Mais ce qu'il importe aussi de recommander à tous ceux, — et ils sont malheureusement trop nombreux, — qui doivent se préoccuper de ces questions de pathologie mentale, c'est le chapitre de thérapeutique générale, et les préceptes spéciaux concernant le traitement des aliénés. M. Luys déclare que les médicaments pharmaceutiques ont, en général, peu d'utilité. Ceux qu'il préconise ont surtout pour but, soit de tonifier ou de reconstituer les malades, ou bien d'agir pour déterminer un certain degré de sédation dans les cas d'excitation trop prononcée. Mais il insiste surtout sur la nécessité de l'isolement et des soins hygiéniques bien entendus. L'aliéné, dit-il, « est digne d'une sympathie toute spéciale, en ce sens que chez lui ce n'est pas seulement l'homme physique qui est contusionné et meurtri, mais bien l'homme moral, dans ce que l'être humain a de plus précieux, de plus noble et de plus élevé, — son esprit, son cœur et sa situation sociale ». Que ne doit-on pas essayer dans le but de prévenir ces rechutes trop fréquentes, de combattre ces exacerbations trop souvent fatales, de lutter contre ces lésions si rapidement incurables qui caractérisent les maladies cérébrales ! Aujourd'hui que l'on commence à peine à étudier scientifiquement les diverses formes de l'aliénation mentale, alors que dans le cadre de la paralysie générale, on confond encore un si grand nombre d'états morbides, étiologiquement et symptomatiquement si différents les uns des autres, on ne peut espérer voir la thérapeutique sérieusement et rationnellement instituée. Un jour viendra, nous aimons à l'espérer, où, grâce au progrès accompli par ceux qui, à l'exemple de M. Luys, s'efforcent de dissocier et de caractériser ces différents états pathologiques, l'on pourra aborder avec quelques chances de succès le traite-

ment curatif des formes initiales de la maladie et, par conséquent, restreindre dans une juste mesure la gravité d'un arrêt qui confond aujourd'hui, dans un sombre et décourageant pronostic, presque toutes les formes de l'aliénation mentale.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

Nécrologie. Incident. — Le corps des internes des hôpitaux vient d'éprouver une perte sensible dans la personne de M. Courbatier, interne de Bicêtre. A la levée du corps, qui a eu lieu dimanche dernier, ses collègues de l'hospice ont été affligés de deux faits, qu'un sentiment de touchante mutualité les a portés à nous faire connaître. Contrairement à l'usage, l'administration de l'Assistance publique n'avait donné avis du décès à aucune salle de garde, et c'est grâce à une circonstance tout accidentelle qu'une quinzaine d'élèves ont pu se réunir autour du cercueil. En outre, on a remarqué l'absence de tout représentant de l'administration, même de l'administration locale, bien que celle-ci ait été, dès la veille, avisée de la cérémonie par un interne de l'hospice.

En ce qui concerne ce dernier point, la plainte de MM. les internes de Bicêtre ne laisse place à aucune réserve, et elle est d'autant plus légitime que c'est leur seul recours. Les élèves des hôpitaux font preuve d'assez de dévouement et le payent assez souvent de la vie pour que l'administration honore leur tombe. Quant à cet usage dont il est parlé, en vertu duquel l'avis d'un décès est transmis aux divers hôpitaux par l'administration de l'Assistance publique, quelque naturel et excellent qu'il soit, nous nous permettrons d'engager MM. les internes à se mettre à l'abri des surprises auxquelles il les exposerait par suite de la négligence des bureaux ou de la brièveté du temps disponible, en le remplaçant par une convention amiable entre les salles de garde; convention portant que tout décès serait immédiatement notifié à toutes les autres salles par celle qui aurait eu le malheur de perdre un des siens. Quoi de plus indiqué dans une vraie *famille*, comme est celle des internes, que la substitution d'usages intimes à des usages administratifs?

— Nous apprenons la mort du célèbre professeur d'accouchement de l'Université de Dublin, président du Collège des chirurgiens, Edward Sinclair, décédé à l'âge de cinquante-huit ans.

— M. le docteur Krapf, qui passa quinze années en Afrique, où il explora les monts Kilimanjaro et découvrit le lac Nyassa, vient de mourir à l'âge de soixante et onze ans.

Le jubilé du vingt-cinquième anniversaire du professeur Botkin, de Saint-Pétersbourg. — Le 9 mai prochain aura lieu, à Saint Pétersbourg, le jubilé du professeur Botkin, à l'occasion du vingt-cinquième anniversaire de son professorat. Botkin est un savant trop connu du public médical français pour qu'il soit nécessaire de rappeler ici ses titres : tous les médecins connaissent ses leçons cliniques qui ont été traduites dans notre langue. L'année dernière, la Faculté de médecine de Paris a envoyé un télégramme de félicitations au professeur Pirogoff dans les mêmes circonstances : nous nous contentons de rappeler ce précédent et d'indiquer l'adresse à laquelle les témoignages de considération en l'honneur du professeur Botkin pourront être envoyés : Dr Bogdanowsky, Saint-Pétersbourg, Fourstadskaja, n° 19.

École pratique. — *Applications médicales, chirurgicales, obstétricales de l'électricité.* — M. le docteur Apostoli commencera son cours le vendredi 5 mai, à deux heures (amphithéâtre n° 3), pour le continuer les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Hôpital des Enfants. — M. le docteur Deseroizilles reprendra ses leçons cliniques sur les maladies de l'enfance, le samedi 22 avril, à neuf heures du matin, et les continuera les samedis suivants, à la même heure (salle Saint-Ferdinand). — Consultations le mercredi et le jeudi.

Association des médecins du département de la Seine. — Dimanche 23 avril, à deux heures très précises, l'assemblée générale annuelle aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Béclard, président. — Cette assemblée a pour objet : 1° la lecture du compte rendu de l'année 1881 par le secrétaire général; 2° l'élection d'un président, de deux vice-présidents, d'un trésorier. Candidats proposés aux suffrages de l'assemblée par la commission générale : président, M. Béclard; vice-présidents, MM. Noël Gueneau de Mussy et Richet; trésorier, M. Genouville.

École de médecine de Marseille. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de médecine sera ouvert, le 4 décembre 1882. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

École de médecine d'Amiens.— Par arrêté en date du 12 avril 1882, un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques sera ouvert le 30 octobre 1882. Le registre d'inscription sera clo: un mois avant l'ouverture dudit concours.

Mortalité a Paris (15e semaine, du vendredi 7 avril au jeudi 13 avril 1882). — Population probable : 2225910 habitants.— Nombre total des décès : 1208, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 5[illegible] — Variole, 25. — Rougeole, 33. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 51. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 41. — Phthisie pulmonaire, 260. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 59. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 57.—Bronchite aiguë, 40.—Pneumonie, 106.—Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 47; au sein et mixte, 28 ; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 86; de l'appareil circulatoire, 70; de l'appareil respiratoire, 76; de l'appareil digestif, 48; de l'appareil génito-urinaire, 37; de la peau et du tissu lamineux, 1; des os, articulations et muscles, 2. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 2; infectieuse, 0; épuisement, 1; causes non définies, 0.— Morts violentes, 37. — Causes non classées, 8.

Conclusions de la 15e *semaine.*— Il a été enregistré cette semaine 1194 naissances et 1208 décès. Le nombre de décès accusés par les précédents bulletins était 1216, 1287, 1314, 1337. Le chiffre de 1208 décès relevé dans le bulletin de ce jour est donc inférieur à chacun des chiffres des quatre dernières semaines. La comparaison avec la 14e semaine des nombres des décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir : une atténuation pour la diphthérie (51 décès au lieu de 70 pendant la 14e semaine), la scarlatine (6 au lieu de 7), l'érysipèle (6 au lieu de 9), l'infection puerpérale (6 au lieu de 8). Une aggravation pour la fièvre typhoïde (53 décès au lieu de 41), la variole (25 au lieu de 15), la rougeole (33 au lieu de 23), la coqueluche (7 au lieu de 5).

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Formulaire thérapeutique à l'usage des praticiens contenant les notions et les formules relatives à l'emploi de médicaments, de l'électricité, des eaux minérales, de l'hydrothérapie, des climats et du régime, par M. J. B. Fonssagrives. 1 vol. in-18, avec figures intercalées dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 4 fr.
— Cartonné. 4 fr. 50

Notices biographiques sur les médaillons de la nouvelle Ecole de pharmacie de Paris, par M. Edmond Dupuy. Paris. A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).



Paris, 28 avril 1882.

Académie de médecine : Isolement des contagieux dans les hôpitaux d'enfants ; Dépôt des Enfants-Assistés.

L'Académie a été vivement émue par le saisissant discours de M. Marjolin; nous voudrions espérer que les pouvoirs publics n'attendront pas plus longtemps pour réaliser des vœux exprimés avec une persévérance si ardente, avec tant de patriotisme et de charité. Nous ne pouvons, en effet, nous empêcher de nous rappeler que ces appels à l'intervention administrative en faveur de l'isolement dans les hôpitaux d'enfants, en faveur de la réorganisation du Dépôt des Enfants-Assistés, cette pépinière de maladies contagieuses, suivant l'expression de M. Bergeron, nous les avons déjà entendus à plusieurs reprises dans les diverses Sociétés de médecine et d'hygiène, et que dans une circonstance plus solennelle encore, en 1878, devant les délégués de toutes les nations d'Europe et d'Amérique, M. Marjolin avait déjà signalé ces graves périls au Congrès international d'hygiène de Paris. Depuis cette époque, il est vrai, et l'on a eu raison de le rappeler devant l'Académie, un certain nombre de mesures utiles ont été réalisées dans l'hygiène des hôpitaux d'enfants de la capitale; l'ophthalmie purulente, grâce aux précautions prises, est devenue bien moins commune; l'alimentation au sein a été assurée pour les nourrissons; des nourriceries ont été organisées pour les syphilitiques; l'isolement a même été effectué dans une très petite proportion, etc. Mais deux faits n'en subsistent pas moins encore, deux faits qui, nous ne craignons pas de le dire avec M. Léon Le Fort, sont une honte pour un pays : la séparation n'est pas complète dans tous les hôpitaux spéciaux entre les diverses catégories d'enfants malades et l'on n'a pas encore su empêcher que des enfants sains, forcément mais momentanément délaissés par leurs parents malades, ne puissent être reçus ailleurs qu'à l'hôpital.

Réduit à ces deux termes le problème est cependant des plus simples à résoudre et la solution, depuis longtemps déjà indiquée, est d'une évidence que des administrations engagées par leurs habitudes et incompétentes peuvent seules ne pas voir. L'isolement dans les hôpitaux actuels, ce n'est évidemment qu'une affaire de murs à construire, de séparations à établir, de portes à boucher, de sorties nouvelles à ouvrir, de prescriptions réglementaires à édicter pour le personnel hospitalier; assurément ce ne serait pas une solution radicale, et offrant des garanties complètes; mais encore vaudrait-elle mieux que le *statu quo*, la pro-

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Les envies maternelles. — Influence des locomotives sur la fièvre intermittente. — Faut-il castrer les hermaphrodites? — Le marasme phénique. — L'empoisonnement par l'aconitine et la morphiomanie.

On a souvent discuté pour savoir si les émotions morales de la mère avaient assez d'influence sur le développement de leur fœtus pour imprimer à celui-ci, en un point déterminé de son faible organisme, une marque particulière. Les deux faits suivants viennent plaider en faveur de l'affirmation.

Une dame enceinte visita souvent, pendant les premiers mois de sa grossesse, sa mère atteinte d'une tumeur cancéreuse entre les deux yeux. Bien que l'aspect du mal n'eût rien de séduisant, elle y portait fréquemment ses regards, et chacune de ces entrevues lui laissait une impression désagréable. La petite fille qu'elle mit au monde, bien conformée d'ailleurs, présentait entre les deux yeux, c'est-à-dire dans un lieu semblable à celui qu'occupait la tumeur de la grand'-mère, un magnifique nœvus ayant la forme d'une cerise. On n'hésita pas à attribuer aux impressions de la mère, qui n'étaient pourtant pas des *envies*, la production de ce nœvus. (*Philadelphia med. Times*, 11 février 1882, p. 307.)

Peut-être, dans le fait précédent, pourrait-on invoquer aussi l'influence de l'hérédité, sautant de la première à la troisième génération, pour expliquer la présence de la cerise inter-palpébrale chez la petite fille. Dans le cas suivant, cette hypothèse n'est plus nécessaire.

Mistress P..., arrivée au quatrième mois de sa grossesse, reçoit la visite d'une de ses amies, mistress H..., laquelle a sur la moitié du nez et sur la joue correspondante une *tache de vin* d'un rouge violacé et de naissance, bien entendu. Mistress H... se mit à raconter à son amie qu'un charlatan vient de lui proposer de lui disséquer la peau tachée et de la rem-

miscuité actuelle. Il ne se produirait plus, par exemple, de sinistres comme celui qu'indique la thèse intéressante soutenue il y a quelques jours par M. le docteur Béclère à la Faculté de Paris (*De la contagion de la rougeole à l'hôpital des Enfants*). Dans un seul des trois services des maladies aiguës de l'hôpital des Enfants-Assistés, en 1881, par suite des communications constantes entre les salles, 119 enfants ont été atteints de rougeole dont 52 cas contractés manifestement à l'hôpital, 43 dans le service même, 2 dans le service des teigneux et 7 dans celui des ophthalmiques; or, sur ces 52 cas hospitaliers, pourrions-nous dire, on a compté 30 décès, soit 57,68 pour 100 !

Quant à vouloir absolument que désormais les enfants atteints de diphthérie, de scarlatine, de fièvre typhoïde, ne se trouvent plus pêle-mêle comme aujourd'hui, que l'isolement soit régulièrement effectué ainsi que le demandaient MM. Fauvel et Vallin dans leur remarquable et classique rapport au Congrès international d'hygiène de Paris, ne peut-on suivre l'exemple, si justement rappelé par M. Léon Le Fort et que de tous côtés en Europe on s'efforce d'imiter celui des hôpitaux élevés à Saint-Pétersbourg et à Moscou sur les indications de M. le docteur Rauchfuss et dont on peut lire la description complète que celui-ci en a faite lui-même dans le compte rendu de ce Congrès.

Combien de temps, d'autre part, continuera-t-on encore à recevoir à l'hôpital des enfants bien portants, à les exposer ainsi à toutes les chances de contagion! Quel est cependant le médecin qui n'ait été à même d'en constater les funestes effets et qui n'ait été témoin de quelques-uns de ces drames poignants rappelés de nouveau devant l'Académie?

Pourquoi donc, dans quelques-uns des nombreux terrains vagues que possède l'Assistance publique ou mieux en dehors des fortifications, ne pas créer plusieurs petits Dépôts recevant les enfants momentanément abandonnés par leurs parents obligés de se rendre à l'hôpital ou atteints à domicile d'affections contagieuses, Dépôts comprenant des chambres d'observation où ces enfants pourraient être d'abord reçus, et tels que si ceux-ci ne sont pas malades, ils soient aussitôt placés dans les conditions les plus salubres? Est-ce que cela est difficile et long à réaliser, quand on le veut bien et que l'on sait bien ce que l'on veut?

Telles sont les réflexions que la discussion soulevée à l'Académie par la communication de M. Marjolin, nous paraît devoir susciter immédiatement; peut-être eût-il été nécessaire que le problème fût plus précisé par les divers orateurs, car nous craignons que les plus éloquentes observations, quelque renouvelées qu'elles soient, n'aient pas le don d'amener des résultats prompts et effectifs de la part de ceux qui n'ont pas encore su, après tant d'années, malgré tant d'exemples et tant de catastrophes, organiser partout l'isolement des enfants malades et recevoir les enfants sains dans des maisons saines.

HISTOIRE ET CRITIQUE

De l'exagération de la croissance et des altérations osseuses dans la fièvre typhoïde.

On constate souvent, au déclin ou dans la convalescence des pyrexies graves, comme la fièvre typhoïde, un accroissement très notable, beaucoup plus prononcé qu'à l'état normal, de la taille, chez les enfants ou les adolescents. Telle est la croyance populaire que maints médecins illustres ont sanctionnée de leur autorité. Si le doute n'est plus permis à ce sujet, après les recherches de M. Bouchut, consignées dans son *Traité des maladies de l'enfance*, et après la thèse de Régnier, *Sur les maladies de croissance*, l'explication de ce phénomène en apparence paradoxal n'en demeurait pas moins lettre close jusque dans ces derniers temps. Cette lacune, il semble qu'on puisse aujourd'hui la combler, en se reportant aux travaux récents sur les altérations du système osseux, qui se produisent au cours des maladies infectieuses et en particulier de la fièvre typhoïde. Ce sont ces données qu'a utilisées M. Auboyer dans son excellente thèse *Sur la croissance*, inspirée par M. Perroud, de Lyon (Paris, 1881), travail auquel nous aurons à faire de nombreux emprunts. D'autre part, ces notions peu répandues encore sont très rapidement résumées dans la quatrième leçon du cours de pathologie générale de M. le professeur Bouchard.

I

Il y aurait grand intérêt à savoir d'une manière précise quelles sont les conditions morbides où se produit cette élongation anormale du squelette. Malheureusement, nous sommes encore bien pauvres en documents probants sur ce point. Les recherches de M. Auboyer ont porté sur un trop petit nombre de cas et sur des affections trop dissemblables trancher cette question. A en croire sa statistique, recueillie à la clinique des enfants malades de la Charité de Lyon, l'exagération de la croissance dans les maladies aiguës serait un phénomène moins fréquent qu'on le pense d'ordinaire, et souvent l'éman-

---

placer par une jolie peau blanche, prise je ne sais où. Exclamation de mistress P..., qui cherche à détourner son amie de ce projet, et lorsqu'elle a obtenu gain de cause, elle fait à son tour à mistress H... la confidence qu'elle est enceinte. « Mon Dieu! s'écrie mistress H..., que je regrette d'être venue! Si ton baby allait avoir ma tache! » Mistress P... fut d'abord aussi effrayée que mistress H..., mais, reprenant contenance: « Bah! dit-elle en riant, si mon enfant est marqué, il le sera ici! » Et ce disant, elle se frappa la..... fesse droite.

L'enfant vint au monde à terme, présentant toutes ses perfections, et en outre, sur la fesse droite, une tache vineuse brillante, de forme irrégulière, large d'un demi-pouce et longue de deux. Mistress P... avait déjà quatre enfants, dont aucun n'était marqué. (*Philadelphia med. Times*, p. 385, 11 mars 1882.)

Voilà, certes, de quoi confondre les incrédules.

—En lisant dans l'original la narration du premier des faits précédents, j'éprouvai tout à coup une étrange commotion. Mes yeux s'étaient levés machinalement pendant que je cherchais le mot français correspondant à un mot anglais et étaient tombés sur le titre d'un article écrit sur le verso de la page précédente. Or, ce titre était bien fait pour m'étonner : « *Influence of locomotives, etc., on malaria.* » Et je répétais sans trop comprendre : « Influence des locomotives sur la fièvre intermittente ». Depuis un an et plus que, sous la direction de mon maître M. Verneuil, j'étudie les rapports de ladite fièvre avec toutes sortes d'états morbides, je m'étais familiarisé avec l'influence de bien des choses sur la malaria, mais les locomotives!... Or, voici comment M. W. S. King, *Surgeon* de l'armée américaine, explique cette influence :

Au voisinage de certaines grandes villes, New-York et Philadelphie en particulier, se trouvent des endroits marécageux, foyers considérables de miasmes palustres. Or, dans ces points dangereux passent nuit et jour des centaines de locomotives avec les trains qui les suivent. Ces locomotives avec leurs wagons, par la rapidité de leur marche, par la chaleur et la

ciation de la convalescence doit induire en erreur. Car il ne se produisit que sur onze des soixante-deux sujets, enfants ou adolescents, dont M. Auboyer a mesuré la taille à diverses reprises au cours de leur maladie.

Il semble résulter de cette enquête que cette suractivité de la croissance s'observe surtout au cours des maladies infectieuses à forme grave. C'est dire qu'elle est plus fréquente dans la dothiénentérie; elle peut, dans ces cas, donner lieu à un accroissement de la taille dix et douze fois plus considérable que l'accroissement normal, calculé d'après les tables de Quételet.

Ces observations offrent un réel intérêt à un autre point de vue; car, chez ses trois typhiques à croissance exagérée, Auboyer put préciser le moment d'apparition d'un signe nouveau, sur lequel M. le professeur Bouchard vient d'appeler l'attention, mais qu'il n'avait observé que pendant la convalescence. La peau ne pouvant suivre l'accroissement du squelette, surtout prononcé aux membres, se laisse érailler; d'où des craquelures qui se produisent au niveau des grandes articulations, des *vergetures de croissance*.

Ces vergetures, analogues à celles de la grossesse, avaient déjà été signalées par notre vénéré maître Gubler (thèse de Régnier), mais cette remarque avait passé inaperçue et le fait resta ignoré jusqu'au jour où M. Bouchard décrivit à la Société clinique de Paris (16 janvier 1879) les vergetures qu'il avait constatées chez trois jeunes sujets convalescents de fièvre typhoïde. Plusieurs membres de la Société rapportèrent immédiatement des faits du même ordre et depuis cette époque la recherche des vergetures est devenue chose courante dans les hôpitaux parisiens.

Voici la description qu'en donnent M. Bouchard et M. Auboyer : les vergetures se voient sur la face antérieure de la cuisse et de la jambe, ou sur la face postérieure du bras et de l'avant-bras, surtout au niveau des grandes articulations, comme le genou et le coude; elles sont transversales, perpendiculaires à l'axe du membre; d'abord légèrement colorées, elles finissent par prendre une teinte blanche, comme cicatricielle. Elles peuvent apparaître au cours même de la fièvre typhoïde, mais le plus souvent elles ne deviennent perceptibles qu'au moment de la convalescence, quand le malade commence à se lever.

Les vergetures semblent être indélébiles; c'est ainsi que, chez un homme de quarante-six ans, M. Bouchard put retrouver ces traces d'une fièvre typhoïde contractée pendant l'adolescence (Société clinique, mai 1880). Aussi, comme le fait remarquer Auboyer, pourraient-elles, en médecine légale, servir à vérifier l'identité d'un individu.

Jusqu'à ce jour, on n'a guère constaté ces vergetures des membres que dans la fièvre typhoïde, en coïncidence avec une croissance rapide, mais elles sont loin d'être constantes, alors même qu'il y a eu allongement très notable de la taille. Peut-être, pourrait-on admettre avec Auboyer qu'il n'y a pas là un simple phénomène mécanique, mais que, pour expliquer leur production, il faut en outre invoquer un trouble de nutrition de la peau. S'il en est ainsi, elles devraient coïncider avec diverses altérations trophiques du tégument cutané; sur ce point, les faits publiés sont trop peu nombreux pour permettre des conclusions définitives.

II

Il est inutile de rappeler ici toutes les théories qu'on a mises en avant, toutes les hypothèses qu'on a invoquées, pour expliquer cette suractivité de la croissance. Du moment qu'elle ne se produit pas dans toutes les pyrexies, et qu'elle se continue pendant la convalescence, on ne peut l'attribuer avec Bérard et Richard (de Nancy) à la position horizontale, ni avec Gendrin à l'exaltation des fonctions organiques sous l'influence de la fièvre. Pour les mêmes motifs, il faut écarter la théorie d'Ollier qui attribue le développement des os en longueur à ce fait qu'ils ne sont pas soumis pendant la maladie aux pressions physiologiques de la marche ou de la contraction musculaire.

C'est dans les altérations osseuses, relativement fréquentes au cours de la fièvre typhoïde, qu'on est amené à chercher la cause de ce phénomène. Du jour où, grâce aux travaux de divers physiologistes tels que de Neumann et Bizzozero, la moelle osseuse put être considérée comme un organe hématopoétique à côté du foie et de la rate, on dut se demander si elle ne participe pas à un processus qui, comme celui de la dothiénentérie, frappe tout l'appareil de la sanguification. De fait, Ponfick, Neumann, Litten et Orth, enfin Levesque (thèse de Paris, 1879) ont constaté chez les typhiques une hyperhémie plus ou moins accusée de la moelle osseuse. Telle est sans doute l'origine de ces douleurs plus ou moins vives, siégeant au niveau des épiphyses ou dans la continuité des diaphyses, qui sont si fréquentes pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Dès lors, n'est-il pas légitime de rapporter l'élongation des os à l'irritation des cartilages de conjugaison, sous l'influence de cette hyperhémie médullaire?

---

fumée qu'elles dégagent, forment de continuels courants d'air. Or, si on admet, d'après l'hypothèse la plus en faveur actuellement, que la fièvre intermittente ait pour cause directe des microbes, on comprend que ces éléments microscopiques soient constamment déplacés au fur et à mesure de leur formation et détruits, soit par les mouvements que leur impriment les courants d'air, soit par la chaleur et la fumée des locomotives. M. King paraît convaincu de l'influence exercée par le passage des trains de chemin de fer sur la destruction des organismes inférieurs palustres, et cite à l'appui de son opinion ce fait, que les fièvres intermittentes sont bien moins fréquentes dans les districts marécageux, situés au voisinage des grandes villes, depuis qu'il y passe des trains de chemin de fer en nombre considérable. Le fait est du reste trop important par lui-même, si sa réalité est bien constatée, pour qu'on puisse blâmer l'auteur de son ingénieuse explication.

t

aussi ingénieuse, bien qu'elle soit mienne, et que, pour cette raison, je vais émettre ici. La fumée de charbon renfermant, en quantité assez considérable des substances antiseptiques, produits de la combustion du charbon, ne pourrait-on admettre que cette fumée, en se déposant de chaque côté de la voie, dans une étendue variable suivant le vent qui souffle, détruit les parasites malariens ou empêche leur végétation, absolument comme les jambons bien fumés restent pendant longtemps à l'abri de la putréfaction? Je me contente d'exprimer ici cette opinion, laissant à ceux qui le peuvent le soin de la vérifier.

— En présence d'un cas d'hermaphrodisme apparent, comme ils le sont tous d'ailleurs, le médecin interrogé par la famille sur ce qu'il y a à faire, est parfois embarrassé. On a beau dire qu'il faut laisser les choses dans le *statu quo*, cela ne satisfait pas toujours les parents. Une dame avait mis

'nt e non réunion du scrotum avec

D'ailleurs, M. Bouchard a apporté à l'appui de cette interprétation une observation qui semble probante. Un de ses typhiques, à vergetures, chez qui il avait constaté une suractivité notable de la croissance, fut atteint, peu après, d'une ostéite de croissance. Nous avons eu l'occasion d'observer un fait analogue chez un individu âgé de dix-neuf ans, soigné à l'hôpital pour une fièvre typhoïde à forme adynamique; lorsqu'il revint nous voir six mois plus tard, il présentait à la fois des vergetures au niveau du genou et une périostite de la jambe gauche dont il dit avoir souffert, sans d'ailleurs s'en préoccuper, dès le début de sa convalescence.

Si, en effet, le processus du côté de la moelle osseuse est d'ordinaire fugace, il n'est cependant pas très rare de voir les lésions s'accuser et d'assister à la production soit d'ostéites circonscrites ou diffuses, soit de périostites aiguës ou chroniques.

Depuis longtemps on a signalé l'existence d'affections osseuses diverses à la suite de la fièvre typhoïde. Mais il n'avait été fait, à notre connaissance du moins, aucun travail d'ensemble sur cette question avant le mémoire du chirurgien Américain Keen (*Complications chirurgicales des fièvres continues et en particulier de la fièvre typhoïde*), lu en 1878 à la Smithsonnian Institution de Washington. Puis vinrent l'article de Maurice Mercier (La fièvre typhoïde et la périostite, *Rev. mens. de méd. et de chir.*, 1879) et la thèse de Levesque sur le même sujet (Paris, 1879).

C'est presque toujours sur des adolescents que se produisent ces complications du côté des os; toutes les variétés d'affections osseuses ont été observées, depuis la périostite la plus légère jusqu'à l'ostéo-myélite ou la périostite phlegmoneuse diffuse, avec carie ou nécrose de l'os.

Il est à remarquer que le plus souvent les premières manifestations de l'ostéopathie n'apparaissent que pendant la convalescence. Dans certaines observations de Keen, dont nous empruntons l'analyse à Mercier, « c'est deux mois, quatre mois, un an même après le début de la convalescence que la douleur et la faiblesse ont attiré l'attention des observateurs ». Le chirurgien américain dit que sur les quarante-sept cas qu'il connaît, dix fois la maladie de l'os s'est montrée dans le courant des deux premiers septénaires, vingt-sept fois de trois à six semaines après le début de la fièvre typhoïde et dix fois elle n'est survenue que plusieurs mois après ce début.

Or, ces premières manifestations sont généralement peu accusées, très vagues et, par suite, passent inaperçues, jusqu'au jour où, sous l'influence d'un exercice corporel trop hâtif ou peut-être du plus léger traumatisme, de la marche, le processus morbide se démasque. Aussi, d'après Keen, voit-on surtout les altérations osseuses se produire chez les individus qui reprennent leur travail peu de temps après leur guérison apparente.

En résumé, il est établi que la fièvre typhoïde donne souvent lieu à une hyperhémie de la moelle des os très prononcée; lorsque cette altération se propage aux cartilages de conjugaison, qu'il se fait une poussée congestive dans la zone juxta-épiphysaire, il se produit une suractivité de la croissance. Enfin, dans les cas où ce processus morbide se prolonge, ou acquiert une grande intensité, surviennent des lésions plus ou moins profondes des os et du périoste, qui peuvent entraîner la nécrose ou la carie de certaines régions du squelette.

Congestion médullaire légère, ne survivant pas à la maladie, chez les typhiques de tout âge; ostéite de croissance avec élongation du squelette, se prolongeant et s'affirmant pendant la convalescence, chez les adolescents; enfin inflammations juxta épiphysaires ou sous-périostiques à marche aiguë ou chronique, ce seraient les trois phases d'un même processus morbide qui heureusement s'arrête d'ordinaire à sa première étape, surtout si l'on prend les précautions nécessaires.

C'est cette théorie que formule M. Bouchard en termes explicites dans son récent ouvrage (*Maladies par ralentissement de la nutrition*). « Je suis donc porté à penser, dit-il, que ces inflammations suppuratives sous-périostiques sont, sur un point limité du corps, un degré plus avancé de cette ostéite de croissance générale dont je crois avoir établi le premier les rapports avec la fièvre typhoïde. »

Aussi, conséquence pratique, dès que chez un convalescent de fièvre typhoïde on constate les signes de cette ostéite de croissance, ces douleurs vagues généralisées, doit-on songer à la possibilité de ces accidents si graves, si insidieux, survenant parfois à tardive échéance; les marches prolongées, les exercices physiques fatigants de toute sorte devront être rigoureusement proscrits, sans parler des soins spéciaux que commande, chez tous les adolescents, la période de croissance rapide.

L. Dreyfus-Brisac.

---

un testicule dans chaque pseudo-grande lèvre, et un pénis rudimentaire et imperforé. Considérant la question qu'elle avait d'ailleurs approfondie, à un point de vue radical, cette dame proposa à son chirurgien de châtrer l'enfant. Et elle donnait à l'appui de son opinion des raisons qu'on peut ne pas trouver mauvaises.

« Cet enfant, dit-elle, ne sera jamais ni un homme ni une femme, mais il pourra avoir les passions d'un homme sans être capable de les satisfaire; si donc on le châtrait maintenant, il ne penserait à rien plus tard. D'autre part, comme la privation des testicules empêcherait la barbe et les moustaches de pousser, je pourrais élever mon enfant comme une fille, sans qu'on se doutât de sa difformité, ce qui ne manquerait pas d'arriver si je l'élevais en garçon. Car, ajouta-t-elle, il serait obligé de s'accroupir pour uriner et dès lors ses petits camarades remarqueraient bientôt qu'il lui manque quelque chose et l'appelleraient hermaphrodite, à son grand chagrin. »

Malheureusement, l'usage de faire avec des faux hermaphrodites des filles plus ou moins authentiques, n'est pas encore passé dans nos mœurs, et à certain point de vue cela est regrettable, car si on mettait à exécution le projet de la mère dont nous venons de parler, on ne verrait plus de jeunes mariées demander aux tribunaux l'annulation d'un mariage accompli entre époux non assortis.

— Si l'acide phénique est bienfaisant aux malades, il paraît qu'il est malfaisant aux chirurgiens qui l'emploient. C'est du moins ce que prétend le professeur Czerny (d'Heidelberg). Les recherches auxquelles il s'est livré à ce sujet lui ont appris que, après avoir eu recours, pendant une opération de deux heures et demie de durée, au spray phéniqué à 2 p. 100, on trouve ensuite dans l'urine du chirurgien rendue en vingt-quatre heures, $2^{gr},0655$ d'acide phénique, ce qui prouve qu'il en absorbe une quantité bien plus considérable pendant l'opération, car on sait qu'il s'en exhale aussi par les reins et par la peau. Or, la quantité d'acide phénique ainsi

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Fistule congénitale de la région ano-coccygienne, par le docteur Paul Reclus, professeur agrégé de la Faculté de médecine.

M. Terrillon appelait récemment l'attention de la Société de chirurgie sur les fistules congénitales creusées dans les téguments qui avoisinent la base du sacrum. M. Després, dans une courte improvisation, MM. Heurtaux et Lannelongue, dans d'importants mémoires, insistaient, à leur tour, sur des trajets semblables observés au niveau du coccyx. Nous venons de recueillir un cas où la dépression se trouve plus bas encore, dans la région péri-anale, au lieu d'élection des fistules acquises. L'intérêt pratique qui résulte de ce siège particulier nous a paru assez grand pour exposer ce fait, unique dans la science si nous en croyons le résultat négatif de nos rapides recherches.

Obs. — Un jeune garçon de seize ans, grêle, lymphatique, et qu'ont affaibli une variole à quatre ans, une scarlatine à quatorze et une fièvre typhoïde à quinze, se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu pour une fistule dont il ne souffre pas, mais sur laquelle ses parents désireraient avoir l'opinion d'un chirurgien. Sur nos instances pressantes, le malade entre dans notre service.

La fistule est située dans la rainure interfessière, juste sur la ligne médiane, entre l'anus et la pointe du coccyx, à 6 millimètres en avant de celle-ci environ. Son orifice, à fleur de peau, ne fait aucune saillie anormale; des plis radiés le bordent comme si les téguments trop larges pénétraient dans un trou trop étroit. Il n'y a pas de changement de coloration, et ce n'est qu'à une certaine hauteur que la paroi du trajet se transforme en une membrane plus rosée et plus molle. Il existe une légère sécrétion muqueuse où l'on trouve, au milieu du liquide, des débris d'épithélium pavimenteux.

L'orifice mesure 4 à 5 millimètres de diamètre; une sonde de femme y pénètre sans difficulté, mais elle est arrêtée après un trajet de 2 centimètres; le canal se rétrécit alors et n'admet plus qu'un stylet qui remonte jusqu'à une hauteur de 5 centimètres et là se bute contre un cul-de-sac. C'est donc d'une fistule borgne externe qu'il s'agit; elle ne présente aucune communication avec le rectum et le toucher démontre qu'entre le doigt explorateur et le stylet il existe une épaisseur de tissu d'un demi-centimètre. Le trajet monte parallèlement à l'intestin; peut-être en haut s'éloigne-t-il un peu de la verticale pour se dévier légèrement vers l'ampoule.

Les parois de cette fistule et les tissus qui l'environnent sont absolument souples; ils se dépriment sous le doigt, se fléchissent, et l'on ne sent, en aucun point, les callosités qui caractérisent les trajets consécutifs à l'évacuation de quelque collection purulente. Une inflammation ancienne dont le point de départ eût été la fosse ischio-rectale, le coccyx, la prostate ou l'intestin, aurait laissé quelque vestige, un épaississement, une rigidité qui fait ici complétement défaut. Ces particularités frappèrent beaucoup M. Le Fort, lorsque, quelques jours après nous, il examinait le malade et pour lui, comme pour les divers concurrents au Bureau central qui virent le malade, l'origine congénitale ne faisait aucun doute.

Les commémoratifs, d'ailleurs, concordaient parfaitement : la mère du malade, femme fort intelligente et d'une certaine instruction, nous raconta que très peu de temps après la naissance de son enfant, elle aperçut cet orifice anormal; mais comme il n'y avait jamais eu de tuméfaction, de rougeur, de suppuration, elle ne s'en préoccupa pas outre mesure : les inconvénients que provoquait la fistule se bornaient à une légère sécrétion après quelque fatigue exagérée.

Nous songions, pour oblitérer cette fistule, à cautériser son trajet et son cul-de-sac terminal avec la pointe à ignipuncture du thermocautère. M. Le Fort qui, sur ces entrefaites, prit possession du service, allait, je crois, détruire les parois avec le couteau galvanique; mais, avant toute intervention, éclatèrent subitement des phénomènes généraux graves qui firent redouter une péritonite tuberculeuse : les parents effrayés retirèrent l'enfant de l'hôpital.

Nous l'avons revu depuis; il y avait eu fausse alerte; les accidents abdominaux s'étaient vite calmés et la santé est revenue parfaite. Sous peu il rentrera à l'hôpital pour qu'on tente la guérison de la fistule.

Rien, dans ce fait, ne rappelle les fistules congénitales sacro-coccygiennes de MM. Terrillon, Heurtaux et Lannelongue : la profondeur du trajet, son indépendance absolue de la colonne vertébrale, son siège en avant de la pointe du coccyx sur les limites du sphincter, en font une affection distincte dont la pathogénie nous semble passablement obscure.

Il nous répugnerait d'invoquer une aberration de la glande coccygienne de Luschka, ressource précieuse, mais banale lorsqu'il s'agit d'une malformation quelconque de la région. Cet organe est trop peu connu, son mode de développement trop ignoré pour que nous puissions songer à le faire intervenir, d'autant, nous l'avons dit, que notre fistule ne se rapproche en aucun point du coccyx : en haut, elle semble au contraire s'incliner légèrement vers les parois rectales.

N'aurait-il pas pu se produire, vers la partie postérieure du sillon urogénital, un cloisonnement analogue à celui qui, en avant, forme le périnée? Ce cloisonnement aurait laissé en arrière la fistule qui nous occupe. Ou bien devons-nous accepter l'explication que nous propose M. Cadiat? Pour lui, du bourgeon ectodermique cloacal se détacheraient normalement, à des hauteurs différentes, des sinus ou des tubes épithéliaux. Dans notre cas, au lieu de se former dans la région lisse et sans papilles qui sert de transition entre la muqueuse et la peau un de ces prolongements se serait développé plus bas que d'habitude, dans la portion cutanée sous-sphinctérienne pourvue d'épiderme corné, de follicules pileux et de glandes sébacées.

Nous n'oserions nous prononcer; mais quelque obscure que

---

absorbée constitue en réalité une dose toxique qui, souvent répétée, finit par altérer la santé. L'histoire du martyrologe des chirurgiens par l'empoisonnement phéniqué chronique est encore à écrire, mais en attendant Czerny en donne la description suivante :

Le marasme carbolique, dit-il, commence par de légers maux de tête, avec irritation bronchique, langueur, diminution de l'appétit. Lorsque l'empoisonnement est intense ou de longue durée, la toux devient permanente, il survient des douleurs sourdes dans les régions des reins, des démangeaisons cutanées, de l'anémie, etc.; tout cela disparaît quand on s'absente du service pendant quelques jours. Ces accidents, bien entendus, sont variables suivant l'idiosyncrasie du sujet. Czerny conclut qu'il n'est pas bon pour le chirurgien de se servir constamment de l'acide phénique, surtout d'après la méthode de Lister; et que, si l'on compare l'iodoforme à l'acide phénique, le premier est préférable pour le chirurgien et le second pour le malade; mais qu'il n'y a pas grand danger pour celui-ci quel que soit l'agent employé, pourvu que ce soit avec sagacité.

Je ne sache pas qu'en France on se soit jamais plaint du marasme phénique causé par le spray, mais comme le spray paraît destiné à disparaître bientôt, en tant qu'élément obligatoire des opérations chirurgicales, la maladie qu'il provoque cessera, comme le combat du *Cid*, faute de combattants. Et d'ailleurs, puisque l'absence du service pendant quelques jours guérit de ce marasme, ne serait-ce pas le moment de prêcher en faveur des Congrès médicaux, dont tant de gens pensent encore qu'ils ne servent à rien.

— L'aconitine n'a plus rien à envier maintenant à la digitaline au point de vue de la célébrité donnée par la criminalité d'un membre du corps médical. Un médecin américain, M. Lamson, vient d'empoisonner son beau-frère, comme Lapommeraye avait fait pour sa belle-mère. Dans les deux faits, la question d'argent avait guidé la main de l'assassin.

soit sa pathogénie, le fait, tel qu'il est, nous a paru mériter d'être publié. On peut d'ailleurs le résumer en une simple phrase; nous avons rencontré dans la rainure interfessière, entre l'anus et le coccyx, une fistule borgne externe d'origine congénitale.

Pathologie médicale.

Troubles vaso-moteurs et sécrétoires de l'hystérie, par M. le docteur Henri Huchard, médecin de l'hôpital Tenon (1).

Les troubles de l'appareil vaso-moteur sont extrêmement fréquents dans l'hystérie. Nous les étudierons suivant qu'ils ont leur siège sur la *peau*, sur les *muqueuses* ou dans les *glandes*.

A. — Sur la *peau*, ils peuvent résulter d'un état d'excitation vaso-motrice, qui détermine alors tous les phénomènes de l'anémie cutanée. C'est ainsi que, dans cette maladie, on peut observer une sorte de *frisson* avec aspect de la chair de poule sur la peau (*cutis anserina*); ou encore un refroidissement très marqué parfois aux membres inférieurs, avec diminution notable de la température; le refroidissement peut être plus local et se manifester aux doigts ou à l'un des doigts sous la forme d'*asphyxie*, d'anémie ou de *syncope locale* des extrémités (2). Dans l'hémianesthésie hystérique, il y a dans la majorité des cas, diminution de la température du côté affecté, et le rétrécissement spasmodique des vaisseaux est tel, que les piqûres d'épingles, les morsures de sangsues ne donnent lieu à aucun écoulement de sang (3).

Mais le plus souvent ce sont les phénomènes de paralysie vaso-motrice qui prédominent du côté de la peau. On peut observer alors des troubles nombreux et très variés, sous forme de congestions (plaques érythémateuses, éruptions papuleuses, vésiculeuses, pemphygoïdes, urticaire), ou d'infiltration séreuse (œdème cutané); d'hémorrhagies (ecchymoses, taches pourprées, purpura, hématidrose, chromhydrose, stigmates, etc.); ou enfin la sécrétion sudorale est altérée dans sa quantité ou dans sa qualité (sueurs locales ou générales, sueurs de sang, etc).

Parfois les phénomènes opposés de contraction et de paralysie des vaso-moteurs peuvent coexister ou même se succéder très rapidement. Ainsi, on voit une pâleur très accusée répandue sur la partie supérieure du visage, tandis que la partie inférieure est le siège, au contraire, de plaques congestives et presque érythémateuses; la face est très rouge, et les extrémités au contraire excessivement pâles; enfin on observe très souvent des alternatives de pâleur et de rougeur qui se succèdent dans différentes parties du corps avec une rapidité étonnante.

Ces troubles vaso-moteurs sont passagers ou permanents. Dans le premier cas, ils s'observent surtout après les crises convulsives, ils apparaissaient sous forme de taches rouges, irrégulières, disséminées sur la face, sur les bras ou sur le cou, qui ont une durée de quelques heures à quelques jours, et qui peuvent, dans des cas assez rares, laisser place à une légère desquamation furfuracée; une malade observée par M. Charcot avait une rougeur intense de la face et du cou, avec des élevures plus pâles qui duraient plusieurs jours, et qui étaient remplacées par des plaques d'urticaire accentuées surtout sur le côté droit du corps, siège d'une hémianesthésie. M. Bourneville cite deux malades chez lesquelles il était possible, pendant plusieurs jours après les attaques, de tracer sur la poitrine et sur le ventre, avec une épingle, des lettres qui apparaissaient bientôt en relief avec une bande érythémateuse de plusieurs centimètres de hauteur. En outre de l'*érythème* et de l'*urticaire hystériques*, on observe parfois une éruption vésiculeuse (Castex, Eulenburg, Leloir), une éruption herpétique avec douleurs sous la forme d'un véritable *zona hystérique*, ou même une éruption pemphygoïde (Schulze, Gignoux, Hébra, Landgraf, J. P. Franck). Le *pemphygus névrosique* est ordinairement fugace, il ne laisse pas de cicatrice à la peau, il succède à des attaques nerveuses ou alterne avec elles, et parfois se développe à la faveur d'une légère irritation cutanée, d'émotions morales vives, ou encore se trouve en rapport avec les phénomènes menstruels.

Les troubles vaso-moteurs que nous venons de passer en revue sont plus ou moins fugaces ou transitoires; d'autres fois, ils ont une plus longue durée, ayant de la tendance à devenir permanents, parce qu'ils résultent d'un état habituel

(1) Extrait d'un ouvrage sur les NÉVROSES, qui doit incessamment paraître (1 vol. in-8° de 1200 pages chez Germer Baillière).

(2) M. Vulpian cite le fait d'une hystérique rhumatisante chez laquelle on observa un état de blancheur extrême et d'insensibilité complète des deux phalanges. En même temps, les doigts, les mains, les poignets se couvraient d'une sueur si abondante qu'elle tombait par terre (*Clin. méd.*, p. 887). Dans un cas rapporté par Rosenthal (*Wiener med. Zeitung*, n°s 23 et 24, 1871), les attaques épileptoïdes avaient pour signes précurseurs une sensation subjective de froid et une décoloration des mains et du bout des doigts. Les mains devenaient pâles, le bout des doigts et les ongles d'un bleu foncé, la température de ces régions qui était de 33°,4 à l'état normal, descendait à 30°,6, le pouls baissait de 72 à 65. Après l'attaque, la température des mains s'élevait à 35 degrés, les doigts devenaient rouges, ils étaient le siège d'une transpiration abondante, et le pouls montait à 84-88.

(3) Ces faits ont été et sont encore regardés de nos jours comme merveilleux par un public ignorant ou intéressé à le paraître, et l'on sait que les fameux convulsionnaires de Saint-Médard pouvaient recevoir des coups d'épée dans différentes parties du corps sans qu'il s'en écoulât la moindre quantité de sang.

M. Lamson, médecin américain en résidence à Londres, se trouvait, le 3 décembre 1881, chez un M. Belbrook où son beau-frère John était en pension, et, tout en mangeant des gâteaux, il leur montra des capsules pharmaceutiques qu'il avait apportées des États-Unis, et qui étaient destinées à faciliter l'ingestion de certains médicaments. Par manière de démonstration, il en fit avaler une vide à M. Belbrook; puis il en remplit une de sucre en poudre, soi-disant, et la fit prendre à son beau-frère. Il partit alors assez précipitamment, pressé, dit-il, par l'heure du train, car il devait se rendre à Florence. Une demi-heure après, John était pris de phénomènes morbides graves et expirait bientôt.

L'autopsie et l'expertise constatèrent un empoisonnement par l'aconitine. Le docteur Lamson, qui était resté à Paris, revint se constituer prisonnier. L'enquête établit qu'il avait précédemment fait une première tentative de ce genre sur son beau-frère, dont la mort devait lui permettre de recevoir environ 36000 francs. Il fut prouvé qu'il avait acheté de l'aconitine chez plusieurs pharmaciens, et on trouva parmi des pilules de quinine qu'il avait envoyées à John, deux ou trois pilules renfermant de l'aconitine. En conséquence, aucun doute ne pouvant rester sur la culpabilité de l'accusé, le verdict du jury fut rendu à l'unanimité après une courte délibération, et Lamson fut condamné à être pendu.

Ici intervient un curieux incident. On demanda un sursis pour prouver que Lamson, adonné depuis longtemps aux injections sous-cutanées de morphine, n'avait plus la conscience de ses actes et devait être considéré comme irresponsable de son crime. De puissantes influences agirent même pour amener le président des États-Unis à intercéder en faveur de l'accusé et obtenir une revision du procès. Quoi qu'il en soit, le sursis fut accordé. C'est une nouvelle phase qui s'ouvre pour la médecine légale. En Amérique où l'abus des injections de morphine est tel qu'on a dû créer des hôpitaux pour les morphiomanes, en Angleterre, en France et en Allemagne, où la mode s'en répand de plus en plus, va-t-il falloir maintenant

de parésie vaso-motrice. Ainsi, chez quelques malades, en dehors des attaques, ou même en leur absence, on peut tracer avec l'ongle, ou même avec un corps mousse sur toute la surface cutanée, des lignes qui apparaissent bientôt sous forme de traînées plus ou moins rouges rappelant les taches dites si improprement méningitiques. Mais, d'autres fois, la paralysie vaso-motrice existe à un degré bien plus élevé, et, dans l'observation intéressante de M. Dujardin-Beaumetz concernant une hystérique atteinte d'anesthésie totale, l'inscription de lettres ou d'un nom entier, faite avec l'ongle ou une pointe mousse sur le tégument externe, était suivie de l'apparition de lignes rouges remplacées bientôt par des saillies blanches avec relief de 1 à 2 millimètres d'épaisseur. Le nom restait ainsi tracé pendant quatre ou cinq heures chez cette femme *autographique*, comme elle a été appelée par la suite. Nous avons observé deux cas semblables, l'un chez une hystérique sujette, au moment des époques menstruelles, à des hémoptysies abondantes, lesquelles étaient annoncées par des plaques d'urticaire et des phénomènes de paralysie vaso-motrice analogues aux précédents et siégeant surtout à la face antérieure du thorax; l'autre chez un homme absolument indemne de tout accident nerveux, et qui fut atteint également d'une hémoptysie d'origine purement vaso-motrice (1).

L'*œdème hystérique* appartient aux phénomènes de même ordre, depuis que les observations de Th. Laycock en 1865, et les recherches de Ranvier en 1869, ont démontré nettement l'action du système nerveux sur la production de certaines hydropisies. Sydenham l'a décrit admirablement dans ces termes: « On peut toujours, dit-il, observer deux choses dans l'enflure des hydropiques: c'est qu'elle est plus considérable le soir, et que, quand on la presse fortement avec le doigt, l'impression y reste comme dans la cire molle. Au contraire, l'enflure des personnes hystériques est plus grande le matin, et, quand on la presse avec le doigt, il ne reste aucune marque. Le plus souvent aussi, l'enflure n'est qu'à une des deux jambes. » Si l'on ajoute que cet œdème, de consistance ordinairement dure, accompagne ou suit parfois une paralysie nerveuse, qu'il peut disparaître très rapidement, on aura ainsi tous ses caractères.

Si la paralysie vaso-motrice peut déterminer du côté de la peau des accidents congestifs plus ou moins accusés, on conçoit fort bien qu'à un degré plus avancé, elle soit capable d'aboutir à de véritables hémorrhagies qui se manifestent sous forme de taches pourprées, de purpura, d'ecchymoses, de pointillé sanguin, et surtout de sueurs de sang.

(1) Ce fait démontre, ainsi qu'un autre encore rapporté par M. Vulpian, que cet état de paralysie vaso-motrice n'est pas absolument spécial à l'hystérie, puisqu'il peut s'observer chez des sujets indemnes de toute affection nerveuse.

Ces dernières, connues sous le nom d'*hématidrose*, sont précédées de douleurs qui existent le plus souvent dans les mêmes points où l'exhalation sanguine doit se faire, ou qui au contraire se font sentir dans un endroit différent, comme dans l'observation d'une malade de Caizergues, qui saignait de la face, du cou, des aisselles, de la poitrine lorsqu'elle souffrait des régions rénales et ovariennes. D'autres fois, les douleurs sont absentes. Ces *hémorrhagies névropathiques* apparaissent sur la peau sous forme d'une simple rosée ou d'une véritable pluie sanguine; parfois elles se localisent dans des régions très limitées, comme si le sang s'échappait de quelques plaies; elles coïncident souvent avec d'autres hémorrhagies, des hématémèses, des pleurs de sang, des hémoptysies, des épistaxis. Elles se distinguent encore par les caractères suivants: elles surviennent le plus souvent après des émotions plus ou moins vives et profondes, après une frayeur ou une attaque de nerfs; elles produisent peu de troubles fonctionnels, n'altèrent pas sensiblement la santé générale et ne se compliquent que très rarement d'anémie; elles sont sujettes à récidives, tantôt irrégulières, tantôt périodiques dans leur apparition, et ont une tendance à se montrer plus à gauche qu'à droite.

B. — Du côté des *muqueuses*, les hémorrhagies ne sont pas rares. C'est ainsi qu'on observe par ordre de fréquence des hématémèses, des hémoptysies, des métrorrhagies, des hématuries, etc.

Ces hémorrhagies, et surtout les deux premières, se produisent au moment des règles ou dans leur intervalle. Dans le premier cas, elles peuvent remplacer les règles absentes ou peu abondantes (*hématémèses, hémoptysies supplémentaires* ou *vicariantes*); ou encore elles surviennent toujours au moment des menstrues régulières en abondance, coïncident même avec des ménorrhagies (*hématémèses, hémoptysies menstruelles*). La production assez fréquente des hémorrhagies, au moment des périodes menstruelles, s'explique par l'état d'éréthisme vasculo-nerveux très accusé chez les hystériques et aussi par l'élévation de la tension sanguine au moment de la menstruation; la localisation de ces hémorrhagies résulte de l'état de faiblesse de certains organes (par exemple: hématémèses se produisant chez les hystériques souffrant ordinairement de l'estomac, ou ayant reçu un coup à la région épigastrique; hémoptysies chez des malades sujettes à des bronchites quoique non tuberculeuses, etc.). Enfin, la fréquence et la multiplicité des hémorrhagies pourraient être favorisées par un état constitutionnel, tel que l'arthritisme par exemple, diathèse éminemment congestive, laquelle a pu et a dû, selon nous, jouer un certain rôle dans un cas intéressant concernant une

---

faire intervenir le morphinisme comme élément à décharge de l'accusé? Ce sera en tout cas une nouvelle et excellente mine pour les exploiteurs de procès.

Pour Lamson en particulier, on veut établir que, sous l'influence de la morphine, il avait l'habitude de traiter ses malades par l'aconitine et qu'il en donnait à tort et à travers. Était-ce en vertu de l'antagonisme qui existe entre les deux substances, et croyait-il prendre lui-même ce qu'il ordonnait aux autres? La chose pourrait se plaider, mais il est peu probable qu'on empêche, même à l'aide de cet argument, la justice anglaise de suivre son cours, et les dernières nouvelles des journaux anglais annoncent que le docteur Lamson ne tardera pas à être pendu.

L. H. Petit.

Hôpital Saint-Louis. — M. Le Dentu, chirurgien de l'hôpita Saint-Louis, reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le mercredi 3 mai, à neuf heures et demie.

Hôpital des enfants. — *Thérapeutique infantile.* — Le docteur Jules Simon reprendra ses conférences le mercredi 3 mai à neuf heures et les continuera les mercredis suivants à la même heure. Le samedi, consultation clinique.

Hôpital de Lourcine. — *Cours clinique de syphiligraphie et de gynécologie.* — M. le docteur Martineau reprendra son cours le mercredi 3 mai, à neuf heures. Mardi, consultation et traitement externe; samedi, leçons cliniques pendant l'examen des malades; mercredi, leçons à l'amphithéâtre sur le traitement de la syphilis et des affections utérines.

Hôpital Saint-Antoine. — *Cours de clinique thérapeutique.* — Le docteur Dujardin-Beaumetz commencera ses leçons le jeudi 4 mai, à neuf heures et demie, à l'hôpital Saint-Antoine, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure. Les leçons auront pour objet le traitement des maladies du système nerveux.

femme hystérique et goutteuse ayant eu des hématémèses et des métrorrhagies très abondantes (1).

En second lieu, les hémorrhagies sont absolument indépendantes de la menstruation qui est régulière et normale, elles surviennent donc en dehors des périodes cataméniales, et le plus souvent à la suite d'attaques convulsives. Ce sont les *hémorrhagies névropathiques proprement dites*. Elles résultent, plus que les premières encore, de la perturbation que l'hystérie imprime à la circulation, et d'une sorte d'hémophylie accidentelle (Bernutz). Aussi existent-elles rarement à l'état isolé, et observe-t-on souvent à la fois des sueurs de sang, des hématémèses, des hémoptysies, des hématuries, des épistaxis et des métrorrhagies, etc. Parmi les observations nombreuses citées à ce sujet, il nous suffira d'en relater une seule, celle de Marius Carre, relative à une femme hémianesthésique qui, en dehors de toute affection du cœur et de poumons, eut des hémoptysies se reproduisant deux ou trois fois par semaine et s'accompagnant d'épistaxis, d'hématurie, etc.

Les *hématémèses* hystériques peuvent avoir lieu sans douleur, presque par le mécanisme d'une simple régurgitation ; ou, au contraire, elles sont précédées ou accompagnées de douleurs vives, et d'un sentiment de constriction violente qui arrache des cris à la malade. Dans ces conditions, on conçoit que le diagnostic soit parfois extrêmement difficile avec l'ulcère de l'estomac, surtout s'il s'agit d'un de ces cas où la névrose se localise dans l'estomac pendant de longs mois, en l'absence de tout symptôme nerveux. On devra toujours se rappeler que, dans l'hématémèse hystérique, l'embonpoint et le bon état général sont conservés malgré l'abondance des hémorrhagies, et que dans leur intervalle il n'y a pas de troubles gastriques accusés, etc.

La division que nous avons admise pour les hématémèses est également applicable aux *hémoptysies hystériques*, comme du reste à toutes les hémorrhagies, et Pomme, qui a écrit un chapitre sur ce point, a cité une première observation dans laquelle le crachement de sang avait suivi une suppression menstruelle. « Les hémoptysies, dit-il, surviennent si les vaisseaux sanguins du poumon, trop faibles pour résister à l'impétuosité du sang menstruel qui reflue sur eux, cèdent à ses efforts... » Aujourd'hui encore nous ne saurions mieux dire. Chez les hystériques, en effet, au moment de la période menstruelle, l'hémorrhagie doit se produire dans un des points les plus faibles de l'économie, et chez les hystériques phthisiques vers le poumon qui est leur *locus minoris resistentiæ*.

Dans les cas où l'hémoptysie se produit en dehors de toute affection thoracique, elle peut faire croire à l'existence d'une tuberculose qui n'existe pas, surtout lorsqu'il s'y ajoute de la toux et de la pleuralgie. L'absence de phénomènes stéthoscopiques, d'accidents fébriles, de retentissement sérieux sur l'état général, permet de rattacher tous les accidents à la seule névrose.

Tels sont les différents troubles vaso-moteurs que présente l'hystérie. Mais dans certains cas, ils dominent tellement la scène qu'ils peuvent constituer une *forme vaso-motrice* de la maladie. C'est ce qui résulte d'une observation extrêmement intéressante publiée par M. Armaingaud (de Bordeaux) (2).

C. — Les *troubles sécrétoires* sont aussi nombreux et intéressants à étudier. On a observé du côté de la sécrétion salivaire des troubles dans la quantité, par excès ou par défaut (*ptyalisme* ou état de sécheresse considérable de la

(1) Boulommié, *Hystérie grave. Troubles dyspeptiques, hématémèses, etc. Coliques hépatiques et néphrétiques, simulation de calculs vésicaux.* (*Un. méd.*, p. 513 et 539, 3e série, t. XXIX, 1880).

(2) Armaingaud, *Sur une névrose vaso-motrice se rattachant à l'état hystérique*, etc. (*Acad. de méd.*, 20 juin 1876 et *Gaz. hebd.*, 1876). Nous ne donnons pas ici la relation de cette observation que l'on trouvera dans la *Gazette hebdomadaire*, année 1876.

cavité buccale), ou dans la qualité (acidité fréquente de la salive déterminant facilement, d'après Georget, la carie dentaire, ce qui expliquerait l'*odontalgie* dite hystérique par Sydenham). Mêmes troubles du côté du suc gastrique, l'exagération de cette sécrétion étant une des causes de la *boulimie* (Georget). De même, la constipation souvent si opiniâtre serait due non seulement à un état parétique de la fibre intestinale, mais aussi à la diminution des sécrétions digestives. — On a cité encore des cas de *galactorrhée rebelle* (Briquet), de *gonflement des seins* au moment des attaques (Hoffmann) ou à l'occasion de la menstruation (Willis) (1).

La *diaphorèse* a été parfois observée. Il s'agit de sueurs profuses extrêmement abondantes qui, dans un cas cité par Vulpian, se manifestaient surtout la nuit et n'ont cédé qu'à des doses assez considérables d'atropine ; dans un autre cité par Siredey, elles ont constitué pendant un temps le seul symptôme de la maladie pour alterner ensuite avec les crises nerveuses ; enfin, dans des cas assez rares, elles peuvent, au même titre que les vomissements et avec une exagération de la sécrétion salivaire, constituer un moyen d'élimination pour l'urée dans les faits d'anurie hystérique dont nous parlerons plus loin.

Chez d'autres malades, il s'agit de *sueurs locales* plus ou moins altérées dans leur qualité, et Bourneville cite à ce sujet le cas d'une jeune fille qui présentait, au niveau de l'aisselle droite (côté anesthésié), une coloration rouge vermillon des poils, avec sécrétion assez abondante pour tacher le linge en rouge.

Les *troubles de la sécrétion rénale* consistent dans l'exagération de cette sécrétion (*polyurie*), dans sa diminution et dans son défaut (*oligurie, anurie hystérique*).

La *polyurie hystérique* est passagère ou permanente. Dans le premier cas, elle est un phénomène très souvent consécutif aux accès, et consiste dans l'émission d'une urine abondante, claire et limpide comme l'eau de roche (urine nerveuse ou spasmodique). Dans le second cas, beaucoup plus rare, puisque M. Lancereaux n'a pu en réunir que sept observations dans sa thèse d'agrégation, la polyurie persiste pendant un temps plus ou moins long dans l'intervalle, et même en l'absence des accès.

L'*oligurie*, ou l'*anurie*, est un phénomène beaucoup plus important à étudier ; elle est également passagère et permanente. Dans le premier cas, elle survient sous l'influence de la menstruation ou de ses troubles, et alors il s'agit plutôt d'une *oligurie cataméniale* que d'une oligurie hystérique ; ou encore elle est due à une congestion utérine, à une métrite ou à une pelvi-péritonite (*oligurie utérine*). Ces deux sortes d'oliguries reliées entre elles par une pathogénie commune (anurie par réflexion de l'irritation utérine sur les nerfs vaso-constricteurs produisant un spasme des vaisseaux du rein), présentent les caractères suivants : elles sont passagères, n'ayant qu'une durée de vingt-quatre à quarante-huit heures, elles passent le plus souvent inaperçues, parce qu'elles ne s'accompagnent jamais de vomissements. En résumé, ces oliguries sont d'origine réflexe et sont analogues à celles qui ont été signalées après l'opération de la fistule vésico-vaginale (Jobert de Lamballe) ou après des traumatismes divers (Verneuil, Nepveu).

L'*anurie hystérique* (c'est-à-dire l'anurie qui relève directement de l'hystérie, et qui n'est pas d'origine cataméniale ni utérine) est un phénomène rare qui a été décrit pour la première fois par Laycock, en 1838. Les vingt-sept cas que cet auteur rapporte ne sont pas tous incontestables,

(1) Le *sein hystérique* a été signalé par les auteurs suivants : Willis, *De morb. convuls.*, cap. VI, obs. I. p. 487 ; — Hoffmann, *De malo hypocondriaco* ; — Landouzy, *loc. cit.*, p. 92 ; — B. Gonnard, thèse de Paris, 1876 ; — Bourneville, *Iconogr. phot.*, t. II, p. 190).

et Rayer n'avait pas absolument tort d'émettre quelques doutes sur la réalité des *paruries erratiques* citées dans la science, surtout lorsqu'on se rappelle le fait de Nysten (en 1811) concernant une hystérique qui simulait l'anurie en avalant son urine. Mais M. Charcot, à qui l'on doit des études complètes sur ce sujet, a démontré que, dans ses observations, toute supercherie était absolument impossible. Dans l'une d'elles, il s'agit d'une femme qui, après avoir eu des accidents divers (paralysie, hémianesthésie, attaques convulsives, rétention d'urine, hyperesthésie ovarienne, contracture des quatre membres), fut atteinte d'une ischurie pendant six mois, avec quelques rémissions.

Voici, du reste, comment les choses se passent habituellement : on constate que la malade n'urine pas et, lorsqu'on la sonde (car il y a le plus souvent en même temps rétention d'urine), on trouve dans la vessie peu ou pas de liquide, celui-ci étant très pauvre en urée et renfermant aussi moins de chlorures et d'acide phosphorique qu'à l'état normal. Bientôt, au bout de quelques jours, apparaissent les vomissements, caractérisés par la présence de l'urée et du carbonate d'ammoniaque, vomissements dont l'abondance est en raison inverse de la quantité d'urine rendue. Il existe toujours une espèce de balancement entre ces deux phénomènes, de sorte que si la moyenne de l'urine est de 3 grammes, par exemple, les vomissements atteindront un litre; si l'urine atteint 200 grammes, les vomissements descendront à 350 grammes. Il en est de même pour la quantité d'urée qui diminue et disparaît dans les matières vomies à mesure que la quantité d'urine augmente. Ces vomissements se répètent trois à quatre fois par jour, renfermant de l'urée et possédant parfois une odeur urineuse; ils peuvent être accompagnés de diarrhée et de sueurs abondantes. — L'anurie peut rester complète pendant huit à onze jours au plus, époque à laquelle il survient une sorte de *polyurie transitoire*, de crise, de décharge ou de *débâcle urinaire* pendant laquelle la malade peut rendre en très peu de temps 3 à 4 litres d'urine avec des quantités plus ou moins considérables d'urée; puis les phénomènes d'anurie avec vomissements recommencent et peuvent durer ainsi des mois entiers avec des intermissions plus ou moins fréquentes.

La malade Etch..., observée pendant de longues années par M. Charcot, a été atteinte à plusieurs reprises pendant des mois entiers de phénomènes ischuriques. Le tableau suivant montre les rapports existant entre la quantité d'urine et celle des vomissements.

	Vomissements (moyenne par jour).	Urine (moyenne par jour).
Juillet 1871.....	un litre	5 grammes.
Août 1871......	un litre	3 grammes.
Septembre 1871.	un litre 1/2	2 gr. 1/2.
28 mars 1872....	100 gr.	un litre.

La quantité d'urée suivait les mêmes variations, abondante dans les vomissements lorsqu'elle était nulle ou à peine marquée dans les urines; ainsi, un jour, celles-ci n'en contiennent que 179 milligrammes, tandis que ceux-là en renferment 3gr,699; et dans ce cas, les variations d'urée n'ont pu être mises sur le compte des variations d'alimentation, puisque pendant six mois la malade a été soumise au même régime, en raison de la nécessité où l'on se trouvait de la nourrir par la sonde œsophagienne. Les chiffres suivants montrent les troubles profonds survenus dans les fonctions de nutrition et de désassimilation, puisque, dans une période de vingt-quatre jours, la quantité totale d'urée éliminée n'a pas dépassé 8gr,994; et que, dans une autre période de quarante-cinq jours, elle n'a atteint que 8gr,131 (soit une moyenne de 3 à 4 décigrammes par jour). A trois reprises différentes, cette malade était prise d'une vraie crise ou décharge urinaire annoncée par quelques douleurs lombaires et caractérisée par l'émission, en quelques minutes, de 2, 3 à 4 litres d'urine contenant 20, 25 et 28 grammes d'urée. Il est à remarquer que ces crises urinaires surviennent à des époques inégales et indéterminées; mais, comme le dit avec juste raison M. Regnard, si l'on additionne la quantité d'eau et d'urée excrétée chaque jour entre chaque décharge, on arrive au résultat suivant :

Entre la première et la deuxième décharge (vingt-quatre jours), 498 grammes d'eau et 8gr,299 d'urée;

Entre la deuxième et la troisième décharge (quarante-cinq jours), 499 grammes d'eau et 8gr,13 d'urée.

On peut conclure de l'exposé de ces chiffres que la production d'une crise urinaire ne dépend en aucune façon du temps écoulé entre deux crises, mais bien plutôt de la quantité d'urée éliminée par l'économie.

Tels sont les symptômes si intéressants de l'ischurie ou anurie hystérique; mais il s'agit maintenant d'en pénétrer le mécanisme et la physiologie pathologique.

On a voulu expliquer sa production par une sorte de contraction spasmodique des uretères déterminant par la suite leur oblitération. Mais le spasme doit entraîner une augmentation de pression dans les uretères, les calices et les bassinets. Or celle-ci, comme le fait remarquer avec juste raison M. Charcot en s'appuyant sur les expériences et observations de Max Hermann, s'accompagne toujours d'une diminution dans la quantité d'urée; c'est ce qui n'a pas lieu pour l'anurie des hystériques, puisqu'on a vu leur urine renfermer 15 grammes pour 1000 d'urée, tandis que dans un cas d'obstruction calculeuse observé par Roberts, elle n'en contenait que 1gr,50 pour 1000. Il faut donc chercher l'explication ailleurs.

Il est probable que l'anurie hystérique résulte d'un trouble fonctionnel qui, siégeant dans l'isthme de l'encéphale et dans les parties supérieures de la moelle, produit une suppression de la sécrétion urinaire en déterminant un spasme des vaisseaux du rein. Une expérience rapportée par M. Vulpian démontre, en effet, que l'excitation des nerfs vaso-constricteurs du rein, et la diminution de la circulation qui en est la conséquence, entraîne l'arrêt des fonctions rénales : si, après avoir coupé les uretères et introduit un tube dans leur bout central, on électrise le bout périphérique d'un des nerfs grands splanchniques, on voit le rein pâlir et tout écoulement urinaire cesser. Enfin, pour prouver l'influence du système nerveux sur la production du phénomène en question, il suffit de rappeler que Cl. Bernard a pu supprimer l'excrétion urinaire pendant un temps plus ou moins long sur les animaux, à la suite des expériences suivantes : cautérisation du plancher du quatrième ventricule, section du bulbe au-dessus de l'origine des nerfs vagues, division transversale de la moelle vers la première dorsale; quelquefois même il suffit de la simple ouverture de la cavité abdominale, comme il suffit quelquefois, en chirurgie, d'un simple traumatisme (oligurie réflexe et traumatique de Jobert de Lamballe, Verneuil et Nepveu). Dans l'oligurie hystérique, les centres nerveux sont primitivement impressionnés, tandis que, dans l'oligurie réflexe d'origine traumatique, l'impression commence à la périphérie pour atteindre ensuite les centres nerveux. C'est là toute la différence.

Tel est le mécanisme probable de l'anurie, mais quelle en est la physiologie pathologique? Or, il est un fait des plus importants à constater : les malades vomissent (1) tous leurs aliments, ils ne prennent aucune nourriture, et cependant l'état général est excellent, l'embonpoint normal, on ne constate, en fin de compte, aucun des accidents graves qui surviennent dans les autres anuries, ou chez les animaux qui ont été néphrectomisés. Dans les obstructions des uretères en effet, il y a une *période de tolérance* qui dure sept

(1) Notons en passant que ces vomissements ont pour caractère d'être faciles, de se faire sans efforts, sans fatigue, comme s'il s'agissait de vomissements cérébraux (Saltor).

à huit jours, pendant laquelle aucun accident d'intoxication ne survient encore; et si cette période a été retardée par exception dans les observations de Robert, de Paget, de Weber, jusqu'au quinzième, vingt-deuxième et même trente-septième jour, c'est qu'il y a eu dans ces cas des rémissions accompagnées de polyurie et d'excrétion abondante d'urée, lesquelles ont pu retarder l'apparition des accidents toxiques. Mais, au bout d'un certain temps, des symptômes graves d'empoisonnement surviennent (*période toxique*), et la mort est toujours la terminaison des anuries *complètes* d'origine calculeuse ouautre.

Pourquoi donc cette innocuité de l'ischurie hystérique? Nous allons facilement la comprendre: sans doute, on peut déjà l'expliquer par ce fait que la période de tolérance pour l'obstruction des uretères étant au maximum de douze à quatorze jours, l'ischurie *complète* des hystériques ne dépasse jamais dix à onze jours, après lesquels survient une véritable crise ou débâcle d'urine et d'urée; on peut même encore arguer de la lenteur progressive avec laquelle l'ischurie s'établit, déterminant ainsi une véritable accoutumance chez les hystériques, tandis que les calculeux sont pris subitement et au milieu de la plus parfaite santé... Mais l'explication de cette innocuité réside presque tout entière dans ce fait, le plus important de tous: *l'agent de l'intoxication, l'urée, fait défaut, donc l'intoxication est impossible.* Chez les hystériques, en effet, la nutrition est lente, paresseuse, la désassimilation est presque suspendue, et comme le sang, dans le cas d'ischurie, ne renferme pas plus d'urée qu'à l'état normal (Gréhant), le rein n'a pas à en éliminer, l'urémie ne peut donc se produire. Ainsi, la quantité d'urée émise par jour par l'urine et les vomissements est de 5 grammes, chiffre inférieur à celui que rendent, d'après Schérer, les inanitiés de trois semaines, puisqu'il serait de 8 à 10 grammes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 17 AVRIL 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

De la conservation de la main par l'ablation des os du carpe et la résection radio-carpienne, par M. Ollier. — Il semble au premier abord que la multiplicité des os et des articulations du carpe et l'étendue relativement faible des surfaces recouvertes de périoste soient peu favorables à l'application de la méthode sous-périostée. Mais ici encore on peut obtenir, par l'ablation sous-périostée, l'auteur l'a démontré autrefois (*Traité expérimental et clinique de la régénération des os*), des masses osseuses ou ostéo-fibreuses, plus petites sans doute que les parties enlevées, mais très précieuses pour le maintien de la forme et le rétablissement des fonctions de l'organe.

Cette néoformation se fait d'une manière irrégulière. Les os qui composent les deux rangées du carpe, par exemple, sont remplacés par des grains osseux disséminés dans une gangue fibreuse, assez épaisse et assez résistante pour servir de point d'appui à la main, et assez souple pour permettre à cet organe de se mouvoir sur l'avant-bras.

Le degré de cette reconstitution est subordonné à diverses circonstances. Dans les ostéo-arthrites fongueuses, la gaine est transformée en partie en tissu de granulations, et les petits os du carpe sont plus ou moins isolés par les fongosités. Mais à moins qu'ils ne soient complètement nécrosés, ils tiennent par une partie de leur revêtement fibreux, et c'est là qu'il faut les séparer méthodiquement sans violence des tissus encore résistants, au moyen de la rugine. Il ne faut pas, d'autre part, enlever systématiquement toutes les parties fongueuses: il faut les modifier par le fer rouge ou le chlorure de zinc, de manière à changer leur vitalité et à susciter des processus plastiques, là où s'accomplissaient antérieurement des processus destructeurs. C'est en ménageant ainsi tout ce qui est sain ou susceptible de redevenir sain que l'on conserve les éléments de la reconstitution ultérieure de ces articulations compliquées dans leur structure.

Bien que ces granulations présentent les caractères histologiques de la tuberculose et soient constituées par de nombreux follicules tuberculeux, on les ramène à l'état de granulations simples par des cautérisations successives qui n'ont pas pour but de les détruire, mais de les modifier; et, si le sujet n'est pas atteint de tuberculose des organes internes, on arrive à les transformer en tissu scléreux, stable et susceptible de s'organiser en une masse ostéo-fibreuse distincte, entre le métacarpe et les os de l'avant-bras. Le pansement à l'iodoforme est très utile en pareil cas.

M. Ollier a pratiqué quinze fois l'ablation totale du carpe ou la résection radio-carpienne. Les quatre premières opérations avaient eu des résultats très imparfaits, mais celles qu'il a faites dans ces dernières années ont eu des résultats beaucoup plus satisfaisants. Non seulement les opérés peuvent se servir de la main pour les petits usages de la vie, mais plusieurs sont capables de se livrer à un travail pénible. L'auteur entre à cet égard dans quelques détails particuliers.

On ne peut toutefois, ajoute-t-il, espérer de pareils résultats dans tous les cas, et l'ablation totale du carpe avec résection du radius et du cubitus d'une part et des métacarpiens de l'autre ne peut donner des articulations aussi solides.

Les pansements antiseptiques nous permettant aujourd'hui de faire rendre à un procédé opératoire tout ce qu'il est susceptible de donner, il faut faire appel du jugement défavorable porté par la plupart des chirurgiens sur la résection du poignet, que Moreau père, de Bar-le-Duc, avait pratiquée pour la première fois il y a près d'un siècle.

Commissions. — L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination de Commissions de prix, chargées de juger les concours de l'année 1882; sont nommés:

Prix Savigny. — MM. de Quatrefages, Blanchard, H. Milne Edwards, Alph. Milne Edwards, et de Lacaze-Duthiers.

Prix Da Gama Machado. — MM. H. Milne Edwards, Vulpian, Blanchard, Marey et de Lacaze-Duthiers.

Prix Montyon (médecine et chirurgie). — MM. Gosselin, Vulpian, Marey, Paul Bert, Bouley, Ch. Robin, baron Larrey, H. Milne Edwards et Pasteur.

Prix Godard. — MM. Gosselin, Vulpian, Paul Bert, Ch. Robin et Marey.

Prix Lallemand. — MM. Vulpian, Gosselin, Paul Bert, Marey et H. Milne Edwards.

Sur les quarantaines a Suez. Mémoire de M. A. Fauvel. — Réponse à la communication faite dans la dernière séance par M. de Lesseps. Cette communication qui ne comprend pas moins de 12 pages des *Comptes rendus*, et qui est un important résumé de ce qu'on peut dire de plus décisif en faveur de l'utilité actuelle des quarantaines, n'est pas susceptible d'analyse.

Sur la découverte des alcaloïdes dérivés des matières protéiques animales. Note de M. A. Gautier. — Résumé tout historique des recherches entreprises sur ce sujet, et qui se termine ainsi:

« On voit que Selmi (de Bologne), tout en ayant reconnu de 1870 à 1872 l'existence d'alcaloïdes dans les extraits cadavériques, ne démontra et n'affirma qu'en 1876 que les matières albuminoïdes en se putréfiant, sont bien la véritable origine de ces corps. D'après Selmi lui-même, j'avais observé et annoncé ce fait dès 1873. Plus tard, en 1878, dans une communication que je faisais au Congrès international d'hygiène de Paris, je rapprochais ces corps de la conicine

et de la muscarine (*Compte rendu du Congrès d'hygiène de Paris*, t. II, p. 266).

» Selmi a cru, et j'ai pensé longtemps moi-même, que ces alcaloïdes dérivaient nécessairement des matières albuminoïdes par le processus de la putréfaction. Je montrerai dans une prochaine note que ces mêmes alcaloïdes se produisent souvent en abondance chez les animaux vivants et sont des produits *constants et nécessaires de la vie* normale ou pathologique des tissus. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 25 AVRIL 1882. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. le ministre de l'instruction publique demande à l'Académie pendant combien de temps un élève des lycées atteint de maladie contagieuse doit être tenu éloigné de ses camarades. — Cette demande est renvoyée à une commission composée de MM. Roger, Bergeron et Hillairet.

M. *Lautanié*, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse, proteste contre la réclamation de priorité présentée à la séance du 11 avril, par M. Colin (d'Alfort), en ce qui concerne ses études récentes sur une pseudo-tuberculose parasitaire du chien.

M. le docteur *Barbaste* (de Romans, Drôme) envoie une note manuscrite sur *le vin iodé fébrifuge* à l'appui de sa candidature au titre de correspondant national.

M. le docteur *C. Albenois* adresse un *Tableau graphique indiquant les corrélations constatées entre le nombre des décès et les principales circonstances météorologiques de chaque jour pendant l'année* 1881 *dans la ville de Marseille.*

M. *Ptonquet*, médecin à Ay (Manche), et Mme *Guimard*, sage-femme à Estogel (Pyrénées-Orientales), envoient les relevés des vaccinations et revaccinations qu'ils ont pratiquées en 1881 dans ces communes.

M. le docteur *J. Jones* adresse *The annual Report of the Board of the State of Louisiana for the year* 1881.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, au nom de M. le docteur *Amat*, une étude sur *le Hamam de l'Oued-Zéboudj*.

M. *Blanche* présente, de la part de M. le docteur *Fr. Bateman* (de Norwich, Angleterre), une brochure sur l'*Idiot, sa place dans la création et ses revendications sociales.*

M. *Polaillon* offre, au nom de M. le docteur *Ladreit de Lacharrière*, l'article MALADIES DE L'OREILLE, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. *Léon Labbé* présente un modèle d'*appareil immobilisateur pour les coxalgiques*, imaginé par M. le docteur *Cazin* (de Berck-sur-mer).

ÉTUDE DES DIATHÈSES. — M. *Durand-Fardel* pense qu'il est nécessaire d'appeler l'attention des pathologistes sur la manière défectueuse dont on traite aujourd'hui les diathèses et il propose de guider « l'esprit » dans ces recherches, en considérant l'organisme « comme une agglomération de cellules douées d'une vie propre et indépendante, mais unies dans une solidarité réciproque dont le système nerveux est l'agent, et entretenues par un liquide nourricier qui les baigne et dont les éléments lui sont fournis par le système circulatoire.... Les agents modificateurs de l'organisme sont de deux ordres : l'hérédité et les circonstances hygiéniques, mais l'enfant apparaît au jour préparé dans un certain sens par des conditions héréditaires immanquables et par des conditions intra-utérines possibles... Tout mode de l'organisme qui suppose une altération durable ou définitive *totius substantiæ* est une diathèse ou un empoisonnement, quel que soit le milieu où ils pourraient avoir pris naissance, élément cellulaire, système nerveux ou milieu de l'assimilation.

ISOLEMENT DANS LES HÔPITAUX D'ENFANTS. — La plus grande partie de la séance a été remplie par une communication de M. le docteur *Marjolin*, dont le titre indique suffisamment l'importance : *De l'urgence de l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses, surtout dans les hôpitaux d'enfants et le Dépôt des Enfants assistés.* Les pertes récentes éprouvées par le corps médical parmi les internes des hôpitaux d'enfants ont rappelé en effet l'attention sur cette question, sujet constant, depuis longtemps déjà, des investigations de M. Marjolin ; quelques améliorations qui aient été introduites dans le régime hospitalier, il n'est que trop vrai que nombre de mères, contraintes par la maladie d'aller à l'hôpital et obligées de se séparer de leurs enfants pour les envoyer au Dépôt, ou bien apprennent à leur sortie que leurs enfants n'existent plus ou bien ceux-ci leur sont rendus atteints d'ophthalmie purulente, de variole, de scarlatine, de diphthérie et alors la plupart de ces petits malades ne tardent pas à succomber, après avoir parfois contaminé certains enfants du voisinage. Aussi quelques parents prévenus se refusent à les faire conduire à cet établissement ou dans les autres hôpitaux spéciaux, tout aussi dangereux dans l'état actuel des choses ; pour peu d'ailleurs que les voisins se chargent de les garder, les enfants sont la plupart du temps préservés des affections contagieuses. Or, l'expérience a démontré qu'il suffit d'isoler les malades atteints de ces affections pour s'opposer à leur extension et diminuer le chiffre de la mortalité; il convient donc de généraliser cette mesure, surtout dans les hôpitaux destinés aux enfants. Nous ne suivrons pas M. Marjolin dans son émouvant récit des inconvénients et des dangers auxquels le Dépôt, cette pépinière de maladies contagieuses, suivant l'expression qu'il emprunte à M. Bergeron, expose les enfants ; il faut en prendre connaissance au *Bulletin de l'Académie;* nous ne reproduirons que l'exemple suivant dans lequel cette influence ne lui semble pas douteuse d'après les renseignements qu'il a recueillis :

Le 25 octobre 1881, une femme accouchée l'avant-veille très heureusement de son quatrième enfant entrait à l'hôpital Lariboisière pour une péritonite ; ses trois enfants furent conduits au Dépôt le 26 octobre, et en sortirent le 5 novembre. L'aîné avait quatre ans et demi, le second trois ans et demi et le plus jeune deux ans; le 10, tous les trois tombèrent malades et tous les trois succombèrent quelques jours après, après avoir présenté tous les symptômes du croup. L'enfant de la sœur de la malade mourut à son tour dans la nuit du 22 au 23 novembre.

S'il s'agissait d'enfants à peine âgés de quelques jours, de quelques mois, apportés journellement dans les hospices dépositaires, dans un tel état de misère et de dépérissement qu'ils ne font que traverser l'infirmerie pour aller à la salle des morts, on pourrait objecter que, pour en sauver quelques-uns, les précautions à prendre sont si délicates qu'elles semblent impossibles, impraticables. Cependant, grâce à une excellente mesure prise par M. Husson, l'envoi immédiat des enfants en nourrice et quelques autres améliorations récemment introduites dans ce service, notamment un meilleur système d'allaitement artificiel pour les syphilitiques, le chiffre de la mortalité a sensiblement diminué. Mais ces enfants ont déjà au moins deux ans révolus et au plus douze ans ; la plupart, au dire des parents, lors de leur admission au Dépôt, étaient en parfaite santé. Il suffira, pour prévenir le danger, de les examiner tous aussitôt leur arrivée avec le plus grand soin, et que tous ceux qui sont bien portants soient rigoureusement séparés de ceux qui présentent le moindre signe d'indisposition ou de maladie contagieuse; ces derniers devront être de suite conduits dans des salles d'observation ou à l'infirmerie. Quant à ceux qui, après cette première inspection, auraient été déclarés en bonne santé, ils devront, par mesure de précaution, être visités tous les jours par le médecin. La réunion d'un certain nombre d'enfants favorisant peut-être le développement de quelques maladies contagieuses, il faut être constamment sur ses gardes et ne jamais cesser d'exercer la surveillance la plus sévère. Grâce à l'isolement ainsi pratiqué, à l'emploi des salles d'observation et à l'éloignement des bâtiments du Dépôt de ceux de l'hospice où règnent si souvent des maladies épidémiques ou contagieuses, il sera facile de préserver les enfants bien portants des affections si graves qu'ils sont actuellement exposés à contracter. Il serait enfin fort utile qu'on ne se bornât pas à consigner sur la feuille d'inscription l'état des petits malades au moment de leur admission, mais que, de plus, à leur sortie, l'observation fût complétée par une note détaillée indiquant ce qui s'est passé pendant

leur séjour à l'hospice, dans quel état ils se trouvent à leur départ et dans quelles circonstances ils ont été rendus aux parents.

Cette communication, on le conçoit sans peine, a reçu de l'Académie le plus sympathique accueil; elle s'est terminée par le vote de son envoi à M. le ministre de l'intérieur ainsi que du texte de la discussion qui l'a suivie.

Tous les orateurs qui ont pris part à cette discussion n'ont pas manqué d'insister également sur l'urgence et la nécessité de séparer aussi complètement que possible les diverses catégories d'enfants malades, et M. *Moutard-Martin* tout d'abord, rappelant les vœux déjà émis par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique dont il fait partie, demande la création d'une maison spéciale, située autant que possible en dehors de Paris, quelque chose d'analogue à ces hôpitaux spéciaux de Saint-Pétersbourg et de Moscou, construits sur les indications de M. le docteur Rauchfuss, et dont M. *Léon Le Fort* décrit les plans et le régime intérieur; l'isolement y est en effet réalisé de la manière à la fois la plus complète et la plus intelligente au point de vue architectural. L'hôpital, de dimensions cependant restreintes, bien que formant dans son ensemble un tout complet, est divisé en un certain nombre de services qui n'ont aucune communication possible les uns avec les autres. Chacune des maladies infectieuses de l'enfance : diphthérie, rougeole, scarlatine, a son local, son personnel, son organisation spéciale; de plus, il y a un service dit d'observation. Quand un enfant entre à l'hôpital avec de la fièvre, que l'on a tout lieu de penser qu'il se trouve au début d'une maladie, encore impossible à préciser, on le met dans la salle d'observation; quand la maladie est déclarée, reconnue, on le place immédiatement dans sa section. Le médecin principal a seul le droit de parcourir ces différentes sections, encore ne le fait-il qu'en ayant soin, dans chaque service, de revêtir une vaste houppelande qui est lavée chaque fois.

Il est vrai, comme le fait remarquer M. *Guéniot*, que de grandes améliorations ont été introduites dans l'hygiène des hôpitaux d'enfants depuis quelques années; l'ophthalmie purulente, contre laquelle des mesures prophylactiques judicieuses et sévères sont prises journellement, y est devenue rare et quant à la mortalité des nouveau-nés, qui avait jadis des proportions énormes, elle est aujourd'hui très réduite depuis que les hôpitaux renferment le nombre nécessaire pour nourrir tous les enfants, les syphilitiques exceptés; pour ceux-ci, on a renoncé avec raison au lait de chèvre et, grâce au lait d'ânesse, M. *Béclard* le fait observer, leur nourricière spéciale fournit des résultats très satisfaisants.

Toutefois, il faut reconnaître avec MM. *Bergeron*, *Marjolin* et *Moutard-Martin*, qu'un grand nombre d'enfants entrent dans les hôpitaux dépositaires bien portants et y contractent les maladies qui y règnent; de plus, il résulte des recherches statistiques de M. *Lagneau*, que les affections contagieuses, bénignes pour les enfants traités dans leur famille, comme la rougeole, la scarlatine et même la coqueluche, y sont des plus graves. Mais peut-on interdire d'ores et déjà, objecte M. *Bergeron*, l'admission des enfants venus du dehors à l'hospice des Enfants assistés? Il faudrait en même temps qu'on puisse admettre *régulièrement* dans les deux hôpitaux d'enfants les petits malades âgés de moins de deux ans et qui, étant sans mère, ne peuvent être admis dans les hôpitaux disposant d'un certain nombre de berceaux annexés à des lits de femmes adultes.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 12 AVRIL 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Amputations et désarticulations sous-périostées. — Ablation d'un épithélioma lingual; récidive dans les ganglions; amélioration passagère à la suite d'un érysipèle. — Élongation des nerfs optiques. — Extirpation d'un goître hypertrophique.

M. *Ollier* n'est pas un adversaire des amputations sous-périostées, mais il n'en est partisan que dans certaines limites; en 1859, il fit avec Follin sa première amputation sous-périostée. De 1860 à 1864, à Lyon toutes les amputations ont été faites par la méthode sous-périostée; les résultats étaient déplorables comme pour les autres opérations d'ailleurs. Dans quelques cas, M. Ollier obtint l'adhésion du périoste à l'os; une fois il se produisit une aiguille osseuse qui dut être réséquée. D'autres fois, il obtint des masses osseuses qu'on ne pouvait attribuer qu'à la manchette ou au lambeau périosté, car M. Ollier employait indifféremment l'un ou l'autre procédé.

Le périoste détaché de l'os peut produire des ossifications, cela est certain. Chez le chien, M. Ollier a enlevé complètement l'humérus, laissant le périoste et enlevant ensuite la patte; il se produisit un os de 7 centimètres de longueur. Chez le chat, la même expérience donne le même résultat. Cela montre que, dans des cas analogues, le périoste ne perd pas ses propriétés. L'os produit n'est pas aussi régulier que l'os normal, mais il est suffisant pour soutenir le membre.

M. Ollier a pratiqué au moins cent amputations sous-périostées avec des succès peu marqués. Chez les enfants il a obtenu quelques réunions immédiates. Chez les adultes, on a moins à craindre des ostéophytes, ou des masses osseuses; il n'y a aucun inconvénient chez eux à faire les amputations sous-périostées. Il faut toujours avoir soin de scier l'os au niveau du périoste décollé. M. Ollier a employé plus souvent le lambeau que la manchette, parce qu'il appliquait principalement cette méthode à l'amputation de la jambe; au fémur et à l'humérus, il fait la manchette. Pour avoir une manchette assez longue, il faut lui donner une longueur double du diamètre de l'os, à cause de la rétractilité du périoste. Le plus souvent on décolle facilement le périoste. Aujourd'hui, avec le pansement de Lister et la possibilité de la réunion immédiate, M. Ollier va étudier de nouveau la question, espérant obtenir de bons résultats.

M. Ollier revient aux désarticulations sous-périostées. Il pénètre dans l'articulation par une incision intermusculaire; il détache la capsule et fait saillir l'os, liant les vaisseaux ouverts; en employant le détache-tendon, on perd peu de sang. Ce qui a conduit M. Ollier aux désarticulations sous-périostées, c'est que dans une opération de résection il dut terminer par une désarticulation; la gaine périostique était conservée. Les suites de ces opérations sont presque bénignes. On ne peut pas espérer toujours avoir de l'os dans le moignon, mais chez les enfants cela n'est pas impossible et peut permettre l'application facile d'un appareil prothétique. Au pouce de la main, au gros orteil, M. Ollier fait cette opération, et les malades ont obtenu un coussinet ostéo-fibreux. Dans la désarticulation tibio-tarsienne avec conservation du périoste calcanéen, chez les sujets ayant moins de vingt-cinq ans, M. Ollier a obtenu des calcanéums mobiles, permettant la marche. Des faits de ce genre ont été publiés en 1868, et depuis M. Ollier a recueilli au moins vingt observations.

M. *Trélat* attire l'attention sur les différences qui existent entre les expériences sur les animaux et les opérations sur l'homme. Sur le chien et le chat, toutes les conditions étaient réunies pour la reproduction de l'os. Sur l'homme, nous ne demandons qu'une faible reproduction osseuse à l'extrémité de l'os coupé. D'ailleurs, l'expérience est favo-

rable aux procédés sous-périostés. M. Trélat rappelle un rapport qu'il a fait en 1863, sur une résection sous-périostée du coude; il défendait les opérations sous-périostées qui donnent la sécurité opératoire et la chance de régénération osseuse; quand l'opération est achevée, on a une gaîne périostique au lieu d'une surface de section saignante.

M. *Berger*. Il faut faire une distinction entre les cas pathologiques et les cas traumatiques; sur un os non enflammé, il est très difficile de détacher le périoste en manchette.

M. *Ollier*. En 1858 et en 1859, M. Ollier avait insisté sur l'utilité de la conservation des gaînes périostiques dans les désarticulations et les amputations. Depuis, on a fait au Val-de-Grâce des traumatismes sur des articulations saines, au moyen de balles de chassepot, et on a pu voir qu'il était facile d'enlever les esquilles, les os, et de conserver la gaîne du périoste. Dans les cas les plus défavorables, en allant doucement, avec une rugine bien tranchante, on peut conserver le périoste.

Pour la désarticulation de la cuisse, M. Ollier commence comme pour une résection, passant dans l'intervalle des muscles sans les couper; il fait saillir la tête, coupe le ligament rond et racle le périoste autour du col et des trochanters. Dans les cas traumatiques, au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, le périoste est déjà moins adhérent.

— M. *Pamard* (d'Avignon). En août 1880, un jeune homme consulte M. Pamard pour une tumeur située du côté droit de la langue, non loin de la pointe; le traitement antisyphilitique n'amena aucune amélioration. En octobre, ablation avec le thermo-cautère; guérison rapide. Il n'y avait rien du côté des ganglions. En février 1881, survient sur le côté gauche du cou un engorgement des ganglions et de la glande sous-maxillaires: la masse augmenta rapidement de volume, et s'ulcéra. Le 21 août survint un érysipèle de la face très grave; la tumeur disparut presque complètement. Mais l'érysipèle une fois guérie, le mal reparut. M. Pamard fit des injections de papaïne dans la tumeur, mais sans succès; le malade mourut le 9 novembre.

M. *Delens* a vu dans son service un fait analogue. Une femme avait un encéphaloïde du sein très volumineux et inopérable; survint un érysipèle; en quinze jours la masse fondit, ne laissant qu'une plaie; mais bientôt la tumeur se reproduisit.

— M. *Pamard* a fait l'élongation des deux nerfs optiques chez un homme de quarante-quatre ans, atteint d'atrophie de ces nerfs d'origine probablement syphilitique. Depuis six ans ce malade avait des vertiges et des douleurs violentes dont le point de départ était dans les yeux.

Le 8 septembre 1881 le malade étant chloroformisé, M. Pamard fit la section du muscle droit externe, et se mit à la recherche du nerf optique avec un crochet. Ce nerf fut amené jusqu'au rebord orbitaire. A gauche tout alla bien. A droite, le nerf optique se rompit. La malade souffrait beaucoup moins et n'avait plus de vertiges. Il mourut d'un accès de toux convulsive le 30 octobre.

— M. *Nepveu* lit un rapport sur un cas d'extirpation de goître hypertrophique simple chez une femme de vingt-trois ans; mort soixante-cinq heures après l'opération. A l'autopsie, M. Bouilly trouva une médiastinite aiguë et infectieuse.

M. *Tillaux* recommande de bien ouvrir la capsule du corps thyroïde, autrement on met la plaie en communication avec les médiastins et on a des fusées purulentes.

L. Leroy.

SÉANCE DU 19 AVRIL 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Correspondance. — Des amputations sous-périostées. — Réunion immédiate des tissus divisés par le thermo-cautère. — Résections sous-périostées; reconstitution des articulations nouvelles. — Polype naso-pharyngien; résection du maxillaire supérieur.

La correspondance comprend:

1° Une brochure de M. *Houzé* (de l'Aulnoit), sur les pansements à la période ischémique avec élévation du membre. En 1876, M. Houzé a préconisé la position verticale des membres contre les hémorrhagies; depuis, il a pu, sans ligature ni forcipressure, faire des amputations de jambe et d'avant-bras; il n'a jamais eu d'hémorrhagies à la suite de ce mode de pansement;

2° Une observation de M. *Baudry* (de Lille), sur l'ectopie testiculaire au périnée;

3° Un travail de M. *Ortéga*, sur les accidents de la syphilis congénitale;

4° Une note de M. *Cazin*, sur le toucher rectal dans la coxalgie;

5° Une thèse de M. *Bouilly*, sur les tumeurs aiguës et chroniques de la cavité de Retzius;

6° Le livre de M. *Reclus*, sur les tumeurs du testicule.

— M. *Houzé* (de l'Aulnoit) fait, depuis 1871, ses amputations par la méthode sous-périostée. On a pensé que chez les jeunes enfants il pouvait survenir des ostéophytes; jamais M. Houzé n'a vu survenir de production osseuse de nature à empêcher l'application d'un appareil prothétique. Chez les adultes, même quand l'os n'est pas enflammé, il est toujours facile sur le vivant de décoller le périoste; sur le cadavre, c'est plus difficile. M. Houzé taille toujours un lambeau antérieur comprenant les deux tiers de la circonférence du périoste. Chez les vieillards, on peut encore utiliser ce procédé, mais le périoste ayant peu de vitalité, M. Houzé ne donne pas le conseil de l'appliquer. Si on veut obtenir une réunion immédiate, il faut immobiliser le membre, et appliquer exactement le périoste sur l'os. Les amputations sous-périostées réussissent admirablement sur les doigts.

— M. *Nicaise* lit un rapport sur un travail de M. Reclus: de la réunion immédiate des tissus divisés par le thermo-cautère. La production de l'eschare est considérée comme un obstacle à la réunion par première intention; cependant quelques faits ont démontré que cette opinion était trop absolue; et le travail de M. Reclus contient cinq observations qui sont très probantes. L'eschare est variable en profondeur selon les tissus; plus la chaleur est intense, moins il y a d'eschare. Les tissus divisés par le thermo-cautère peuvent se réunir par première intention si l'eschare est mince, et si la plaie est protégée par le pansement antiseptique.

—M. *Ollier* fait une communication sur les résections sous-périostées et la reconstitution des articulations nouvelles. (Voy. *Gazette hebdomadaire*, 1882, p. 258 et 259.)

M. *M. Sée*. La pièce présentée prouve que les articulations réséquées par la méthode de M. Ollier peuvent se reproduire au point qu'on croirait que l'articulation n'a pas été réséquée. Mais il ne faut pas toujours espérer de si beaux résultats. Si les ligaments sont détruits, c'est une condition défavorable.

M. *Ollier*. Chez les hommes qui ont besoin de travailler, M. Ollier cherche surtout la force avec moins de mouvements, ce qu'on obtient en rapprochant davantage les fragments au risque d'avoir l'ankylose. On doit conserver les fongosités en les modifiant avec le fer rouge, afin de ne pas détruire la gaîne périosto-capsulaire.

M. *Forget* est étonné de voir qu'aujourd'hui aucun chirurgien n'apporte des faits à l'appui de ceux de M. Ollier;

le résultat est donc difficile à obtenir, pour qu'aucun chirurgien ne cherche à le produire chez ses opérés.

M. *Le Dentu* a vu à Lyon les beaux résultats des résections pratiquées par M. Ollier; il faut autant que possible opérer d'après les règles posées par ce chirurgien.

— M. *Guéniot* présente, au nom de M. Després absent, un garçon de seize ans qui a subi l'ablation du maxillaire supérieure droit pour l'extraction d'un polype naso-pharyngien. Grâce à un appareil appliqué par M. Préterre, la déformation est à peine visible.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 22 AVRIL 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

Pneumonie parasitaire du chien: M. Courtin; M. Mégnin. — Températures locales: M. Redard. — Régulation des étuves: M. d'Arsonval. — Influence du champ d'aimantation sur la fermentation: M. d'Arsonval. — Inscription de courbes graphiques par la fumée: M. d'Arsonval. — Réaction des centres nerveux corticaux et absence de réaction des nerfs aux cautérisations par le fer rouge: M. Brown-Séquard. — Faits contraires à la théorie de la transmission des excitations motrices corticales: M. Brown-Séquard. — Épidermotrophie: M. Vidal. — Images consécutives: M. Pouchet.

M. *Courtin* adresse une note relative à la pneumonie parasitaire du chien. Il a trouvé dans des noyaux ayant l'aspect de masses amyloïdes, de petits vers, les uns libres dans les alvéoles, les autres enkystés.

M. *Mégnin*, qui a examiné et dessiné ces parasites, les rapproche de ceux qu'a étudiés Laulanié (de Toulouse), mais il les trouve plus voisins encore du *Strongylus minutissimus* qui cause la pneumonie lobulaire vermineuse du mouton d'Afrique.

— M. *Redard* conclut des explorations thermo-électriques nombreuses qu'il a pratiquées à la surface de la paroi thoracique chez les phthisiques, que cet examen, dans la phthisie ancienne, ne fournit aucune indication précise. Au contraire, dans la phthisie aiguë, dans la phthisie au premier degré et principalement dans les formes congestives, on observe le plus souvent une élévation de température de 5 à 8 dixièmes de degré du côté où siègent principalement les lésions. Mais cette hyperthermie n'est pas localisée aux points qui correspondent aux lésions; elle est aussi marquée dans les régions indemnes.

On retrouve pour l'examen de la température comparée des aisselles les mêmes différences.

— M. *d'Arsonval* indique d'abord un procédé de régulation des étuves à température constante qui repose sur les différences du point d'ébullition de liquides variés. Ainsi, pour entretenir une étuve à 37 degrés on peut prendre l'éther qui bout à cette température, en ayant soin de condenser les vapeurs à mesure qu'elles se forment.

Il signale ensuite l'influence du champ d'aimantation sur la fermentation de la levûre de bière, et assimile les effets de l'aimantation à ceux que produit le passage d'un courant dans un solénoïde qui entoure le tube où est déposé le liquide.

— M. *d'Arsonval* montre, de plus, qu'on peut employer pour recueillir graphiquement l'indication de mouvements extrêmement délicats, la trace que laisse sur le papier blanc une fumée quelconque. Ici toute friction de style inscripteur est supprimée.

— M. *Brown-Séquard* rappelle qu'il a indiqué depuis longtemps le défaut de réaction des nerfs moteurs et sensitifs aux cautérisations par le fer rouge. Cette absence d'effet s'est retrouvée dans toutes ses expériences, sauf chez un animal qui avait subi auparavant une cautérisation de la peau de la cuisse : en tranchant le nerf sciatique avec le thermo-cautère, il a vu se produire de la douleur et du mouvement. Ici les conditions dynamiques du nerf avaient été modifiées par la cautérisation de ses branches terminales.

La surface du cerveau ne présente pas cette inexcitabilité aux cautérisations : en agissant sur l'écorce cérébrale, soit au niveau des centres moteurs, soit en d'autres points, on provoque une modification dynamique de la moelle telle qu'un animal, présentant une rigidité tétanique des quatre membres à la suite d'une opération de ce genre, a pu être considéré comme atteint de méningo-myélite.

Il est remarquable qu'au contraire les parties de la base de l'encéphale qui réagissent aux excitations mécaniques se montrent inexcitables par le fer rouge.

— M. *Brown-Séquard* expose un certain nombre de faits contraires à la théorie d'après laquelle on admet qu'il y a dans l'écorce du cerveau des centres agissant sur les muscles du côté opposé du corps par des fibres qui s'entre-croisent à la base de l'encéphale. — On voit par exemple les centres continuer à produire des mouvements des deux côtés du corps après la section transversale d'une moitié latérale de la moelle. Malgré l'interruption des fibres que doivent produire une première section transversale d'une moitié latérale du pont de Varole, et une seconde section d'une moitié du bulbe ou de la moelle du côté opposé, on voit encore se produire des mouvements dans les membres des deux côtés par l'excitation des centres d'un seul côté. La section longitudinale de toutes les fibres qui s'entre-croisent à la base de l'encéphale n'empêche pas la transmission d'un côté à l'autre des imitations motrices, résultat de l'irritation des centres moteurs d'un côté. Quand on irrite les centres moteurs du côté droit, la moelle ayant subi une hémisection à *gauche*, on voit se produire quelquefois des mouvements des membres ayant le caractère du déplacement connu sous le nom de bipède diagonal *droit*, de même quelquefois si on excite à *gauche* on voit encore se produire un bipède diagonal *droit*. Les combinaisons de ces réactions sont du reste multiples : ainsi on peut voir, pour une excitation unilatérale, se produire le déplacement des membres d'un seul côté (bipède latéral). Cette variété est rare, mais elle devient fréquente à la suite de la lésion des centres. Il arrive aussi que quand on a obtenu un bipède latéral par l'excitation corticale, la galvanisation de la base produit un bipède latéral du côté opposé après l'hémisection de la moelle.

Quand on a fait trois hémisections superposées de la moelle, du bulbe, du pont de Varole, on observe quelquefois une augmentation de puissance des centres moteurs correspondants, et des régions intermédiaires aux sections, et, au contraire, une diminution d'action des parties situées au-dessous.

Il arrive aussi quelquefois, après la section transversale d'une moitié latérale de la moelle épinière cervicale ou du bulbe d'un côté, ou du pont de Varole à sa partie supérieure de l'autre, que les centres moteurs agissent avec autant et même plus de puissance qu'à l'état normal, ceux de droite sur les membres gauches, ceux de gauche sur les membres droits. Ce n'est pas par suite du passage du courant galvanique que l'irritation se propage alors jusqu'à la moelle, car les choses se passent de même, que l'on ait mis ou non une substance non conductrice entre les surfaces de section. De plus, dans ces conditions, les excitations mécaniques des pédoncules cérébraux déterminent aussi des mouvements des membres.

De ces faits, l'auteur conclut que la doctrine des centres psychomoteurs, perdant la principale des bases sur lesquelles on l'a édifiée, doit être rejetée.

— M. *Vidal* présente un enfant atteint d'une affection cutanée à caractère pityriasique, mais remarquable en ce que la sécrétion épidermique, la sécrétion des poils, des ongles et de la sueur est considérablement exagérée. On a

donné le nom de pityriasis pilo-sébacé à cette maladie; M. Vidal propose la dénomination d'épidermotrophie généralisée.

— M. *Pouchet*, à propos de ce qu'on appelle les images consécutives, cite l'observation faite sur lui-même, de l'apparition brusque, dans le champ visuel, des objets qu'il a eu l'occasion d'examiner assidûment au microscope. Cette sorte d'apparition inopinée paraît bien résulter d'une hallucination passagère, car elle se dissipe aussitôt que l'attention est attirée de ce côté.

REVUE DES JOURNAUX

Amputation du col utérin par le thermo-cautère, combiné avec le cloisonnement du vagin par une chute de l'utérus, par M. A. Faucon (de Lille).

On connaît le procédé imaginé par M. le professeur Léon Le Fort pour remédier au prolapsus utérin et appliqué par lui avec un plein succès. Il consiste à aviver sur une ligne longitudinale la paroi antérieure et la paroi postérieure du vagin, et à maintenir en contact, au moyen de sutures, les parties avivées, après avoir, bien entendu, réduit le prolapsus. M. Faucon a eu occasion de pratiquer la même opération chez une femme de quarante-six ans, dont l'utérus, entièrement prolabé, présentait une telle hypertrophie du col que cette circonstance eût rendu difficile l'affrontement des parois vaginales. Le col fut amputé avec le thermo-cautère, et c'est un an plus tard, le 1er juillet 1880, qu'eut lieu l'opération du cloisonnement vaginal. On pratiqua en avril des injections phéniquées, et un tampon d'ouate phéniquée fut placé à la vulve. La fièvre traumatique fut très légère. Les fils de suture furent enlevés facilement vers le milieu de septembre. La guérison était complète. La malade avait eu ses règles le 3 septembre. (*Archives de tocologie.*)

De la gangrène gazeuse, par M. Daniel Mollière.

M. Daniel Mollière, le distingué chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, vient de publier un intéressant et nouveau mémoire sur la gangrène gazeuse. Nous avons analysé le premier travail (n° 48, p. 779, année 1881); nous analyserons le second, car ce qui touche aux complications des plaies, et en particulier à la plus redoutable d'entre elles, la septicémie, est trop intéressant pour être passé sous silence.

La « gangrène gazeuse » de M. Daniel Mollière est évidemment l'ancienne *intoxication traumatique* de Chassaignac, l'œdème purulent aigu de Pirogoff, la *gangrène foudroyante* de Maisonneuve, l'*érysipèle bronzé* de Velpeau, notre *gangrène septique* actuelle ou *septicémie aiguë*, mais point entièrement, car pour le chirurgien de Lyon on étudie sous ces noms des maladies complexes où la gangrène gazeuse complique l'érysipèle, la pyohémie et la septicémie — ou se complique d'elles. Grâce aux pansements antiseptiques, ces trois complications sont à peu près vaincues; la « gangrène gazeuse » se développe seule et cette entité morbide, dégagée de tout ce qui voilait son tableau clinique, peut être maintenant définie avec netteté.

La « gangrène gazeuse » est caractérisée par l'apparition, au lieu du traumatisme, d'une douleur excessive; par une dyspnée prémonitoire d'une grande importance pour le diagnostic; par un emphysème envahissant et par une cadavérisation rapide de la peau; enfin, par l'apyrexie. Ajoutons qu'elle se développe en général dans les vingt-quatrième ou dans les quarante et unième premières heures, chez les individus surmenés, à la suite des grands traumatismes et particulièrement dans certaines régions, le scrotum, par exemple, et le sein. Elle est inoculable et l'on trouve constamment, dans le tissu cellulaire, un microbe spécial découvert par Bottini et Novarre.

Cette maladie essentiellement septique a ceci de spécial que, d'après M. Daniel Mollière, « jusqu'ici la méthode antiseptique n'a eu aucune influence sur son développement ». Malgré le pansement de Lister, peut-être même au contraire grâce au pansement de Lister, la gangrène gazeuse s'abat sur le patient et le terrasse en quelques heures. Il y a là quelque chose de trop paradoxal pour ne pas ébranler quelque peu la confiance.

Pourquoi les solutions phéniquées si puissantes contre la septicémie n'auront-elles « aucune influence » sur cette septicémie? Nous voulons bien que, contre les accidents d'une trop grande violence et d'une intensité inouïe, on arrive trop tard, on ne frappe pas assez fort! Le sulfate de quinine n'a pas jugulé tous les accès pernicieux. Mais il n'est pourtant pas sans influence! Une plus forte dose, appliquée à un moment plus opportun, aurait peut-être réussi.

Aussi, nous restons dans le doute et nous attendons, avant de nous prononcer sur cette « entité morbide », le nouveau mémoire que M. Daniel Mollière doit publier sur ce sujet. Nous nous rappelons une remarquable clinique où le professeur Trélat nous exposait certains cas de septicémie foudroyante qu'il avait observés. Tous les cas étaient identiques. La maladie s'était développée en quelques heures, dans des régions riches en tissu cellulaire, à la suite d'une plaie chirurgicale : la douleur excessive, la dyspnée prémonitoire, l'infiltration gazeuse envahissante, la cadavérisation rapide, rien n'y manquait. Or, dans la plupart de ces cas, la septicémie s'était déclarée aux jours les plus chauds et les plus orageux d'août et de juillet. M. Trélat rapprochait ces observations d'une expérience célèbre de Davaine où sous l'influence d'une haute température, il provoquait la mort par une dilution sans influence appréciable dans un milieu moins chaud.

En somme, et pour nous résumer, les accidents redoutables que nous décrit M. Mollière ne sont-ils pas une forme suraiguë de ce qu'on appelle encore la gangrène septique, infiniment plus rare, dans la pratique parisienne, depuis l'emploi des antiseptiques, à l'encontre de ce que semble professer M. Mollière! Les prochains mémoires du chirurgien de Lyon éclaireront certainement ce point encore obscur. (*Lyon médical.*)

Travaux à consulter.

Du purpura rhumatismal comme complication de la blennorrhagie, par M. Finger. — Dans trois cas, les particularité du décours de la manifestation cutanée, indiquèrent une relation droite entre elle et la blennorrhagie. (*Wien. med. Presse*, 1880, n° 48.)

Tabes et syphilis par M. Erb. — L'auteur défend vigoureusement l'idée de l'origine syphilitique de l'ataxie locomotrice. Sur un total de 100 cas, étudiés et analysés par lui, on constate 12 fois l'absence de toute syphilis antécédente, et 88 fois l'existence de chancre avec ou sans accidents secondaires. Réciproquement sur 100 malades pris au hasard, et souffrant de maladies communes, il constate 79 fois l'absence de syphilis et 23 fois sa présence. Si l'on ne laisse de côté la statistique et la logique tout à la fois, ces chiffres plaident éloquemment pour un rapport étiologique entre le tabes et la syphilis, tel qu'on l'admet en France. (*Cent. für med. Wiss.*, 1881, n° 12.)

Des strictures syphilitiques du pharynx, par M. Langreuiter. —Dans un cas observé par l'auteur la cavité pharyngo-laryngée était remplacée par une cicatrice gris-rougeâtre présentant une ouverture de la grosseur d'une forte tête d'épingle. Incision antéro-postérieure avec un bistouri boutonné ; comme résultat immédiat on observe la réapparition de la voix. Dilatation ultérieure avec des sondes. (*Deutsches Archiv. für klin. Med.*, XXVII, p. 322.)

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'anatomie à l'usage des artistes, par M. Mathias Duval, professeur d'anatomie à l'Ecole des beaux-arts, etc. 1 vol. in-8. Paris, 1882, A. Quantin.

Cet ouvrage fait partie de la collection ayant pour titre : *Bibliothèque de l'enseignement des beaux-arts*, qu'a entreprise l'éditeur Quantin. Pour ce qui concerne l'anatomie artistique, notre savant confrère, M. Mathias-Duval, professeur d'anatomie à l'Ecole des beaux-arts, était naturellement désigné, et personne ne pouvait mieux ni plus promptement répondre à l'appel de l'éditeur, puisqu'il l'a fait avec *le résumé de son cours.* Nous notons ce point parce que, à côté de l'avantage de posséder un nouvel exposé des éléments d'une anatomie des beaux-arts, nous avons la satisfaction de savoir comment cette anatomie spéciale est comprise et enseignée dans une école de l'Etat.

Ce que la peinture, la seulpture, la gravure ont pour but principal de représenter dans l'homme et dans les animaux, c'est la vie; et quand, par exception, elles ont à reproduire la nature morte, c'est pour elles un avantage encore notable de bien connaître la nature vivante, parce qu'elles échappent mieux au défaut si commun de conserver à la première une partie des attributs de la seconde. Or, la vie, c'est le mouvement; le mouvement, c'est-à-dire l'action physiologique qui modifie les attitudes, les formes, et jusqu'aux proportions; c'est la concordance des mouvements généraux du corps avec les mouvements des parties et un rapport exact des uns et des autres avec les fonctions des agents moteurs. Tout se tient, tout s'enchaine rigoureusement dans cet ensemble; tout le mécanisme de la physiologie artistique entre en jeu simultanément : positions d'équilibre, actions synergiques des puissances musculaires, déplacements des leviers osseux, courbures de la colonne vertébrale, modifications de forme dans les articulations et dans les parties molles, etc. Et si l'on ne perd pas de vue ce principe, à nos yeux fondamental, que, soit nécessité d'équilibre, soit concours de plusieurs parties à l'accomplissement d'un même acte, soit intervention d'expressions passionnelles, il ne se produit pas dans la machine humaine, sauf peut-être sur l'homme couché, un seul mouvement qui n'ait pour condition d'autres mouvements associés aux premiers; que le plus souvent même, le corps tout entier, des pieds à la tête, subit le contre-coup de l'acte mécanique en apparence le plus circonscrit, comme l'élévation du bras, on comprendra l'importance que peut avoir, pour les artistes, une connaissance des lois et des instruments vivants de la mécanique animale.

M. Mathias-Duval est trop bon physiologiste pour n'avoir pas compris ces exigences de l'art. Seulement il y satisfait d'une manière particulière, que nous nous permettrions de lui reprocher sans le motif qu'il en donne lui-même au commencement de sa préface. « Ce précis d'anatomie, dit-il, est destiné aux artistes qui, ayant commencé leurs études spéciales, reproduisent les formes soit d'après l'antique, soit d'après le modèle vivant; qui, en un mot, ont déjà ce qu'on pourrait appeler la *notion empirique* des formes, des attitudes, des mouvements. Il est destiné à leur donner la *notion scientifique* de ces mouvements, de ces formes, de ces attitudes ». En conséquence, l'auteur parcourt, d'abord au point de vue ostéologique, puis au point de vue myologique, les diverses régions du corps, la tête, le tronc, l'épaule, etc., et à l'occasion de chaque région, après avoir donné, en termes précis et d'une grande clarté, la description sommaire de ses parties constituantes, fait ressortir la raison anatomo-physiologique de ces formes, de ces mouvements, de ces attitudes. Ce qui échappe à cette méthode, on le voit, ce sont les vues d'ensemble; la station même et la locomotion n'y ont point de place, non plus que la marche, la course, la natation, les positions diverses du corps, les mouvements de totalité des régions, les efforts généraux ou partiels, etc. Cependant, quelqu'idée que nous nous fassions des connaissances acquises par les élèves dans l'étude de l'antique et du vivant, nous restons convaincu qu'ils auraient encore beaucoup à apprendre, en matière de mécanique animale, de leur savant professeur, si celui-ci voulait bien se dévouer à cette tâche complémentaire. Son livre le montre, il a fréquenté et goûté l'antique; c'est sur l'antique principalement que se forme la première éducation des élèves : que de ressources rien que dans ces inestimables richesses de l'art pour l'étude à laquelle nous le convions! Quel exemple d'ailleurs que celui des illustres devanciers qui, comme Léonard, n'ont pas délaissé cette partie de la science artistique!

Ce qui a lieu pour le mouvement se répète pour les *proportions*, et par le même motif. D'intéressantes pages sont consacrées aux proportions respectives des hanches et des épaules et d'autres parties du corps; au pied et au medius considérés comme mesures communes pour la longueur du corps. Il rappelle même à cette occasion ce *canon égyptien* que le regretté Charles Blanc pensait avoir découvert, et sur le vrai caractère duquel nous avons cru devoir exprimer des doutes (*Dictionnaire encyclopédique*, article Anatomie des beaux-arts). Mais on ne trouve nulle part un tableau général des proportions tel que l'ont dressé Albert Durer, Léonard de Vinci, Jean Cousin et beaucoup d'autres après eux. C'est une lacune voulue, nous le répétons, comme la première, mais que, comme la première aussi, nous aimerions à voir un jour remplie dans l'enseignement de l'école.

Nous avons dit un mot tout à l'heure des expressions passionnelles. M. Mathias Duval s'arrête, avec une prédilection manifeste, sur l'expression faciale et sur les muscles qui en sont les agents, rappelant tour à tour les vues de Léonard de Vinci, de Humbert de Superville, de Gratiolet, de Duchenne (de Boulogne), de Darwin. C'est avec grande raison qu'il revendique la première étude vraiment expérimentale de cet important sujet pour Duchenne (de Boulogne), dont il résume les travaux avec une grande distinction de forme et avec la marque d'une parfaite connaissance du sujet. Comme lui, nous regardons comme précieuses pour la plastique les déterminantes obtenues par Duchenne au moyen de l'électrisation des muscles; chaque muscle de la face, dans sa contraction isolée, exprime spécialement un des traits principaux d'un état passionnel quelconque, la douleur, la gaieté, l'attention, etc.; mais, dans la réalité tout entière, chacun de ces mêmes muscles peut entrer dans des associations et des combinaisons dont l'expression complexe n'est plus du tout celle qu'on devait attendre de la théorie. Duchenne s'étonnait de rencontrer sur la belle figure connue sous le nom d'*Arrotino* la contraction des muscles sourciliers (muscles de la douleur) et du frontal (muscle de l'attention), qui est antagoniste du premier. Pour nous, disions-nous alors, l'expression du visage de l'Arrotin est celle « d'une forte préoccupation mêlée de curiosité », sans aucun signe de douleur. Or, on s'accorde assez généralement aujourd'hui à voir dans cette figure, diversement interprétée jusque-là, l'exécuteur des œuvres d'Apollon, se disposant à écorcher Marsyas. Il n'est pas probable que ce brave opérateur fût si sensible. En tous cas, nous le répétons, le repos de toute la face se refuse à y laisser voir l'expression d'un sentiment douloureux.

On trouvera, dans la première leçon du professeur, un court, mais substantiel plaidoyer en faveur de l'utilité des connaissances anatomiques dans les arts du dessin, plaidoyer presque tout historique, le meilleur de tous, puisqu'il appelle en témoignage les plus grands artistes du quinzième et du seizième siècles, tous plus ou moins adonnés à l'étude de l'anatomie(1). Après cet historique, comme le dit l'auteur, la

(1) Il ressortirait, suivant l'auteur, d'un passage de la préface du *De corporis humanis fabrica* de Vésale, édition de 1543, que le Titien aurait exécuté quelques-unes des magnifiques figures qui illustrent cet ouvrage. Nous n'avons pas

cause est gagnée, et *il n'y a plus lieu de plaider*. Tout ce qu'il dit des avantages que les peintres et les sculpteurs de l'antiquité et ceux de la renaissance ont tiré : les premiers, de l'étude toute extérieure du corps vivant sur les athlètes, les gladiateurs, les discoboles; les seconds, de l'étude des organes profonds, tout cela est d'une exactitude parfaite. Mais il nous permettra de mettre en doute une des conséquences historiques qu'il croit pouvoir en tirer. A ses yeux, les progrès de l'art seraient si indissolublemet, il faudrait dire si exclusivement liées à l'observation directe de l'homme vivant ou du cadavre, que c'est à « l'abandon des exercices du gymnase » qu'il rapporte la décadence de l'art antique, en ajoutant sans transition : « Plus tard, au moyen âge, l'art revint à des simulacres sans force et sans vie, lesquels expriment, sans doute, d'une manière merveilleuse, les aspirations mystiques de l'époque, mais n'ont rien de commun avec la représentation réelle de la forme humaine bien développée et agissante. » Nous craignons que les mots ne dépassent ici la pensée. Les transformations et les dégradations de l'art ne dépendent pas d'accidents si secondaires dans le train général de l'humanité. Nous accordons bien que, dans la statuaire romaine, le modelé se soit ressenti de la dégradation survenue, entre les beaux temps de l'art grec et le temps des empereurs romains, dans les formes des athlètes (les monuments de l'art antique en font foi) ; mais de là à une « décadence » de l'art, il y a quelque distance. Quant aux artistes chrétiens, ils avaient sous les yeux, à défaut des gymnasiarques, beaucoup des œuvres mêmes exécutées du temps des gymnases, nous voulons dire beaucoup de modèles de la statuaire antique. L'imperfection des nudités à cette époque tient à deux causes : elle tient d'abord à ce que l'art *renaissait*, et repassait ainsi par touts les tâtonnements d'un art dans l'enfance, et la preuve en est que, dans les peintures de ce temps, les proportions des figures, pour lesquelles il n'est pas besoin de gymnasiarques, sont aussi outrageusement violées que la vérité des formes ou la physiologie des mouvements. En second lieu, ces formes exténuées, sans relief, sans chair et sans vie, apparaissaient aux artistes comme la meilleure expression des scènes mystiques auxquelles étaient voués leurs pinceaux. Tout l'art byzantin est dans ce goût. Il avait son caractère propre au même titre, par exemple, que l'art égyptien, par des motifs très généraux et très puissants. Il est juste pourtant de tenir compte à l'opinion de M. Mathias Duval de ce fait que l'esprit religieux des premiers chrétiens les tenaient systématiquement éloignés et des statues antiques, qui étaient pour eux des ornements d'impiété, et des modèles vivants, dont leur pudeur ne s'accommodait pas.

En résumé, l'ouvrage de M. Mathias Duval, tel qu'il est conçu, est encore le plus complet et le plus instructif de ceux qu'on possède déjà sur le même sujet; c'est celui qui expose le mieux les changements visibles qu'amène dans les régions partielles du corps le fonctionnement physiologique. Si l'auteur veut quelque jour en agrandir le plan dans le sens que nous avons pris la liberté d'indiquer, il aura enfin complété à l'Ecole des beaux-arts cet enseignement si spécial de l'anatomie, dont le caractère avait été mal compris par plus d'un de ses prédécesseurs, et qui est tout à fait digne de son talent et de la nature si souple et si distinguée de son talent.

A. D.

sous les yeux celle édition, qui est, croyons-nous la première; mais nous avions l'opinion, généralement acceptée aujourd'hui et que M. Turner défendait ici même, dans de remarquables articles sur les planches même de Vésale: que tous les dessins sont de la main de Jean de Calcar, élève de Titien, la participation du grand peintre à ces planches, admis sur la foi de Tortebal (1668), ne repose sur aucun texte ni de Vésale, ni d'aucun autre. Le passage dont il s'agit, s'il a le sens indiqué par M. Mathias Duval, serait à publier.

Index bibliographique.

LE VACCIN HUMAIN : COMPARAISON DES DIVERSES SOURCES VACCINALES HUMAINES, par le docteur J. DARDIGNAC, médecin major de 2e classe. Broch. in-8° de 58 p. 1880. Bordeaux, G. Gounouilhou.

Cet important travail, daté de 1880, ne nous est parvenu que tout récemment. Il ne nous semble pas à propos d'entrer en ce moment dans l'examen de questions tant de fois débattues à l'Académie de médecine et dans la presse, et qui ne manqueront pas de solliciter de nouveau l'attention publique. Nous nous contenterons donc de relever dans la brochure de notre confrère les faits qui forment la base de ses appréciations et qui pourront être d'une grande utilité pour tous ceux que le sujet intéresse. La perspective d'une discussion prochaine à l'Académie justifiera la place tout exceptionnelle que nous donnons aux relevés statistiques dont le résumé d'ailleurs aurait exigé des pages nombreuses. Disons tout de suite que l'auteur n'a jamais eu l'occasion d'expérimenter le vaccin animal, horsepox ou cowpox : toutes les vaccinations et revaccinations sur les militaires ont été faites avec du vaccin humain, pris tantôt sur des enfants, tantôt sur des adultes, tantôt enfin sur des plaques. Cela dit, voici, par années, les opérations pratiquées par M. Dardignac, et les résultats obtenus sur un total de 2696 opérations.

Année 1874

SOURCES OU SUJETS VACCINIFÈRES	ÉTAT A L'INCORPORATION			OPÉRATIONS AU CORPS				
				VACCINATIONS		REVACCINATIONS		
	non vaccinés	variolés	vaccinés	avec succès	douteux	avec succès	sans succès	douteux
Vaccin cons. (plaque).....	»	»	»	2	»	»	»	»
Vaccin d'adulte...........	»	»	»	»	»	14	38	2
Id.	»	»	»	1	1	11	12	1
Id.	»	»	»	»	»	6	25	1
Id.	»	»	»	»	»	10	10	»
Totaux..........	4	»	130	3	1	41	85	4
Totaux égaux....	134			134				
Année 1875								
Vaccin conservé..........	»	»	»	2	»	»	»	»
Vaccin d'adultes.........	»	»	»	»	»	83	52	16
Id.	»	»	»	»	»	47	63	7
Vaccin de revacciné.......	»	»	»	4	2	65	59	14
Id.	»	»	»	»	»	69	57	12
Totaux..........	4	4	544	6	2	264	231	49
Totaux égaux....	552			552				
Année 1876								
Vaccin d'adulte...........	»	»	»	3	9	21	65	15
Id.	»	»	»	2	1	27	35	»
Id.	»	»	»	»	»	81	39	»
Vaccin de revacciné.......	»	»	»	»	»	49	38	6
Id.	»	»	»	»	»	18	24	9
Id.	»	»	»	»	»	41	47	11
Totaux..........	9	6	536	5	10	223	272	41
Totaux égaux....	551			551				
Année 1877								
Vaccin d'enfant...	»	»	»	3	2	29	35	»
Id.	»	»	»	2	1	30	34	3
Vaccin d'adulte...........	»	»	»	»	8	32	30	»
Id.	»	»	»	3	2	42	41	»
Id.	»	»	»	1	2	28	30	5
Id.	»	»	»	»	»	22	42	2
Totaux..........	14	10	405	9	15	183	212	10
Totaux égaux....	429			429				

Année 1878 à Toulouse

SOURCES OU SUJETS VACCINIFÈRES	ÉTAT À L'INCORPORATION: non vaccinés	variolés	vaccinés	OPÉRATIONS AU CORPS — VACCINATIONS: avec succès	douteux	REVACCINATIONS: avec succès	sans succès	douteux
Vaccin d'enfant	»	»	»	3	»	36	52	12
Vaccin d'adulte..........	»	»	»	»	»	46	50	5
Vaccin d'enfant..........	»	»	»	»	»	64	25	2
Totaux..........	2	1	292	3	»	146	127	19
Totaux égaux....	295			295				
Année 1878 à Saint-Gaudens								
Vaccin d'enfant	»	»	»	»	»	54	28	2
Id.	»	»	»	1	3	36	14	9
Id.	»	»	»	»	»	10	13	4
Totaux..........	2	2	170	1	3	100	55	15
Totaux égaux....	174			174				
	4	3	462	4	3	246	182	34
Total de l'ensemble au corps.	469			469				
Année 1879 à Toulouse								
Vaccin d'enfant..........	»	»	»	3	3	40	30	10
Id.	»	»	»	7	5	68	69	33
Id.	»	»	»	12	5	68	80	9
Totaux..........	29	6	407	22	13	176	179	52
Totaux égaux....	442			442				
Année 1879 à Saint-Gaudens								
Vaccin d'enfant..........	»	»	»	3	4	5	8	7
Id.	»	»	»	8	9	9	4	15
Id.	»	»	»	10	2	12	15	8
Totaux..........	31	5	83	21	15	26	27	52
Totaux égaux....	119			119				
	60	11	490	43	28	202	206	82
Totaux de l'ensemble au corps.	561			561				

Association générale des médecins de France. Société du Doubs.

Le compte rendu de l'assemblée générale du 14 mars 1882, mérite d'être particulièrement signalé en ce qu'il renferme une étude intéressante de M. le docteur Perron sur l'*honnêteté professionnelle*, d'après d'anciennes formules latines qu'il commente successivement.

VARIÉTÉS

De la création d'un ministère de la santé publique (1).

Tout ce qui se rapporte à la santé publique, a depuis quelque temps, le privilège d'attirer l'attention. On ne saurait trop se féliciter de cette heureuse disposition des esprits et les médecins me semblent être dans l'obligation étroite de la favoriser par tous les moyens en leur pouvoir. Le moment me paraît venu pour eux de revendiquer une juste part d'influence dans tout ce qui regarde la santé des agglomérations humaines; ils doivent se rappeler qu'eux seuls sont capables de mener à bien les réformes sanitaires dont chacun sent la nécessité, afin de diminuer et même de faire disparaître complètement les défauts d'organisation qui, chaque année, en notre cher et routinier pays de France, causent la mort prématurée de centaines de personnes.

Dans une conviction intime et réfléchie, je crois que la mesure la plus urgente, celle qui doit précéder toutes les autres, consiste dans la *création* d'un *ministère de la santé publique*. Ce qui suit n'est qu'un essai destiné à appuyer cette proposition.

I. Je suis persuadé que tous les médecins qui se sont occupés de la question se rangeront de mon côté. Du reste, je n'ai pas la prétention d'émettre une idée nouvelle. L'institution d'un ministère de la santé publique a été proposée et demandée déjà bien des fois et par des hommes éminents. Malheureusement l'administration n'a pas prêté l'oreille de ce côté, jusqu'à présent du moins. Ses dispositions ont-elles changé? Il est permis d'en douter en voyant ce qui se passe à propos de la médecine d'armée qui, malgré l'évidence, malgré l'expérience des pays étrangers et sans autre raison que ce que j'appelle *l'omnipotence de l'incompétence*, reste encore subordonnée à une autorité formée en dehors d'elle (1).

S'il pouvait devenir évident aux yeux de M. *Tout le monde* que les choses qui se rapportent à la santé de l'homme doivent être placées sous la direction de ceux qui ont fait de l'organisation humaine le but des études de toute leur vie, on serait, je pense, bien près d'arriver à conclure que la solution que je préconise est la plus favorable aux intérêts de la nation.

Les gens du monde en général se font une idée peu exacte de la médecine telle qu'elle tend à se constituer de nos jours et leurs idées sont encore plus confuses quand il s'agit d'apprécier le rôle social de l'hygiène publique. On conçoit facilement qu'il ne peut guère en être autrement si on remarque que notre enseignement secondaire et même supérieur a été constitué jusqu'ici de telle façon qu'il n'a pu manquer d'inculquer des idées incomplètes et souvent erronées. Nulle part, dans nos écoles, on n'essaie de donner aux jeunes gens des idées nettes sur la subordination et l'enchaînement nécessaire des diverses parties du savoir humain; nulle part, on n'insiste sur cette conception si profonde de la dépendance absolue des diverses catégories scientifiques suivant leur degré croissant de complication; nulle part on ne s'attache à démontrer qu'il est impossible de connaître et d'apprécier sainement le dernier terme de la série, si on n'a pas étudié, au moins dans leurs lignes générales, les termes antécédents.

C'est dans cet état de choses si fâcheux, qu'à mon avis, il faut chercher la cause des incohérences si nombreuses que l'examen le plus superficiel fait constater autour de nous. C'est là, dans le cas particulier qui m'occupe, qu'on peut trouver l'explication de la singulière association d'idées qui a fait distribuer les affaires sanitaires entre les ministères de l'agriculture, de l'intérieur, de la marine, de la guerre, la préfecture de la Seine, la préfecture de police et enfin les autorités municipales et départementales, sans qu'on voie jamais faire appel aux médecins autrement que pour donner des avis peu ou point écoutés.

Pour ne rien exagérer, je m'empresse de reconnaître que cet état de chose si peu rationnel n'a pas été établi tout d'un coup. Les diverses administrations se sont adjoint des services sanitaires au fur et à mesure des besoins et l'on ne pouvait peut-être pas penser sérieusement à les réunir tous dans une administration unique dirigés par des gens spéciaux tant que la biologie ou science de la vie ne s'était pas encore constituée scientifiquement en s'appropriant les procédés expérimentaux : mais il n'y a plus de raison pour qu'on laisse se perpétuer une situation essentiellement préjudiciable aux intérêts que le gouvernement a pour mission de protéger.

(1) Nous insérons avec le plus grand plaisir le travail de notre savant confrère, représentant si dignement la médecine française en pays étranger; nous nous permettrons seulement à la fin de son mémoire de présenter les objections que son projet nous paraît devoir comporter dans l'intérêt même de la thèse qu'il soutient.

(1) Ces lignes ont été écrites avant le vote de la loi qui affirme l'autonomie du corps de santé. (*N. de la R.*)

La nécessité des réformes pouvait ne pas se faire sentir tant que l'hygiène n'était qu'une collection de règles élémentaires à caractère individualiste et, pourquoi ne pas le dire, sans grande valeur scientifique. Il n'en peut plus être ainsi maintenant que la méthode expérimentale appliquée à cette partie de l'art médical en a fait un ensemble de connaissances dont la précision augmente tous les jours.

L'importance de l'hygiène publique n'est pas d'ailleurs sans avoir vivement frappé des personnes haut placées et beaucoup, même parmi les fonctionnaires étrangers à la médecine, mais au courant des progrès scientifiques, ne refusent pas d'admettre que le temps est venu où les choses médicales devraient être mises entièrement sous la direction des gens de l'art.

S'il est un axiome universellement reçu dans la démocratie moderne, c'est bien celui qui veut qu'on donne la fonction à l'homme capable de la remplir. Je viens demander son application à la santé publique. En d'autres termes, je réclame la création d'un *ministère de la santé publique*, qui centralisera tout ce qui se rapporte à la santé de l'homme, au point de vue médical comme au point de vue collectif.

Voilà une prétention exorbitante sans doute. Et pourtant, il est bien sûr qu'on verra cette création partout dans un temps peut-être moins éloigné qu'on ne pense. Alors on s'étonnera quelque peu des préjugés qui se sont opposés jusqu'à ce jour à l'adoption de ce rouage gouvernemental.

Chacun admet sans conteste que tout ce qui est mécanique doit être confié à un ingénieur, que tout ce qui est chimie doit être mis entre les mains d'un chimiste, etc. Il semble qu'on devrait conclure immédiatement que tout ce qui se rapporte à la santé de l'homme, soit isolé, soit réuni en société, doit être mis sous la direction de ceux qui ont étudié l'homme anatomiquement, physiologiquement et psychologiquement, c'est-à-dire aux biologistes ou médecins. Pourquoi n'en est-il pas ainsi? Une réponse complète exigerait de longs développements qui seraient ici hors de place. Il me suffira de faire remarquer qu'en conséquence du système d'éducation fâcheusement suivi de nos jours, et dont j'ai signalé plus haut la lacune fondamentale, si le public instruit n'est pas sans connaître la mathématique, l'astronomie, la physique et la chimie, il ne se fait qu'une idée fort confuse de la biologie et de ses attributions. Il ne se rend point compte de l'étendue des enseignements pratiques de cette science. Il en est encore à se figurer la médecine comme elle était autrefois, c'est-à-dire un ensemble de données empiriques bien plus que scientifiques avec lesquelles les initiés essayaient de guérir ceux qui étaient malades. Il ne s'est pas encore fait à l'idée que la médecine est arrivée à un degré de certitude infiniment plus élevé que par le passé : il n'est point informé du changement profond qui tend à transformer les habitudes du monde médical, changement qui consiste à faire porter la plus grande partie des efforts de la médecine vers la prévention des maladies, laissant la thérapeutique, ou l'art de guérir proprement dit, sur un plan différent quoique parallèle.

Tout cela explique pourquoi le public résiste ou reste indifférent aux suggestions des médecins. Aussi ces derniers doivent-ils considérer comme leur premier devoir de lutter contre ce préjugé causé par le manque de connaissances précises, et la seule manière de le combattre victorieusement est de faire comprendre aux gens de bonne foi que la médecine publique ou l'hygiène publique n'est pas la thérapeutique; que l'hygiène s'occupe de préserver la santé et non pas de la rendre à ceux qui l'ont perdue, qu'elle cherche à détruire les causes des maladies et non pas à guérir ceux qui sont malades, qu'en un mot son but, son idéal, est de procurer à l'homme, en quelque condition qu'il vive, un milieu extérieur et intérieur parfaitement salubre.

On a créé un ministre spécial pour les postes et les télégraphes; assurément ce service en valait la peine et nous ne saurions trop nous féliciter de cette excellente application du principe si fécond de la division du travail. Croit-on que le domaine du ministère de médecine publique serait moins vaste? Il est facile de se détromper en examinant les indications données par le décret du 18 décembre 1848, qui instituait les Conseils d'hygiène.

II. D'après ce décret, les attributions des Conseils d'hygiène sont les suivantes : 1° l'assainissement des localités et des habitations; 2° les mesures à prendre pour prévenir et combattre les maladies endémiques, épidémiques et transmissibles; 3° les épizooties et les maladies des animaux; 4° la propagation de la vaccine; 5° l'organisation et la distribution des secours médicaux aux malades indigents; 6° les moyens d'améliorer les conditions sanitaires des populations industrielles et agricoles; 7° la salubrité des ateliers, écoles, hôpitaux, maisons d'aliénés, établissements de bienfaisance, casernes, arsenaux, prisons, dépôts de mendicité, asiles, etc.; 8° les questions relatives aux enfants trouvés; 9° la qualité des boissons, aliments, condiments livrés au commerce; 10° l'amélioration des établissements d'eaux minérales appartenant à l'Etat, aux départements, aux communes et aux particuliers et les moyens d'en rendre l'usage accessible aux malades pauvres; 11° les demandes en autorisation, translation ou révocation des établissements dangereux, insalubres ou incommodes; 12° les grands travaux d'utilité publique : construction d'édifices, écoles, prisons, casernes, ports, canaux, réservoirs, fontaines, halles, établissement des marchés, routoirs, égouts, cimetières, la voirie, etc., sous le rapport de l'hygiène publique; 13° la topographie et la statistique médicale.

En examinant tous ces objets de l'activité des Conseils d'hygiène, en étudiant les idées qui ont présidé à leur fondation, on demeure facilement persuadé que ces assemblées sont vraiment une excellente institution et que, si leur fonctionnement actuel laisse à désirer, il n'y a qu'à remédier à cette lacune pour avoir une organisation parfaite des choses sanitaires. C'est précisément mon avis, seulement je crois que cette lacune ne peut être comblée que par la création d'un pouvoir central.

Actuellement les conseils d'hygiène n'ont ni autorité ni initiative. Ils sont placés sous la direction immédiate des préfets, hommes bien intentionnés, je n'en veux pas douter, mais à coup sûr parfaitement incompétents en hygiène publique. Ce sont ces fonctionnaires qui ont le pouvoir de mettre en mouvement les Conseils d'hygiène. Je n'exagère pas en disant que, sauf de rares exceptions, ils exercent le moins possible cette prérogative. Et quant ils l'exercent, ce n'est guère que pour la forme, car il arrive souvent que les décisions sur lesquelles les conseils sont appelés à délibérer ont déjà été prises sans qu'on les consultât, ou que le préfet ne tient aucun compte de leurs avis.

Eh bien! cette situation doit être changée et tous ceux qui ont le souci de la chose publique devraient être de mon côté pour demander que les attributions des Conseils d'hygiène deviennent effectives.

Il ne faut pas, qu'en des questions purement biologiques, comme toutes celles énumérées plus haut, l'autorité suprême soit donnée à des personnes sans préparation spéciale. Il ne faut pas que le médecin soit réduit au rôle de donneur d'avis, consulté si le préfet le veut bien, sur des sujets où l'autorité médicale devrait être entière.

Il devient donc indispensable que les Conseils d'hygiène soient rendus indépendants et autonomes. De là, résulte la nécessité d'un pouvoir qui centralisera et dirigera leurs efforts. Ce pouvoir ne peut être qu'un ministère de la santé publique.

Le ministre aurait sous sa direction les Conseils d'hygiène et de salubrité qui s'étendraient jusqu'aux cantons et aux communes par l'intermédiaire de comités et de correspon-

dants, et qui entreraient dans l'exercice effectif de leurs attributions.

Chaque Conseil ou comité d'hygiène élirait son président parmi ses membres et aurait le droit d'initiative dans sa circonscription. Ses décisions pourraient toujours être portées devant la Société de médecine publique et le Conseil supérieur.

Enfin le ministère réunirait dans un même édifice, les côtés administratifs et scientifiques, c'est-à-dire qu'on créerait à côté du service d'administration un véritable institut d'hygiène, comprenant des laboratoires et des musées destinés à favoriser les progrès de l'art.

Des créations semblables seraient le but poursuivi dans chaque département

De cette façon les choses de l'hygiène publique qui, jusqu'à présent, ont été dirigées par des personnes incompétentes, passeraienl aux mains de ceux qui en font le but de toutes leurs études. Cette conclusion semble avoir pour elle la logique et l'intérêt général. Pourtant, que d'obstacles s'opposeront à sa réalisation !

Valentin Vignard.

Médecin de la commission européenne du Danube, directeur du service sanitaire des bouches du Danube.

(*A suivre.*)

Nécrologie. Darwin. — Le monde savant tout entier est frappé dans la personne de Ch. Darwin, mort il y a peu de jours. Quelque jugement qu'on porte sur le transformisme, quelque part qu'on fasse dans la conception et le développement de cette doctrine, aux vues profondes de Lamarck ou bien aux lois posées par Cuvier et par Geoffroy Saint-Hilaire, on ne peut qu'admirer l'esprit étendu, fécond, pénétrant, aussi patiemment et minutieusement observateur que hardiment synthétique, qui a su faire de vues éparses et incomplètes, en les précisant, en les éclairant, en les agrandissant surtout, un monument régulier et d'une incontestable grandeur. On sait que Charles Darwin, petit-neveu d'un naturaliste éminent, Erasme Darwin, ne fit dans la carrière où il s'est tant illustré, le premier pas public qu'à un âge assez avancé. Né le 12 février 1809 (à Shrewsbury), il avait cinquante ans quand il publia son grand ouvrage : *On the Origin of Species*, etc. (traduit sur la troisième édition anglaise par notre compatriote, Mme Clémence Royer), auprès duquel un petit nombre de publications antérieures sont d'un faible poids. Toute sa vie avait été pourtant vouée à cette œuvre; mais il avait voulu la donner du premier coup définitive. Et l'on peut dire en effet que ses travaux ultérieurs, tout importants qu'ils sont, n'ont que médiocrement contribué à grossir le nombre de ses prosélytes. Presque tous ceux qui n'ont pas été séduits par le livre, sont restés réfractaires à toute tentation nouvelle, d'autant plus qu'en cette matière bien des considérations extra-scientifiques pèsent sur les convictions. Il faut lire néanmoins, pour avoir sous les yeux tous les éléments du darwinisme, l'ouvrage *sur la variation des animaux et des plantes sous l'action de la domestication* (1863), quelques études plus anciennes sur les *cirrhipèdes* et les *orchidées*, un livre intitulé : *La Descendance de l'homme et la sélection sexuelle*, 1871, un autre ouvrage *sur l'expression des émotions chez l'homme et les animaux*, traduit en 1877 par MM. S. Pozzi et René Benoît; enfin, divers mémoires *sur les mouvements des plantes grimpantes; les plantes insectivores; les récifs de corail*, etc., etc. Le dernier ouvrage de Darwin (*sur les vers de terre*) a paru il y a quelques mois à Londres. Les funérailles de cet illustre savant vont avoir lieu à Westminster.

— Encore une victime du devoir professionnel. Léopold Schœck, interne à l'Hôtel-Dieu, vient de mourir dimanche dernier après six jours de maladie. Epuisé par les fatigues du service hospitalier et par la préparation du concours de l'adjuvat, il fut atteint d'accidents graves d'intoxication générale avec diphthérie pharyngée; il ne prit le lit qu'à la dernière heure, lorsque ses forces trahirent son courage: quelques jours après, la veille même du concours, il succombait au progrès du terrible mal.

A la suite des obsèques qui ont eu lieu, à l'Hôtel-Dieu, mardi dernier, son corps a été transporté à Genève sa ville natale. Il laisse parmi ses collègues, dont il avait su conquérir l'estime et l'affection, d'unanimes et bien vifs regrets.

Association française pour l'avancement des sciences. — Congrès de La Rochelle. — Des subventions ont été accordées à MM. André, pour aider à la publication d'un ouvrage sur les parasites et les maladies de la vigne, 200 francs; Borelly, pour fouilles relatives à des sépultures préhistoriques en Algérie, 800 francs; Brillouin, pour continuer ses recherches sur les courants électriques (subvention B. Brunet), 1000 francs; Brongniart, pour aider à la publication d'un ouvrage sur les *Hyménoptères fossiles*, 200 francs; Capus et Bonvalot, pour aider à la publication des résultats de leur *Voyage d'exploration dans le Turkestan*, 2000 fr.; Debrun, pour continuation de ses *Recherches sur l'électricité*, 200 francs; Dujardin-Beaumetz et Audigé, pour la continuation de leurs *Recherches sur l'alcoolisme chronique* (subvention de la ville de Paris), 400 francs; Flahaut, pour aider à la continuation de ses *Recherches sur divers points de botanique*, 500 francs; Giard, pour continuation de ses *Recherches au laboratoire de zoologie maritime de Wimereux*, 500 francs; Manouvrier, pour participer à la continuation de ses *Recherches sur le cerveau*, 1200 francs; Patouillard et Doassons, pour aider à la publication d'un ouvrage *Les Champignons figurés et desséchés*, 400 francs; Sabatier, pour continuation de ses *Recherches sur les organes reproducteurs*, 500 francs; Salmon, pour la continuation de ses *Recherches sur les Dolmens de l'Aube*, 200 francs; Société de Géographie commerciale de Bordeaux, pour l'organisation de cours publics, conférences, etc., 500 francs; Société scientifique d'Arcachon, pour contribuer aux dépenses d'entretien des laboratoires, 200 francs; Tissandier, pour aider à la continuation de ses *Recherches sur les moteurs électriques légers*, 800 francs. De plus l'Association française confie à M. Gaureau, médecin aide-major à bord de la *Clorinde* qui doit stationner à Terre Neuve, un thermomètre à renversement dont elle fait l'acquisition (400 francs) à cette occasion pour qu'il puisse faire une étude suivie de température sous-marine, 400 francs.

Les fonds nécessaires aux bourses de sessions seront votés ultérieurement.

Congrès de La Rochelle. — Le Congrès de La Rochelle aura lieu du 24 au 31 août 1882. Pour tous les renseignements s'adresser à M. C. M. Gariel, secrétaire du Conseil, 4, rue Antoine-Dubois (place de l'Ecole de-Médecine).

Faculté de médecine. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Le professeur A. Fournier commencera ce cours, à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 5 mai, et le continuera les mardis et vendredis suivants. — Vendredi, leçon à l'amphithéâtre (neuf heures et demie); mardi, leçon au lit des malades.

Mortalité a Paris (16e semaine, du vendredi 14 avril au jeudi 20 avril 1882). — Population probable : 2225910 habitants. — Nombre total des décès : 1300, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 37. — Variole, 28. — Rougeole, 29. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 70. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 20. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 60. — Phthisie pulmonaire, 238. — Autres tuberculoses, 18. — Autres affections générales, 66. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 57. — Bronchite aiguë, 46. — Pneumonie, 109. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 57; au sein et mixte, 36; inconnu, 10. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 109; de l'appareil circulatoire, 84; de l'appareil respiratoire, 86; de l'appareil digestif, 37; de l'appareil génito-urinaire, 31; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 2; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 36. — Causes non classées, 10.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

De l'association de l'iode aux antiscorbutiques dans le traitement du lymphatisme et de la scrofule.

Aujourd'hui que l'engouement extrême dont a joui si longtemps l'usage des différentes espèces d'huile de foie de morue, a fait place à plus de calme, on s'est occupé de faire une saine et judicieuse appréciation des avantages comme des inconvénients de la médication oléique.

Sans vouloir amoindrir les nombreux succès dus à l'administration de l'huile de foie de morue, on doit cependant reconnaître qu'elle est refusée par l'estomac de beaucoup de malades, et très mal tolérée par un grand nombre d'autres, malgré tous les efforts tentés pour en masquer le goût désagréable. Dans ces cas très fréquents, le médecin est heureux d'avoir sous la main un médicament efficace, complémentaire et adjuvant de l'huile de foie de morue. Le *Sirop de raifort iodé* de Grimault répond complètement à ce désidératum.

Cette préparation, qui renferme les éléments du sirop antiscorbutique du codex : raifort, cochléaria, cresson, ményanthe, écorces d'oranges, unis à 5 grammes d'iode par kilogramme de sirop, et, à l'état de combinaison organique analogue à celle qui existe dans l'huile de foie de morue, est à ce point de vue une réelle innovation. Comment dès lors comparer le *Sirop antiscorbutique* obtenu par distillation, puis étendu de teinture d'iode, avec le *Sirop de raifort iodé* dans lequel la combinaison des sucs des plantes avec l'iode s'effectue à froid et lentement ! Voici pourquoi la coloration bleue de l'iode n'est plus décelée par l'empois d'amidon, et la disparition de tout phénomène d'intolérance chez les jeunes enfants n'a pas d'autre cause.

Je l'ai employé souvent depuis plusieurs années, et je puis affirmer qu'il ne m'a jamais fait défaut dans les diverses manifestations de la scrofule, telles que engorgement ganglionnaire, impétigo de la face, coryza chronique, etc.

Son efficacité m'a toujours paru nette et tranchée, surtout dans certaines affections des voies respiratoires, et spécialement dans la bronchite chronique, où il détermine toujours les améliorations les plus rapides et les plus durables.

Dans la bronchorrhée, lorsqu'elle donne lieu à une sécrétion bronchique considérable, sous l'influence de laquelle les malades ne tardent pas à maigrir et à perdre l'appétit, l'administration quotidienne du *Sirop de Raifort iodé* de Grimault, à la dose de trois ou quatre cuillerées à bouche, produit les meilleurs effets.

Sous l'influence de cette médication, on ne tarde pas à voir une modification notable dans la nature du liquide excrété : de purulent et de muco-purulent qu'il était, il devient muqueux ; puis il diminue, et s'il n'est pas entièrement supprimé, surtout chez les vieillards, il devient insignifiant, les malades n'expectorent plus que quelques glaires le matin à leur réveil ; l'appétit revient bientôt, et les sueurs disparaissent.

Les appréciations qui précèdent ne sont en réalité que le résultat d'un grand nombre d'observations de notre pratique particulière, qui permettent de donner, en terminant, les conclusions suivantes :

Toutes les fois que l'huile de foie de morue est prise avec trop de dégoût, ou mal tolérée par l'estomac des malades, lorsque, chez les enfants surtout, elle donne lieu à de la diarrhée, elle est remplacée avec avantage par le *Sirop de raifort iodé*.

Dans le traitement de l'engorgement ganglionnaire et suppuré, le *Sirop de raifort iodé* réussit toujours mieux que l'huile de foie de morue. Seulement, chez nos jeunes malades, nous insistions sur le bouillon gras, à la dose de deux petits bols par jour, et nous leur faisions donner chaque fois du beurre étendu sur une tranche mince de pain, et saupoudré de sel.

(*Journal médical de Vienne.*)

Goutte, rhumatisme et diathèse urique ; traitement.

Le rhumatisme, la goutte et la diathèse urique sont de même famille. Ces affections, procédant du même principe morbide, comportent à peu près les mêmes moyens curatifs. On connaît suffisamment l'étiologie de la goutte ; elle consiste dans la rétention, dans l'intimité des tissus, des matières destinées à être éliminées, telles que l'acide urique, les urates, les phosphates, etc., considérées par Forber, Parkinson, Wollaston, Petit, Garrod, etc., comme étant la cause prochaine et l'essence même de la goutte et de ses congénères.

Ce fait étant admis, il en est résulté la conséquence toute simple qu'il fallait rechercher les médicaments capables d'éliminer ces produits morbifères de l'économie. Ce n'était pas bien difficile à trouver, s'il s'agissait de tenir compte de l'action chimique seulement. En effet, par l'emploi des alcalins, on pouvait espérer d'arriver à la dissolution plus ou moins prompte et complète des sels dont il est ici question. Mais, ainsi que l'ont prouvé les expériences physiologiques et cliniques, les sels de soude activent, d'une façon toute spéciale, le travail de désassimilation, et, par ce fait même, ils placent l'organisme dans des conditions d'imminence morbide qu'il ne faut pas perdre de vue.

« Donner des alcalins, soit dans l'état de santé ou de maladie, disent Trousseau et Pidoux, ne peut jamais être » chose indifférente. Pris sans indication durant peu de » temps, ils ne causent en somme qu'un trouble momentané ; » pris en grande quantité et longtemps, ils causent une » cachexie, un amaigrissement déplorable.

» Déjà les anciens avaient admirablement indiqué l'influence des alcalins sur la composition du sang. Ils avaient » vu que ce liquide nourricier devenait plus fluide, qu'il se » décolorait, et qu'à la fin, il s'établissait une cachexie alcaline, caractérisée par la pâleur, la bouffissure générale et » des hémorrhagies passives. En outre, il survenait un amaigrissement irréparable. Depuis quelques années, l'usage » excessif que l'on a fait des eaux de Vichy, de Carlsbad et » de Pougues, dans le traitement de la goutte, a permis de » juger cette grave question, et nous ne craignons pas de » dire que l'abus des alcalins a causé plus de mal que l'abus » de l'iode et du mercure. »

Aujourd'hui, Trousseau et Pidoux ne sont pas seuls à penser de cette façon. Les expériences physiologiques faites en France, en Allemagne, en Angleterre, etc., ont suffisamment établi que les alcalins non seulement ne méritent guère la faveur spéciale dont ils ont joui pendant longtemps, mais

qu'ils doivent être administrés avec une grande prudence, si l'on ne veut voir éclore la cachexie alcaline, l'anémie et toutes ses conséquences.

Si les alcalins, à cause des dangers auxquels ils exposent, ne peuvent être employés, à quelle autre médication devrait-on avoir recours pour arriver à prévenir ou à combattre la diathèse uro-rhumatismo-goutteuse? Il semblerait que l'on trouve réunis dans un seul et même produit pharmaceutique, dans l'huile de genévrier, tous les éléments nécessaires pour atteindre ce but avec succès.

L'huile de genévrier, résultant de la combustion et de la distillation réunies des baies et du bois de genévrier, participe tout à la fois des propriétés du goudron par ses produits résineux et balsamiques et de celles de la térébenthine par son huile essentielle. Or, voici ce que dit Bouchardat à ce sujet:

« Introduits dans l'appareil de la circulation, les principes » actifs des balsamiques y produisent des effets dignes d'être » notés. C'est d'abord une stimulation générale, qui se mani- » feste plusieurs heures après leur administration, par une » élévation du pouls, une agitation fébrile insolite, etc.; » mais ce qui est surtout remarquable, c'est de la pesanteur » dans la région des reins, c'est la modification que l'urine » éprouve dans son odeur et souvent aussi dans sa compo- » sition. »

L'huile de genévrier a une action très bienfaisante sur l'appétit, les digestions et la circulation. Il en résulte un mouvement plus rapide du sang, une élaboration plus complète des éléments fournis par l'absorption intestinale, et de là, une augmentation de l'urée, une diminution de l'acide urique, et la sécrétion d'une quantité plus considérable d'urine.

« L'infusion des baies de genévrier et leur extrait, disent » Trousseau et Pidoux, sont plus spécialement appropriés à » faciliter la sécrétion de l'urine dans les hydropisies et à » fortifier l'estomac. »

« Leur spécialité d'action ou la prédominance de leurs » effets, dit M. le professeur Gubler, du côté de l'appareil » urinaire, a fait réserver leur emploi pour les cas où il » convient d'augmenter la diurèse. »

L'huile de genévrier possède encore la propriété d'insensibiliser les surfaces au contact desquelles elle est amenée et de soulager promptement les coliques néphrétiques, comme elle a celle de guérir le catharre vésical, de ramener la contraction des parois musculaires de l'organe qui se vide plus complètement; elle prévient ainsi la fermentation des urines et les prédispositions à l'hématurie.

De tout ce qui précède il faut conclure que:

1° L'huile de genévrier remplace avantageusement les sels alcalins dans toutes les affections goutteuses, arthritiques, dans la gravelle, etc.; en un mot, dans toutes celles qui sont caractérisées par la présence, en excès, d'acide urique et autres sels de nos sécrétions;

2° Excitant de digestion, elle relève les forces en activant les fonctions digestives au lieu de produire l'anémie, comme tous les alcalins;

3° Excitant de combustion, elle provoque l'oxydation complète des corps azotés et assure leur transformation en urée;

4° Puissamment diurétique, elle opère la dissolution ou l'élimination de tous les sels qui auraient de la tendance à séjourner dans les reins;

5° Balsamique, elle arrête les fermentations ammonicales de l'urine dans la vessie, guérit les catarrhes de sa muqueuse, ramène sa contractilité, prévient et guérit les hématuries;

6° Anesthésique, elle enlève rapidement les accès de colique néphrétique. (Le *Scalpel*, de Liège.)

D'ingénieux appareils de son invention permettent à M. Vial de produire, régulièrement chaque jour, des milliers de capsules contenant une proportion d'huile, dont le dosage mathématique en permet un emploi aussi précis que facile.

Dans toutes les affections où l'on emploie l'huile de genévrier, le malade prendra de deux à six capsules Vial par jour, pendant le repas, soit dans un verre d'eau, soit dans une cuillerée de potage. Un régime sévère, peu d'aliments azotés, l'usage de boissons chaudes aromatiques, ou d'eaux très légèrement alcalines (Vittel, Candillac) compléteront et assureront l'efficacité du traitement.

La Nature, revue des sciences et de leurs applications aux arts et à l'industrie.

Le journal *la Nature* a pris aujourd'hui un des premiers rangs parmi les publications scientifiques de la France et de l'étranger. On a dit à bon droit de ce recueil qu'il était à la fois, le *Magasin Pittoresque* de la science, et le *Tour du Monde* savant et industriel.

Toujours à la recherche de l'actualité; il pénètre en effet partout où se font les grandes recherches et les importants travaux; il ouvre à ses lecteurs les établissements scientifiques, les laboratoires, les musées, les collections, les usines; il suit l'explorateur dans ses voyages; il prend part aux congrès scientifiques, aux réunions des Sociétés savantes; il se fait l'écho de toutes les manifestations du progrès.

Le journal *la Nature* donne une place exceptionnellement importante au dessin sous forme de gravures, de cartes, de plans, de figures schématiques, et de la sorte il n'est pas seulement l'un des recueils périodiques les plus luxueusement illustrés: il donne à sa rédaction un caractère remarquable et tout spécial de concision et de clarté.

Un texte écrit est souvent long, aride, difficile à comprendre; un dessin bien présenté parle immédiatement aux yeux. Le naturaliste n'a plus que peu de mots à dire s'il lui est permis de recourir au portrait de l'individu qu'il veut définir; les appareils de physique et de mécanique se font comprendre d'eux-mêmes quand ils sont représentés par une coupe qui en fait voir la construction, et un dessin d'ensemble qui en donne l'aspect général. La géographie ne peut être bien enseignée que par des cartes; la statistique, si abstraite quand elle est présentée sous forme de chiffres, est au contraire attrayante et devient la plus éloquente démonstration des faits quand elle est figurée sous forme de courbes. On peut dire que la méthode graphique, au développement de laquelle *la Nature* a puissamment contribué depuis dix ans, s'applique de même à toutes les sciences.

Le journal *la Nature* donne chaque semaine un bulletin météorologique rédigé sous la direction de M. Renou, dont tout le monde connaît la haute compétence; une autre page de la couverture est consacrée à une *Correspondance* avec les abonnés, correspondance qui, traitant toujours de sujets scientifiques ou directement pratiques, s'adresse presque autant à tous les lecteurs qu'à celui qui a fait la question à laquelle répond la rédaction.

C'est dans le journal *la Nature* qu'ont tout d'abord paru ces séries d'expériences intéressantes et cependant à la portée de tous qui ont depuis eu tant de succès sous le titre de *Récréations scientifiques*. Le volume XVII, récemment terminé, est sans contredit, au point de vue du texte comme de l'illustration, la photographie la plus exacte, la plus vivante, de *l'Exposition d'électricité*, ce grand événement scientifique de l'année 1881.

Le journal *la Nature* est l'histoire faite au jour le jour, et cependant toujours vraie du mouvement de la science; c'est ainsi que, toujours au courant du mouvement scientifique, fidèle à la mission qu'il s'est tracée: *vulgariser la science sans la rendre vulgaire*, ce recueil répond à un besoin d'une époque où la science est partout et progresse chaque jour. Il s'adresse à tout le monde, aux savants, aux gens du monde, à la jeunesse.

Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris.

Du lactate de fer

L'action du fer dans la chlorose et la chloro-anémie est tellement connue qu'il ne saurait plus être question d'en faire l'éloge, et s'il est une étude à faire au sujet des nombreuses préparations martiales, c'est uniquement dans le but de savoir quelles sont celles qui peuvent être les plus efficaces, et surtout celles qui ne peuvent jamais nuire.

Il est d'abord de toute évidence qu'une préparation ne saurait être efficace qu'autant qu'elle est de nature à être assimilée, et la première condition pour être assimilée, c'est qu'elle soit soluble. Un certain nombre de préparations sont solubles par elles-mêmes, d'autres ne le sont qu'en empruntant aux organes les acides physiologiques qu'ils contiennent. Dans le premier cas, l'assimilation se fera tout naturellement et sans aucun effort de l'organisme, il en sera différemment dans le second cas qui exigera de l'estomac un travail plus ou moins laborieux. Il est hors de doute, par conséquent, que les préparations dans lesquelles le fer est soluble doivent avoir la préférence.

Des expériences nombreuses et concluantes peuvent d'ailleurs guider les praticiens à cet égard. M. Claude Bernard a étudié comparativement l'action du sulfate ferreux et celle du lactate de fer ou dragées de Gélis et Conté. Il a vu que ces deux sels, placés dans les mêmes conditions, se comportent d'une manière toute différente. Le lactate de fer, injecté en dissolution, même saturée, dans le sang, ne produit aucun accident et est complètement assimilé ; tandis que le sulfate de fer, employé même à des doses très minimes, chemine dans tous les organes sans être assimilé et amène presque toujours la mort. Le même expérimentateur a constaté que le sulfate de fer se retrouve en entier dans les urines, mais que le lactate ne s'y montre point, preuve nouvelle de son assimilation.

En 1858, des expériences fort importantes ont été faites par une commission de l'Académie de médecine dans le but de déterminer l'action digestive du suc gastrique sur la fibrine en présence du fer. Il a été reconnu que certains sels de fer solubles sont absorbés sans être assimilés. De plus, la plupart des ferrugineux expérimentés doivent être considérés non seulement comme inefficaces, mais encore comme directement nuisibles, puisque, sur les neuf préparations soumises à l'expérimentation, six ont plus ou moins paralysé la digestion. L'action digestive du sac gastrique n'a pu se manifester d'une manière complète qu'en présence du lactate de fer. Le fer réduit et le pyrophosphate ont entravé cette action, sans toutefois l'arrêter complètement ; mais il a fallu les donner à très petites doses.

Le rapporteur de la commission, M. F. Boudet, s'exprimait en ces termes : « Les résultats obtenus avec le lactate, le tartrate et le citrate de fer, et le fer réduit, sont conformes à ceux que MM. Boudault et Corvisart avaient obtenus dans des expériences antérieures ; ils montrent que le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal partage, avec des sels de fer dont l'efficacité est incontestable, comme le tartrate et le citrate, et avec le fer réduit lui-même, la propriété de paralyser l'action digestive du suc gastrique, et que le lactate de fer seul jouit d'une parfaite innocuité à cet égard. »

De ces expériences on peut conclure que les préparations ferrugineuses réellement efficaces qui se présentent au choix d'un praticien ne sont pas très nombreuses ; et que le nom de *préparation ferrugineuse normale* peut rationnellement s'appliquer au lactate de fer ou dragées de Gélis et Conté ; car il paraît bien démontré aujourd'hui que le fer n'est assimilé qu'à l'état de lactate. Il est en cet état éminemment soluble et est assimilé sans l'intervention du suc gastrique, laquelle ne peut se produire qu'aux dépens de la digestion. Aussi son premier effet est-il d'augmenter l'appétit et d'activer les fonctions digestives.

« Ce sel, dit M. le professeur Gubler, n'ayant pas une saveur atramentaire très prononcée, n'exerce aucune action irritante sur la muqueuse gastrique, ce qui est un avantage pour l'emploi interne ; mais, en revanche, il ne jouit pas des propriétés styptiques efficaces des sels de fer solubles à acides minéraux. Aussi n'est-il d'aucune utilité comme topique astringent ; on s'en sert uniquement dans la médication tonique analeptique dont il constitue, d'après Andral, Bouillaud, Beau, Rayer et d'autres médecins éminents, l'un des meilleurs agents chez les chlorotiques, les anémiques et les sujets épuisés. »

Un grand nombre d'observations prises dans les services de MM. les professeurs Andral, Bouillaud, Fouquier, Bally, Nonat, Beau, etc., démontrent l'efficacité des *Dragées et Pastilles de Gélis et Conté*, dans toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang, comme la *chlorose* et l'*anémie*, l'*aménorrhée*, qui en est souvent la conséquence. Elles sont non moins efficaces pour aider au développement des jeunes filles et dans tous les cas où il faut ranimer les forces vitales, comme à la suite de longues maladies, d'abondantes saignées, etc.

Les déductions de la science aussi bien que l'expérience des faits s'accordent donc pour justifier la préférence que les médecins accordent à ces dragées sur toutes les autres préparations martiales.

(*Union médicale.*)

THÉRAPEUTIQUE

De l'action physiologique et thérapeutique de la digitale.

La digitale occupe l'un des premiers rangs de la matière médicale; elle produit en effet, sur l'organisme humain, deux phénomènes importants, l'accroissement de la diurèse et le ralentissement du pouls. Dès que ces effets eurent été constatés, la digitale attira l'attention de tous les praticiens et devint pour les chimistes l'objet de nombreux travaux; il était certain, en effet, que son emploi devait avoir une action utile dans toutes les affections du cœur. En effet, elle ralentit les battements de cet organe au point de faire tomber les pulsations du pouls de près de moitié, et il est constaté que le pouls devient plus fort et plus résistant à mesure que le nombre des pulsations diminue; de telle manière que la digitale, convenablement administrée, peut devenir le régulateur de la circulation, et la tonifier en la réglant.

Voici un fait qui en est la démonstration la plus évidente :

« Camille de B..., âgé de quinze ans, de haute taille pour son âge, élève interne au collège Stanislas, à Paris, a été pris d'un ensemble de symptômes que l'on pouvait considérer comme les prodromes d'une fièvre typhoïde : épistaxis répétées, étourdissements, pâleur, diminution de l'appétit, nausées, coliques, diarrhée légère, un peu de fréquence du pouls avec augmentation de chaleur à la peau, affaiblissement. Ce jeune homme, transporté dans sa famille, qui habite un des quartiers les plus aérés de Paris, fut mis au repos du corps et de l'intelligence et soumis à un régime et à un traitement appropriés. En peu de temps sa santé se rétablit. L'appétit se réveilla, les garde-robes redevinrent régulières et le sommeil normal. Les forces mêmes parurent reprendre leurs conditions naturelles. Le jeune homme se disait bien portant. Cependant le pouls battait 138 à 140 fois; à l'auscultation, les battements du cœur avaient une grande violence, le cœur bondissait dans la poitrine; le visage restait pâle. Il y avait évidemment anémie, que l'on pouvait rationnellement attribuer à une croissance rapide, coïncidant avec une alimentation insuffisamment réparatrice et avec une aération incomplète La digitale était indiquée. Le sirop de Labélonye fut donc prescrit, d'abord à la dose d'une cuillerée à bouche le soir en se couchant. Au bout de trois ou quatre jours, le pouls était à 132 et les battements du cœur moins forts. Alors la dose du médicament fut doublée; une grande cuillerée le matin, et autant le soir. Après huit jours de cette médication le pouls ne battait plus que 96 fois, et l'impulsion du cœur était entièrement normale. En même temps, les forces faisaient des progrès et la santé générale allait s'améliorant. Au moment où nous écrivons le traitement est continué; on l'a complété par l'adjonction d'une préparation ferrugineuse.

L'action de la digitale bien démontrée, il était important de rechercher à quel principe elle devait ses propriétés bienfaisantes. Le professeur Gubler, à la suite d'analyses comme il sait les faire, a trouvé dans la digitale deux huiles dont l'une volatile, une matière grasse, une résine, un principe amer désigné sous le nom de digitaline, le digitalin, la digitalose, les acides digitalique, antirrhinique et digitalésique. Il n'était pas possible d'attribuer à l'un ou l'autre de ces principes les vertus médicinales de la digitaline, et il fut bientôt prouvé que ce n'était pas à un principe unique, mais à la réunion des principes extractifs de l'huile, de la résine et des sels qu'elle renferme qu'elle devait ses propriétés. M. Labélonye, dont les recherches ont éclairé la question d'une vive lumière a reconnu que l'extrait hydro-alcoolique était la préparation la plus favorable à l'administration de ce médicament. Il l'a mise dans le commerce sous le nom de digitale de Labélonye, et le corps médical l'a accueilli avec toute la faveur qu'elle méritait. Trente-cinq années d'expérimentations, faites par les médecins de tous les pays, ont prouvé que ce sirop jouissait de toutes les propriétés de la digitale, sans avoir aucun des inconvénients des autres préparations de cette plante. Jamais il n'a amené aucun des accidents que détermine parfois la digitaline, et cependant il possède au plus haut degré l'action sédative et diurétique de la digitale. Il a toujours été employé avec grand succès dans le traitement de l'hydropisie, les bronchites nerveuses, asthmes, catarrhes et tout spécialement dans les affections du cœur, et est devenu l'un des agents les plus précieux de la thérapeutique.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Société des sciences médicales de Gannat. Compte rendu des travaux de l'année 1880-81, 35e année, par M. le docteur Paul Fabre. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Des adénites et des adéno-phlegmons de la région cervicale dans l'angine diphthérique et dans la scarlatine, par M. le docteur Paul Arène. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Contribution à l'étude des rapports des affections rénales avec les maladies chirurgicales, par M. le docteur Bruchet. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Étude clinique de l'accouchement prématuré accidentel, suivie de recherches historiques et cliniques sur l'accouchement prématuré artificiel à Lyon, par M. le docteur G. Vayssettes. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

De l'arthrite aiguë d'origine blennorrhagique, par M. le docteur Brun. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

De la mensuration théorique et pratique du diamètre promonto-pubien minimum au point de vue obstétrical et d'un pelvimètre direct à arc tangent au pubis, par M. le docteur E. Crouzat. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

Rapport sur les eaux thermales d'Aix en Savoie, pendant l'année 1880, par M. le docteur Blanc. In-8, avec 2 planches. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 4 mai 1882.

Académie de médecine : Isolement des contagieux dans les hôpitaux d'enfants. Dépôt des Enfants assistés.

Pendant l'année 1881, sur 581 décès constatés à l'hospice des Enfants assistés, 394 sont survenus chez des enfants entrés malades et qui n'ont fait que passer directement du dehors à l'infirmerie, 187 ont eu lieu chez des enfants devenus malades dans la maison même. Ces chiffres sont ceux que M. le professeur Parrot vient de faire connaître à l'Académie de médecine dans les observations qu'il a présentées sur le Dépôt ou plutôt en plaidant les circonstances atténuantes pour l'administration de l'Assistance publique, si malmenée par le discours prononcé par M. Marjolin à la séance précédente. Ces chiffres, nous nous permettrons de le faire remarquer à notre tour à M. Parrot, ont une signification déjà assez nette, car ils montrent que, sur trois enfants morts à cet hospice, il en est au moins un dont la maladie s'est déclarée depuis son entrée dans l'établissement, et, lorsqu'on songe que la moitié environ des maladies qu'on y soigne sont des affections contagieuses, on s'étonne qu'une telle organisation hospitalière puisse donner lieu à controverse.

Assurément, et l'on doit en exprimer une gratitude toute particulière à M. Parrot, de grandes et importantes améliorations ont été en partie réalisées et surtout sont projetées, — depuis combien de temps, on ne le sait que trop, — en ce qui concerne l'isolement des contagieux dans cet hospice et la bonne tenue du Dépôt; on en lira le résumé au compte rendu de la séance; mais peut-on raisonnablement espérer que l'établissement dans lequel la mortalité se décompose dans la proportion que nous venons de rappeler d'après des chiffres authentiques, puisse satisfaire aux conditions hygiéniques qu'on est en droit de réclamer aujourd'hui pour les enfants sains obligés d'y séjourner? Les critiques, et si l'on veut, les véhémentes attaques de M. Marjolin restent donc entières et les observations atténuantes de M. Parrot nous paraissent tendre plutôt à les confirmer. Puisque l'éminent médecin de cet important service a déjà tant obtenu des bonnes grâces administratives, nous sommes convaincus qu'il n'hésitera pas à réclamer, non seulement toutes les améliorations, mais aussi les suppressions radicales recommandées par une rigoureuse hygiène hospitalière, et qu'il les exigera avec cette fermeté et cette confiance en sa légitime autorité qui seules peuvent en imposer aux hésitations bureaucratiques et empêcher les compromis trop souvent aussi funestes que des ajournements.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE, DILATATION IMMÉDIATE PROGRESSIVE; GUÉRISON EN UNE SEULE SÉANCE, par M. CHAPUT, interne à l'Hôtel-Dieu (service de M. Léon Le Fort).

OBS. — Gauthier Jean, âgé de cinquante-quatre ans, est entré salle Saint-Côme dans le service de M. le professeur Le Fort, le 6 février 1882.

Il a eu à l'âge de dix-huit ans une blennorrhagie avérée, qui dura deux mois et se développa avec l'appareil symptomatique ordinaire.

Pendant une période de trente années, le malade n'éprouva pas d'accidents. A peine avait-il remarqué depuis quelques mois des troubles de sa miction, lorsqu'il y a six ans, une rétention d'urine complète survint brusquement et le força de recourir à un médecin. Sur les conseils de ce dernier, il prit des bains de siège et on lui mit des sangsues au périnée. Il arriva à pisser, mais difficilement, si bien qu'il ne put reprendre son travail qu'au bout de deux mois après avoir recouru plusieurs fois au même traitement. Il faut noter qu'à aucune époque on ne lui passa la sonde.

A partir de cette époque les choses allèrent tant bien que mal; de temps à autre le malade était obligé de recourir aux bains et aux sangsues pour remédier aux difficultés de la miction.

Trois jours avant l'entré, il fut repris des mêmes accidents qui lui étaient habituels. La miction devint difficile et douloureuse, il se décida à se faire soigner à l'hôpital.

Le 8 février, M. Le Fort constate un rétrécissement siégeant au lieu ordinaire, il parvient à lui passer une bougie n° 7 qu'il laisse à demeure pendant vingt-quatre heures.

Le lendemain, il est procédé à la dilatation par la méthode que M. le professeur Le Fort a décrite dans le *Manuel de médecine opératoire* de Malgaigne.

Rappelons à ce propos la description du procédé en question.

Les instruments nécessaires sont la bougie conductrice et le dilatateur.

La bougie conductrice, conique sur toute la longueur rendue résistante par une mince tige de baleine qu'elle renferme à son centre, mesure à sa grosse extrémité le n° 2 1/2 (filière Charrière) et elle porte une petite armature métallique annulaire munie d'un pas de vis. Cette bougie n'est qu'un conducteur et le pas de vis qu'elle offre est destiné à la fixer au dilatateur qu'elle guidera jusqu'à la vessie. Le dilatateur est métallique, il a une courbure un peu plus grande qu'une sonde ordinaire. Son extrémité vésicale offre un pas de vis destiné comme bien on pense au pas de vis de la bougie conductrice. A cette même extrémité, le calibre est à peu près égal à celui de la bougie; mais peu à peu il augmente, jusqu'au niveau du point où la courbure s'arrête. C'est dire en un mot qu'il est conique au niveau seulement de sa portion courbée, la portion droite au contraire étant régulièrement cylindrique.

Après avoir placé à demeure dans l'urèthre la bougie conductrice pendant vingt-quatre heures, pour ramollir le rétrécissement, on visse à son extrémité le dilatateur conique décrit plus haut, M. Le Fort l'introduit à la façon d'un cathéter ordinaire, sans violence, mais aussi sans crainte, bien certain de ne pas faire fausse route, puisque la bougie guide la sonde dans les profondeurs plus ou moins sinueuses de l'urèthre. Le cathéter est ainsi enfoncé jusque dans la vessie.

Après le passage d'un premier dilatateur correspondant au n° 10 on lui en passa de suite deux autres, n° 15 et n° 20.

On place alors à demeure pendant vingt-quatre heures une sonde en gomme élastique n° 18.

Le jour suivant M. Le Fort passe successivement et sans difficulté trois bougies ordinaires, n°s 16, 18, 22.

On confie alors au malade une bougie n° 18, qu'il s'introduit sans hésitation jusque dans la vessie et on lui accorde son *exeat* en lui recommandant de se passer la bougie tous les jours pendant les deux mois suivants. Puis après cette époque, une fois par semaine.

Jamais, à aucun moment de son traitement, le malade n'a éprouvé le moindre accès de fièvre; son appétit n'a pas varié, aucun accident en un mot n'est survenu; nous n'avons même pas à noter de douleur excessive au moment du passage du plus gros dilatateur.

En résumé voici la pratique de M. le professeur Le Fort:

1° Introduire dans l'urèthre une bougie filiforme, et la laisser à demeure pendant vingt-quatre heures pour ramollir le rétrécissement;

2° Le lendemain, dilater jusqu'au n° 22 avec les trois dilatateurs coniques guidés par la bougie conductrice;

3° Placer immédiatement à demeure pendant vingt-quatre heures une sonde n° 18.

Le malade peut dès lors être laissé à lui-même, il n'a plus qu'à prendre la précaution de se sonder comme il a été indiqué plus haut.

L'histoire que nous venons de rapporter est une preuve convaincante de l'efficacité, de l'excellence de la méthode de M. Le Fort. Chez un malade affecté d'un rétrécissement avéré, datant de six ans, ayant provoqué de fréquents accidents, on arrive en quarante-huit heures à porter la dilatation au n° 22 de la filière, et cela, sans l'ombre d'accidents, le malade pouvant aussitôt reprendre ses occupations.

Et ce n'est pas là un fait isolé; chaque fois qu'il en a l'occasion, notre maître emploie son procédé à l'hôpital, et il en rend témoins tous ceux qui suivent son service; et toujours il a le même succès, de telle sorte que multiplier les observations serait s'exposer à des redites fatigantes.

Il ne nous semble pas nécessaire d'insister sur les avantages de ce procédé qui réunit à la sécurité de la dilatation ordinaire, la rapidité de l'uréthrotomie interne et de la divulsion.

Elle nous semble présenter sur toutes ces méthodes de notables avantages. Elle est préférable à la dilatation ordinaire en ce sens qu'elle débarrasse le malade de son infirmité dans un temps si restreint qu'à peine s'il interrompt ses occupations habituelles. Elle n'offre pas les dangers des cathétérismes souvent répétés. Chaque cathétérisme n'est-il pas une occasion nouvelle d'accidents? Un malade qu'on sonde chaque jour pendant presque un mois peut un jour ou l'autre être pris de frissons, de fièvres, d'accidents graves. Diminuer le nombre des cathétérismes c'est donc diminuer les dangers.

De son côté l'uréthrotomie interne, malgré son innocuité ordinaire, a ce désavantage de pratiquer une plaie sur la muqueuse. Toute plaie de ce genre étant en somme une porte d'entrée aux accidents, n'est-il pas logique de chercher à l'éviter, si rares encore que puissent être ces accidents?

Il est enfin un avantage indirect pour ainsi parler, de la méthode que nous préconisons. Le malade comprend qu'on n'a fait que lui dilater son rétrécissement. Il ne voit dans la méthode en question rien qui lui donne idée d'une opération d'une destruction radicale. Ne savons-nous pas au contraire qu'à la suite d'uréthrotomie interne, les malades persuadés qu'on leur a détruit leur rétrécissement comme on enlève une tumeur, ne sont que trop négligents à pratiquer ultérieurement le cathétérisme si nécessaire pour éviter le retour des mêmes accidents.

Nous parlerons peu de la divulsion. Bien qu'elle donne souvent de bons résultats, toujours est-il que c'est un procédé de violence, qui a en outre le désavantage de ne pas permettre de s'arrêter à temps si l'on éprouve une grande résistance. En ces circonstances n'est-on pas exposé à produire de graves désordres puisque l'on ne peut s'arrêter en cas de trop grande résistance?

Est-ce à dire cependant que la méthode de M. Le Fort ne puisse être jamais suivie d'accidents? Ce serait aller au delà de notre pensée. On peut avec ce procédé avoir des accidents tout comme il en arrive à la suite d'une sonde laissée à demeure, tout comme il en survient même à l'occasion d'un simple cathétérisme. Ces accidents qu'on peut être tenté de rapporter à la méthode ne lui sont donc pas imputables en bonne justice.

En outre de ces accidents qu'on peut rencontrer comme dans tout cathétérisme, il faut encore compter ceux qui résulteraient de violences. On doit savoir s'arrêter si la résistance est trop grande. Il ne faut pas vouloir dilater quand même, car devant certains rétrécissements, M. Le Fort lui-même, quelle que soit sa préférence pour son procédé, sait s'arrêter ou tout au moins ne dilate pas en une seule séance; il fait (toujours avec son appareil) la dilatation progressive en deux ou trois jours. Mais, comment juger à quel moment il sera dangereux de vouloir forcer le passage? Il est fort difficile de répondre d'une façon précise à une question semblable. C'est une affaire de mesure et de discernement... Lorsqu'on pratique un cathétérisme ordinaire chez un sujet atteint de rétrécissement, demande-t-on à quel moment la force employée pour faire progresser la sonde devient dangereuse et menace d'une fausse route? Il en est de même du procédé de M. Le Fort; on s'arrêtera lorsqu'on aura conscience que les efforts tentés deviennent dangereux.

S'il est vrai que dans certains cas la prudence exige qu'on ne dilate pas en une seule séance, toujours est-il que ces cas sont infiniment rares, et qu'on peut formuler comme une règle générale qu'avec la méthode de M. le professeur Le Fort on dilatera les rétrécissements en une seule séance.

Nous terminerons en disant que l'idée de se servir d'une bougie fine comme conducteur destiné à guider un instrument plus volumineux, n'est pas nouvelle, puisque Maisonneuve employait un procédé de ce genre. Il se servait de sondes flexibles qu'on vissait sur une bougie filiforme. L'inconvénient était le suivant : pour arriver à dilater le rétrécissement avec un peu de force sans risquer de voir l'instrument dilatateur se replier dans l'urèthre, il fallait lui donner une certaine consistance et par suite une certaine rigidité. On s'exposait alors aux inconvénients d'un cathétérisme rectiligne. Si au contraire on n'employait pas un instrument rigide, on manquait de la force nécessaire pour franchir le point rétréci en le dilatant.

A M. le professeur Le Fort revient donc le mérite d'avoir imaginé une instrumentation aussi parfaite que possible, et ce qui est mieux encore, d'avoir posé les règles opératoires qui font de sa pratique non pas un procédé, mais une méthode. C'est ainsi qu'il a faite sienne cette méthode que Maisonneuve avait créée très imparfaite.

Épidémiologie.

Les maladies des créoles dans les climats tempérés, par le docteur O. Saint-Vel.

Une pratique déjà longue dans des climats différents, aux Antilles et à Paris, m'a enseigné qu'à l'exception de quelques dermatoses, il n'y a pas de maladies spéciales aux races humaines. La différence d'origine n'en a pas moins de l'influence, et sur l'aptitude à contracter les maladies du climat, et sur l'évolution de celles-ci. Dans une précédente étude (*Archives générales de médecine*, n° de décembre 1879), j'ai montré l'évolution dans un climat tempéré d'affections contractées dans le climat tropical. Dans le travail actuel il ne s'agit plus de maladies exotiques importées, mais de maladies du climat tempéré contractées par les créoles, soit dès leur arrivée, soit après une résidence plus ou moins longue. Il n'est pas sans intérêt de rechercher l'influence qu'une origine différente peut avoir sur la susceptibilité morbide, sur la marche des symptômes et leur complication par le réveil d'une maladie ancienne et exotique, qui semblait effacée et n'était que latente, et sur la résistance de l'économie, moindre chez le créole que chez l'Européen.

Des maladies qui, en Europe, atteignent les créoles, les unes, comme la fièvre typhoïde, sont inconnues à leur climat; les autres sont communes à la zone torride et à la zone tempérée. Les plus fréquentes de celles-ci, les maladies *a frigore*, sont un constant péril; mais comme aucune d'elles, pas même la pneumonie, ne saurait être mise en parallèle, comme gravité au point de vue de l'acclimatement, avec la fièvre jaune, l'anémie tropicale, la dysentérie et l'hépatite, il en résulte que l'acclimatement du créole dans la zone tempérée est simplement météorologique au lieu d'être pathologique comme celui de l'Européen sous les tropiques.

Les maladies des voies respiratoires sont pour les créoles un tribut obligé de l'acclimatement. Il en est peu qui ne soient pris d'angine, de laryngite, de bronchite, soit en mer, au passage des latitudes Sud aux latitudes Nord, soit aux lieux de leur destination. Ces maladies catarrhales ne présentent d'autre particularité que le défaut de proportion existant quelquefois entre l'état inflammatoire et l'état fébrile. A une phlegmasie légère peut se joindre une fièvre intense, dont le caractère intermittent ou rémittent indique aussi nettement que sous les tropiques la nécessité de la médication quinique.

Une maladie plus redoutable est la pneumonie, fréquente chez les créoles et chez les sujets appartenant aux races colorées, au début de leur séjour en Europe et même après une résidence prolongée. La pneumonie n'est presque jamais franche; la broncho-pneumonie a plutôt une forme mal déterminée avec un point de côté peu accusé, des crachats rares ou sans caractères tranchés, et des signes stéthoscopiques douteux parfois. Le râle sous-crépitant s'entend de préférence au râle crépitant fin, s'étendant à une large surface et remplacé par du souffle. L'extension de l'hépatisation ou l'envahissement de l'autre poumon s'annoncent parfois par des accès fébriles bien tranchés. La fièvre est rarement en relation avec la lésion: tantôt peu prononcée avec une hépatisation considérable, tantôt intense avec une lésion limitée, ou se décelant par des indications thermométriques élevées en désaccord avec le nombre des pulsations.

L'adynamie domine la pneumonie des créoles. Il existe chez eux une influence de race qui altère les caractères des maladies, les atténue ou les exagère sans en modifier la gravité, les marque du cachet de l'adynamie et les rend insidieux. Aussi le pronostic doit-il être très réservé dans ces broncho-pneumonies qui diffèrent de celles qu'on observe d'ordinaire. En dépit de ces conditions, la guérison est la terminaison la plus fréquente. La part du traitement dans le résultat est difficile à établir. La médication est toujours complexe, et l'expérience de la pneumonie enseigne à douter de l'utilité d'une intervention trop active.

Soumis à l'influence du froid humide, les créoles contractent quelquefois le rhumatisme articulaire aigu, dont la rareté dans la zone torride explique la rareté des maladies du cœur et l'absence de la chorée. Les caractères du rhumatisme sont les mêmes que présente l'Européen: même mobilité, même appareil fébrile, même complications, même terminaison. Dans d'autres circonstances, lorsque le rhumatisme complique ou remplace un autre état morbide, la marche sera irrégulière, elle sera plus lente, les symptômes seront insidieux, les fluxions articulaires peu prononcées disparaîtront plus vite; aujourd'hui le cœur sera touché légèrement, demain on constatera un point bien délimité de pneumonie, et l'absence de phénomènes réactionnels accusés entretiendra une fausse sécurité. Il pourra survenir du délire qui, tout en coïncidant avec la disparition des douleurs et des fluxions articulaires, cessera pendant des heures, un jour entier même, pour revenir et cesser encore, jusqu'à ce que le coma vienne terminer cet étrange rhumatisme cérébral. Ce sont là des faits exceptionnels. Ce qui s'observe le plus souvent, c'est la récidive du rhumatisme à des intervalles plus ou moins éloignés.

La maladie qu'on pourrait appeler la grande endémie des pays tempérés, la fièvre typhoïde, n'existe pas sous les tropiques. Elle se montre accidentellement aux Antilles sur des Européens récemment arrivés. C'est alors une maladie importée d'un autre climat, et qui s'éteint sans s'irradier. Les créoles résidant en Europe ne jouissent d'aucune immunité contre la dothiénentérie. Il n'est pas nécessaire pour la contracter que la constitution soit modifiée par la résidence; elle peut se déclarer peu de temps après l'arrivée. C'est ainsi que je l'ai observée à Paris, chez un enfant de neuf ans arrivé depuis quatre mois de Cuba, chez une jeune fille de la Guadeloupe, âgée de vingt ans, après deux mois de résidence, et chez un colon de la Réunion, âgé de cinquante ans, dont le séjour n'était que d'un mois. En dehors de l'intermittence qui, au début, peut faire penser au réveil d'une fièvre palustre, la fièvre typhoïde ne m'a présenté chez les créoles aucune particularité dans son évolution.

La phthisie pulmonaire, si fréquente dans les régions torrides et en particulier aux Antilles, s'observe assez rarement parmi les créoles qui habitent la France. Cette circonstance tient sans doute au nombre restreint des familles créoles et à leur condition d'aisance et de fortune. Dans les colonies c'est d'ailleurs sur les métis du blanc et du nègre que la phthisie sévit de préférence. En dehors des cas présentés par des créoles qui viennent demander leur rétablissement aux influences d'un autre climat et aux ressources d'un traitement thermal, on observe peu la phthisie parmi les créoles en résidence fixe. On est consulté quelquefois pour des jeunes gens de l'un et de l'autre sexe, sujets au retour d'affections catarrhales tenaces. Leur pâleur, leur étiolement, quelques signes stéthoscopiques douteux obligent à une réserve dans le pronostic. Avec des modifications dans leur hygiène, ces malades reviennent d'ordinaire à la santé. Dans quelques-uns des cas de phthisie pulmonaire acquise en France, l'hérédité pouvait être retrouvée. Une circonstance remarquable se rencontre dans une observation. Tandis qu'un malade succombait à la phthisie, à Paris, dans la même année, à la Guadeloupe, elle enlevait plusieurs mem-

bres de sa famille. Les caractères de la maladie ne m'ont pas présenté de particularités à signaler.

Le nègre est-il disposé à contracter la phthisie par le fait de sa transportation dans les climats tempérés? Comme il n'est pas très rare de rencontrer dans les hôpitaux de Paris des nègres phthisiques, cette circonstance, rapprochée du nombre restreint des nègres dans cette ville, donne du crédit à l'opinion généralement acceptée sur la prédisposition fâcheuse de la race noire à la tuberculisation pulmonaire dans des climats froids ou tempérés. Je dois ajouter comme correctif que je n'ai vu qu'exceptionnellement des tuberculeux parmi les domestiques de couleur vivant dans de bonnes conditions hygiéniques chez les colons à Paris. C'est une question qui ne peut être tranchée faute d'éléments statistiques.

Les maladies des voies digestives autres que l'embarras gastrique sont presque toujours chez les créoles le reliquat de quelque affection ancienne : hépatite, dysentérie, impaludisme. Rarement des états morbides aussi graves disparaissent sans laisser une trace dans l'économie. Aussi observe-t-on chez ceux qui en ont été atteints, des troubles dyspeptiques ou des douleurs abdominales profondes, sujettes à de fréquents retours et pouvant durer toute la vie. Ces viscéralgies sont le tourment de quelques anciens dysentériques et de quelques hémorrhoïdaires.

Les affections du système nerveux occupent une place restreinte dans la pathologie des créoles en France. La migraine, fréquente aux Antilles, n'est pas toujours influencée par le changement de climat. Je l'ai retrouvée chez des colons établis en France et j'en ai observé les différentes formes aux époques diverses de la vie, de la seconde enfance à la vieillesse. J'ai observé aussi des cas d'hystérie, depuis l'état complexe désigné par le nom de nervosisme jusqu'aux variétés qui touchent à la pathologie mentale. L'éclampsie des femmes enceintes ou en couches, si rare aux colonies, se montre avec la même gravité, sans qu'on puisse conclure du petit nombre des faits à une fréquence relative plus grande par le changement de climat. L'éclampsie des enfants créoles est de beaucoup plus rare qu'aux Antilles où l'affection vermineuse et les fièvres d'accès sont des causes banales de convulsions dans le jeune âge. Si la méningite tuberculeuse y est rayée de la pathologie de l'enfance, elle se montre en Europe sur les jeunes sujets créoles, et c'est à une maladie cérébrale grave qu'il y a lieu parfois de rapporter les convulsions dont ils sont affectés.

Les névralgies dont sont atteints les créoles doivent toujours éveiller l'idée de la possibilité d'une influence palustre, même en dehors de leur climat. Alors que cette influence n'est pas seule en cause, elle peut agir comme complication. Aussi dans tous les états morbides des créoles tout symptôme insolite doit-il être surveillé. L'accident larvé doit être soupçonné, recherché, deviné. Même avec des lésions traumatiques, accidentelles ou chirurgicales, l'influence palustre se retrouve chez quelques-uns. La fièvre ne sera pas en rapport avec la lésion; intermittente ou rémittente, elle aura une intensité insolite, ou bien elle simulera la fièvre hectique par sa durée. A l'aggravation de l'état général correspondra le défaut de réparation de la plaie. Ces conditions singulières peuvent se rencontrer même chez des sujets qui n'ont pas eu de fièvres intermittentes dans les colonies. L'état général ne se modifiera et la cicatrisation ne reprendra qu'autant que l'élément palustre aura été dégagé par l'administration du sulfate de quinine.

La pathologie des organes génito-urinaires, à l'exception de l'hématurie, de la chylurie, de l'hydrocèle, maladies dont la fréquence est liée aux conditions de certains climats partiels, ne présente pas d'intérêt particulier chez les créoles. Une affection extrêmement rare aux Antilles, la néphrite albumineuse, s'observe sur les créoles établis en France, dans ses deux formes : néphrite parenchymateuse et néphrite interstitielle.

Le changement de climat ne modifie pas les conditions de la menstruation chez les créoles. D'après Levacher, Rufz de Lavison, et d'après mon observation, cette fonction s'établit aux Antilles entre treize et quatorze ans. La ménopause arrive généralement entre quarante et cinquante ans. En Europe, le début de la menstruation se fait à la même époque chez les créoles. La ménopause y serait un peu reculée, si j'en juge par plusieurs observations où les règles duraient encore entre cinquante et cinquante-cinq ans.

Les maladies de l'utérus et de ses annexes, rencontrées sur des créoles, à Paris, ne m'ont pas offert de particularités. Il est une affection, les corps fibreux utérins, si commune chez la race noire, que Gaillard Thomas, aux Etats-Unis, (*Practical Treatise on the Diseases of women*, 1872, p. 448), Rufz, aux Antilles (*Chronologie des maladies de Saint-Pierre-Martinique*, 1869, p. 101), en attribuent la formation à une disposition inhérente à cette race. Cette condition étiologique se retrouve dans le climat tempéré sur des négresses et des mulâtresses qui offrent des exemples de corps fibreux utérins à développement quelquefois rapide.

Le cancer de l'utérus et celui de la mamelle, chez les créoles, ont dans la zone tempérée une fréquence relative aussi grande que dans la zone torride. Aux Antilles l'affection cancéreuse semble avoir une action plus restreinte qu'en Europe; elle atteint moins d'organes et envahit particulièrement la mamelle et l'utérus. Sur 93 cas de cancer notés en vingt ans par Rufz, le cancer du sein figure pour 16 et le carcinome utérin pour 31. A Paris, indépendamment des cas de cancers contractés dans les colonies, j'en ai observé d'autres sur des créoles dont la résidence en Europe variait de dix ans à cinquante ans. Ils se divisent en un cancroïde siégeant à la tempe chez un septuagénaire, deux cancers du rectum chez des sexagénaires, un cancer du foie chez une femme de quarante-six ans, un cancer mélanique généralisé chez une femme de cinquante ans, trois cancers du sein opérés et récidivés sur des sujets arrivés à la ménopause, quatre carcinomes utérins dont deux coïncidant avec la ménopause, et les deux autres survenus dans la vieillesse, après soixante-dix ans. L'hérédité paraissait hors de cause dans ces différents cas. Les sujets étaient des créoles de race blanche. L'évolution du cancer ne différait pas de celle qu'elle présente dans les pays chauds.

Dans ce résumé concis des faits que j'ai observés, j'ai cherché à établir qu'il n'existe pas d'affection spéciale aux créoles, que les maladies contractées par eux dans la zone tempérée subissent dans leur évolution des altérations dues à une condition de race, que dans tout état morbide l'élément paludéen peut se montrer en eux comme complication, et que la résistance du créole est généralement moindre que celle de l'Européen pour les mêmes maladies.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Locomotives et fièvres intermittentes.

Dans l'intéressant feuilleton de la *Gazette hebdomadaire* du 28 avril dernier, mention est faite d'un article du journal américain *Philad. medical Times*, signalant l'influence bienfaisante des locomotives en certains foyers palustres. Loin de nous la pensée d'atténuer la valeur et de l'article original et du commentaire de notre honorable collaborateur; nous dirions plutôt merci; car c'est une preuve de plus à l'appui de notre opinion sur la part qui peut et doit revenir aux foyers de chaleur dans l'assainissement des pays impaludés.

Dans le rapport récemment adopté par l'Académie de médecine (15 novembre 1881) et transformé en *Instruction sur les précautions à prendre, dans l'intérêt des ouvriers et des populations quand des travaux s'exécutent en des pays marécageux*, nous

avons conseillé, certainement après beaucoup d'autres, l'allumage de feux au voisinage des chantiers; il en résulte et par le fait même de la chaleur, et par les courants aériens qu'elle développe, une suractivité des oxydations atmosphériques, et par conséquent de la combustion des matières organiques renfermées dans l'air des marais.

Mais un conseil plus original que le précédent, et plus en rapport avec le sujet de cet article, est celui que nous formulions à la dernière page de ladite *Instruction* où se trouvent indiqués les moyens de parfaire l'assainissement obtenu par l'assèchement, le drainage et la culture; voici le passage :

« A cet élan agricole, nous voudrions enfin voir s'associer un élan industriel qui multiplierait, autour des nouveaux centres de population, le nombre des établissements mus à la vapeur.

» Tandis que, pour les villes dégagées de tout voisinage palustre, il y a grand dommage à diminuer la salubrité périphérique par l'installation trop proche de semblables établissements, il serait peut-être à désirer qu'une tolérance spéciale en favorisât l'édification, provisoire au moins, aux alentours des localités entourées de plaines insalubres, dont ils modifieraient les émanations par l'activité des combustions organiques que développe dans l'atmosphère ambiante tout foyer de chaleur. »

Cette modification de l'atmosphère par la combustion et les courants qu'elle entraîne est tellement importante à nos yeux, que nous ne lui avons pas seulement rapporté le secret de la préservation des colonnes d'ouvriers ou de soldats qui s'entouraient de feux aux moments dangereux du nychthémère, le soir et le matin; nous avons émis l'opinion que là se trouvait aussi l'explication de cette coïncidence, si bizarre au premier abord, du degré de densité des populations, et de la somme de leur résistance à la malaria des plaines insalubres qui les entourent. C'est un fait notoire, en effet, que dans les pays à fièvres, les habitants des villes sont d'autant mieux protégés qu'ils habitent les quartiers les plus peuplés; nous en avons donné largement la preuve pour Rome, en l'appuyant d'un plan qui rend la chose évidente, et démontrant en outre, d'après l'histoire, que chaque fois que cette ville s'était en partie dépeuplée, comme pendant le séjour des papes à Avignon, la mortalité par fièvre des habitants qui restaient avait pris des proportions exceptionnelles. Or le principal motif de cette coïncidence est, suivant nous, surtout et avant tout, la modification de l'air ambiant par les foyers de chaleur artificielle, foyers de chaleur d'autant plus nombreux et dès lors plus efficaces que la population agglomérée est plus considérable.

Pour en revenir aux locomotives qui représentent, au moins dans leur période d'action, des foyers mobiles, elles agiront certainement au même titre que les foyers fixes dans les lieux où le passage, le garage, la formation des trains rendra leur présence plus fréquente et plus prolongée; c'est-à-dire dans les points de croisement, de bifurcation, et surtout dans les gares des grandes villes.

Nous-même avons, il y a onze ans, dans notre *Traité des fièvres intermittentes*, signalé l'assainissement, relatif au moins, des quartiers de Rome et de Civita-Vecchia où ont été construites les gares des chemins de fer; nous invoquions surtout, il est vrai, l'influence, sur ces améliorations, de divers autres facteurs qu'il ne faut pas négliger : préparation, imperméabilisation du sol, obstacles au mauvais air de la plaine par l'élévation de constructions monumentales et de simples demeures d'employés, concours d'un surcroît de population résidente locale constituant, par sa densité et pour les raisons données ci-dessus, un centre de résistance à la malaria.

Sans doute l'influence des locomotives a pu s'ajouter à celle des foyers de chaleur particuliers à chacune de ces nouvelles maisons, mais dans une mesure peut-être étroite, les mouvements de la voie et le nombre de ces machines en circulation ou en station étant alors fort restreints.

Il en eût été autrement de gares comparables en activité à celles de nos grandes villes, ou à celles de New-York et de Philadelphie, citées par le docteur King.

En revanche le rôle des locomotives nous semble bien problématique sur l'ensemble même du réseau ferré, le long de ces voies qu'elles ne font que parcourir et où malheureusement elles auraient tant et de si belles occasions d'opposer leur bienfaisante influence soit à l'insalubrité première du sol, soit à la négligence des constructeurs qui, pour leurs travaux de remblais, ont parsemé les deux côtés de la voie de marais artificiels.

Les fièvres intermittentes développées le long de quelques-uns de nos chemins de fer, l'obligation où l'on est en certains pays palustres, et notamment en Italie, d'imposer une législation aux compagnies pour les forcer à suffisamment abriter le personnel des stations, décimé par les fièvres, témoignent trop de l'insuffisance de cette protection si passagère.

L'homme en ces pays n'est à l'abri qu'au voisinage, aussi permanent que possible, du foyer de chaleur, qu'il circule, comme employé, sur la locomotive elle-même; qu'il travaille comme pionnier au voisinage de feux que l'on peut déplacer, faire avancer eux-mêmes chaque jour à mesure de la marche des travaux d'assainissement, ce que l'on a fait autrefois en Tunisie; qu'il suive, comme cultivateur, toutes ces machines à vapeur : charrues, faucheuses, moissonneuses, etc., que l'industrie moderne semble avoir créées exprès pour les vastes plaines à malaria, où elles réduiront en outre d'autant le contact de l'homme avec un sol meurtrier; qu'il soit enfin ouvrier à demeure dans une industrie nécessitant l'emploi de ce moyen protecteur, que ce soit une usine à vapeur, que ce soit un modeste four, comme il en était de ces ouvriers briquetiers signalés par Lancisi et résidant sans inconvénients en une des localités les plus dangereuses de la périphérie de Rome où leur profession les obligeait à entretenir un feu continuel.

Léon Colin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 24 AVRIL 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

Sur les quarantaines a Suez. — M. *de Lesseps*, à l'occasion de la note lue par M. Fauvel dans la dernière séance, déclare que *les principes de M. Fauvel sont les siens*, mais qu'ils sont mal appliqués à Suez, et que cette application porte, sans avantage sanitaire, un grave préjudice au commerce de la Méditerranée.

Commission. — L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination de Commissions des prix, chargées de juger les concours de l'année 1882. Sont nommés membres :

Prix Montyon. — (Physiologie expérimentale) : MM. Vulpian, Marey, Gosselin, P. Bert et Ch. Robin.

Prix Montyon. — (Arts insalubres) : MM. Boussingault, Dumas, Chevreul, Peligot et Wurtz.

Prix Cuvier. — MM. H.-Milne Edwards, de Quatrefages, Blanchard, Daubrée et Fouqué.

Propriétés hygiéniques et économiques du maïs, par M. Fua; rapport de M. *Chatin*. — Le rapporteur rappelle que le maïs renferme, à très peu près, la même quantité de matière azotée que la farine des blés tendres, mais qu'elle contient quatre fois plus de matière grasse, et en somme 1/10 de plus de carbone. Elle est donc plus riche en aliments respiratoires et presque aussi abondante en aliments plastiques ou azotés. On lui a accordé à tort l'avantage de préserver de la gravelle, de l'épilepsie, et même d'adoucir les mœurs des criminels dont il forme la nourriture en Amérique (Lelieur). Rien n'est moins prouvé. Mais ce qui paraît démontré à M. Chatin, comme à M. Fua, c'est que le maïs est, par lui-même, étranger à la production de la pellagre, qui est due à des champignons parasites. MM. Zenoni et Brugnatelli ont plus récemment extrait du maïs altéré un alcaloïde auquel ils attribuent des propriétés toxiques énergiques.

Sur la modification insoluble de la pepsine. — Note de M. A. Gautier.

Dans une précédente note (*Comptes rendus*, séance du 6 mars 1882), j'ai montré que la pepsine de mouton, bien préparée, contient environ 2 pour 100 de son poids de granulations insolubles que l'on peut recueillir et laver sur des filtres de porcelaine poreuse, granulations presque exclusivement formées de corpuscules réfringents, arrondis ou ovoïdes, doués, malgré leur insolubilité, d'un pouvoir digesteur notable, véritable pepsine insoluble, qui doit sa propriété de peptoniser les matières albuminoïdes à ce qu'elle

se transforme lentement dans l'eau pure ou légèrement acidulée en une pepsine soluble...

M. Béchamp qui a, lui aussi, observé (dans le suc gastrique de chien) des granulations insolubles aptes à digérer activement (*Comptes rendus*, séance du 27 février 1882), pense que ces granulations, auxquelles il donne le nom de *microzymas gastriques*, sont douées d'organisation et de vie, et ont pour fonction de produire, au sein même des glandes pepsinigènes, la pepsine soluble. Je crois avoir établi le contraire.

En effet, 1° on ne découvre, dans ces granulations, même aux plus forts grossissements, aucune organisation sensible; 2° contrairement à cette grande loi de la physiologie générale, que tout organisme qui fonctionne se reproduit, ces granulations sont incapables de proliférer dans les milieux digestibles préalablement stérilisés par le borax, le phénol, l'acide cyanhydrique, milieux digestibles qui sont si éminemment aptes à développer leur activité digestive propre; 3° ces granulations digèrent aisément les matières albuminoïdes en présence des poisons les plus énergiques, tels que l'acide prussique, poisons qui enrayent complètement, s'ils ne détruisent définitivement, les fonctions des ferments figurés, et spécialement ceux de l'ordre des vibrioniens auxquels M. Béchamp rattache les microzymas; 4° enfin, ces granulations n'agissent, dans la digestion gastrique, qu'au sein d'une liqueur acide, contrairement à ce qui se passe pour les bactéries et leurs germes, qui demandent pour fonctionner des milieux neutres ou alcalins. Je ne pense pas que M. Béchamp ait fait disparaître aucune de ces quatre objections.

De l'action du permanganate de potasse contre les accidents du venin des bothrops. — Note de M. Couty.

Nous avons prouvé, M. de Lacerda et moi, dans une note précédente, que le venin des bothrops, injecté sous la peau d'animaux comme le chien, le lapin, le singe ou le cobaye, ne subit pas d'absorption sensible et qu'il produit seulement des lésions inflammatoires locales plus ou moins étendues. Ces premiers faits permettent de comprendre comment le permanganate de potasse injecté après le venin sous la peau le décompose chimiquement et le détruit comme il le détruit dans un verre, et comme il détruit aussi d'autres liquides animaux. Mais nous avons indiqué dans une autre note que le venin de serpent passé dans le sang ne localisait pas son action sur certaines formes d'éléments anatomiques et qu'il produisait la mort par des mécanismes divers, en déterminant des lésions multiples, congestives, hémorrhagiques ou inflammatoires des organes ou des tissus les plus vasculaires, les plus actifs et les plus sensibles. Me basant sur ces faits, je fis observer à mon collaborateur que le véritable antidote physiologique du venin devrait être cherché parmi les substances qui diminuent l'activité vitale des éléments anatomiques, et je lui rappelais ses propres observations sur l'action de l'alcool, ainsi que les intéressants travaux d'un autre Brésilien, le docteur Bisboa, sur l'action thérapeutique du chloral. Enfin, je conseillai de reprendre les investigations sur le permanganate dans des conditions suffisamment précises, avec du venin bien essayé, en pratiquant des contre-épreuves, en faisant des autopsies et des examens physiologiques relativement complets. Quelques mois plus tard, ces recherches de contrôle n'ayant pas été faites, j'entrepris moi-même quelques expériences, et je vais rapporter celles auxquelles M. de Lacerda voulut bien assister.

Nous mêlâmes une assez grande quantité de venin fourni par divers serpents, après nous être assuré que leur action était comparable; 1 centimètre cube de ce mélange fut injecté par la saphène, en plusieurs fois, à un premier chien, et il ne produisit que des accidents peu graves et passagers : vomissements, défécation, salivation légère, etc. Nous prîmes un second chien, et je lui injectai 2 centimètres cubes du même venin, pendant que M. de Lacerda poussait du permanganate de potasse en solution aqueuse au centième par la saphène opposée ; le chien mourut en quelques minutes, bien qu'on lui eût fait de nouvelles injections du liquide préservateur.

Chez un autre animal à peu près de même poids, nous injectâmes par la veine saphène 2 centimètres cubes du même venin; il eut immédiatement des accidents graves, mais résista deux heures avant de succomber.

Nous étant procuré un autre chien de même taille, nous continuâmes ces comparaisons. Il reçut aussi dans le sang 2 centimètres cubes de solution de venin et plusieurs centimètres cubes de solution aqueuse de permanganate de potasse au centième; il présenta des troubles multiples et mourut au bout de trois heures environ.

Nous reprîmes alors le chien chez lequel une injection intraveineuse de 1 centimètre cube de venin n'avait produit que des symptômes légers; il paraissait revenu à son état normal. Nous injectâmes successivement, par sa veine saphène, de quart d'heure en quart d'heure, 3 centimètres cubes de solution de venin : les premières heures, il ne présenta que des accidents peu marqués; mais il finit par succomber le lendemain avec des lésions multiples.

En attendant d'autres expériences, je suis autorisé à conclure : 1° que le permanganate de potasse a été recommandé comme agent thérapeutique des accidents produits par les morsures des serpents venimeux sans preuve expérimentale suffisante, et 2° qu'il n'est pas l'antidote physiologique du venin des bothrops, puisqu'il ne paralyse pas son action lorsque ce venin a pénétré soit dans le sang, soit dans les divers éléments anatomiques des tissus.

Sur la vitalité des trichines enkystées dans les viandes salées; par M. L. Fourment. — On semble encore admettre que ces parasites meurent constamment et fatalement après deux ou trois mois de salure, les faits suivants paraissent offrir un certain intérêt. Le 19 avril 1881, un échantillon fut prélevé dans les docks du Havre sur des salaisons américaines arrivées dans ce port par un voilier, vers le commencement du mois de mars 1881. Cet échantillon avait été pris sur une *courte bande* dans laquelle l'examen micrographique avait fait reconnaître la présence de nombreuses trichines enkystées. Ce morceau de viande, placé dans un flacon, y fut complètement enfoui dans du sel fin, puis on boucha hermétiquement le flacon, qui ne fut ouvert que le 1er avril 1882. Le lard avait donc subi, presque exactement entre mes mains, *un an* de salure portée au plus haut degré. Si l'on ajoute à cette période le temps écoulé depuis la préparation de la viande jusqu'au moment où je la recueillis sur les docks (transport de l'usine à New-York, traversée de New-York au Havre, etc.), temps que l'on peut sans exagération évaluer à trois mois, on voit que ce lard comptait, au 1er avril 1882, environ *quinze mois* de salure. Le microscope y montrait des kystes conservant tous leurs caractères normaux; il semblait en être de même des helminthes qui s'y trouvaient contenus. Dans ces conditions, de petits morceaux de ce lard (3 grammes environ) furent mis à dessaler durant plusieurs heures dans l'eau à + 22 degrés, l'eau fut changée à diverses reprises, les morceaux furent malaxés, puis essuyés avec un linge fin. Ils furent placés, le 4 avril 1882 au matin, dans la mangeoire d'une souris, qui les ingéra assez rapidement; afin de ne pas la soumettre à une alimentation trop exclusive, j'eus soin de mêler à du pain la viande divisée en fragments très ténus. Ce régime fut continué les 5 et 6 avril ; l'animal présenta des symptômes diarrhéiques qui s'accentuèrent assez promptement. Le 7 avril, vers le milieu de la journée, l'animal mourut. A l'autopsie, l'intestin offrait des traces manifestes d'inflammation ; en examinant son contenu, je trouvai des trichines *sexuées* et parfaitement caractérisées. L'expansion caudale des mâles montrait ses prolongements digités visibles au dehors ; chez les femelles, le tube ovarien offrait des ovules à divers degrés de développement ; des embryons se voyaient dans sa portion vaginale.

Une deuxième souris succomba dans les conditions suivantes, elle avait été soumise, du 1er au 3 avril inclus, à la même alimentation que la précédente; puis, par suite d'une circonstance accidentelle, elle resta, du 4 au 9 avril inclus, sans recevoir de nourriture trichinée. Le 10 avril, on lui donna de nouveau du lard trichiné, complètement dessalé; ce régime fut continué le 11 et le 12 avril; le 13 au matin, légère diarrhée; mort le jeudi 13 au soir. L'examen de l'intestin fit encore découvrir des trichines complètement développées, et chez lesquelles les produits sexuels étaient parfaitement définis.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 2 MAI 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

M. le ministre du commerce transmet : 1° les demandes d'autorisation pour exploitation d'eaux minérales adressées par Mme Le Clor (source Le Clor à Contrexéville) et par M. le docteur Lebel (source Saint-André à Saint-Fortunat, Ardèche) (*Commission des eaux minérales*) ; 2° les formules et échantillons de 6 bonbons médicamenteux présentés par Mme veuve Mandl, comme ayant été inventés et fabriqués par feu le docteur Mandl. (*Commission des remèdes secrets.*)

MM. le doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux et le directeur de la santé à la Guadeloupe envoient, conformément à la demande de l'Académie, des listes de médecins et élèves morts victimes de leur devoir professionnel.

M. *le Secrétaire annuel* dépose, au nom de M. le docteur *Castells* (de Barcelone), un ouvrage intitulé : *Del histerimo considerado en sus relaciones con algunas enfermedades localizadas.*

M. le docteur *L. Caradec* (de Brest) envoie une brochure portant le titre suivant : *Considérations médicales sur la pression atmosphérique.*

M. le docteur *Mousnereau* (de Saintes) adresse l'état des vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées dans cette ville en 1881. (*Commission de vaccine.*)

Mme *Poilpré*, sage-femme au Mans, envoie un mémoire concernant des *Observations sur la vaccine.* (*Même commission.*)

M. le docteur *Francesco de F. Campé e Porta* (de Valence) se porte candidat dans la classe des correspondants étrangers.

M. *Larrey* présente : 1° de la part de M. le docteur *Gavoy*, un *Atlas topographique du cerveau et des localisations cérébrales* (Commission du prix Godard de 1882) ; au nom de M. le docteur *Armieux*, une *Note sur la source de Barzun-Barèges descendue à Luz ;* 3° de la part de Mme veuve Chassaignac, l'*Éloge de M. Chassaignac* prononcé à la Société de chirurgie par M. le docteur *Horteloup*.

M. *Lancereaux* offre, au nom de M. le docteur *P. Fournaise* (de Paris), une observation d'*épithéliome du col utérin.*

M. *Dechambre* présente, de la part de M. le docteur *Layet*, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Bordeaux, un ouvrage intitulé : *Hygiène et maladies des paysans.*

M. *Noel Gueneau de Mussy* fait hommage, au nom de M. le docteur *d'Espène* (de Genève) : 1° d'une observation d'*Éclampsie urémique scarlatineuse guérie par la saignée,* et 2° d'une brochure sur les deux premières années du *Dispensaire pour les maladies des enfants à Genève.*

Kyste fœtal. — M. le docteur *T. Caraman* (de Forges-les-Eaux) donne lecture d'une observation concernant un kyste fœtal provenant d'une grossesse extra-utérine remontant à cinq ans. L'opération fut pratiquée au septième mois d'une grossesse nouvelle utérine ; une grande quantité d'os enchevêtrés les uns dans les autres, principalement ceux de la tête, furent alors extraits ; la malade est accouchée heureusement et a complètement guéri. — Le mémoire de M. Caraman est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Depaul, de Villiers et Guéniot.

Microzymas. — On se rappelle que, sur l'interpellation de M. Colin (d'Alfort) au cours de l'une des dernières séances, M. *Béchamp* avait promis de définir les microzymas sur lesquels il a déjà fait tant de communications ; l'Académie n'a pu entendre qu'une partie de son mémoire qu'on retrouvera au *Bulletin ;* ses conclusions doctrinales et suffisamment caractéristiques sont ainsi résumées : « La philosophie a cherché avec Henle, après Buffon et O'Ken, l'élément organisé ayant la vie en soi. Les molécules organiques de Buffon, dans le vague des conceptions de l'illustre naturaliste, n'ont pas satisfait les savants, parce qu'il leur faisait jouer un rôle que l'on pourrait qualifier d'extravagant. O'Ken les a reprises mais sans plus de succès. La théorie cellulaire telle que l'ont conçue Küss et Virchow a été abandonnée, parce que la cellule est un élément anatomique transitoire et encore une fois parce qu'il n'a pas été démontré qu'une cellule procède nécessairement d'une cellule préexistante. Le microzyma est cette unité vitale autonome, agent doué d'activité chimique et histogénique : élément histogénique fondamental que l'on retrouve à l'origine de tout organisme et après la destruction physiologique de cet organisme. La théorie du blastème est la vraie si, avec moi, on admet que le blastème est vivant par les microzymas qu'on y découvre toujours ; c'est par là que la doctrine de M. Robin triomphe et satisfait à tout. Nous pourrons encore dire, avec Küss et Virchow, que l'animal, tout être organisé, est une somme d'unités vitales ; mais ces unités ne sont pas représentées par la cellule, forme déjà d'une structure complexe, pouvant sans doute se multiplier comme telle, constituer à elle seule un organisme ; c'est le microzyma qui est la véritable unité vitale, car il sert à former la cellule vivante aussi bien que les tissus non cellulaires ; car à lui seul, isolé il peut vivre, se multiplier et se suffire. C'est la présence constante de cet élément, figuré et actif, partout où il y a vie, qui permet d'interpréter, sans les détruire, une foule de faits en apparence contraires de la théorie cellulaire et de la théorie des blastèmes. »

Isolement des contagieux dans les hôpitaux d'enfants. — M. *Parrot*, comme il l'avait déjà fait devant la Commission supérieure de protection des enfants du premier âge, ne pouvait manquer de venir faire connaître, en réponse aux critiques formulées par M. Marjolin dans la dernière séance, les améliorations réalisées, d'une part, depuis quelque temps dans l'Hospice et le Dépôt des Enfants assistés et, d'autre part, les améliorations projetées dans ces mêmes établissements. C'est ainsi que dans l'infirmerie on a séparé par un large palier et deux tambours les salles où sont reçus les malades atteints de rougeole des autres services ; un pavillon spécial aux diphthéritiques va être prochainement ouvert, il est suffisamment isolé et il aura un personnel distinct, des pulvérisations antiseptiques y seront pratiquées et c'est par lui que la visite se terminera. Il est également question d'augmenter la salubrité des salles où sont reçus les sevrés, de créer au Dépôt des salles d'observation pour les enfants considérés à leur entrée comme suspects d'affections contagieuses et de recevoir les convalescents dans des pavillons particuliers. M. Parrot fait remarquer, en outre, que les enfants entrés à l'infirmerie proviennent bien plus souvent directement du dehors que du Dépôt lui-même ; en 1881, sur 581 enfants entrés dans l'infirmerie et qui y sont morts, 394 étaient arrivés malades et n'avaient pas séjourné au Dépôt, 187 avaient éprouvé les premiers symptômes de leurs affections dans cet établissement lui-même. On avait aussi pensé que l'admission des malades, provenant de la consultation extérieure de la clinique des maladies du premier âge, pouvait être dangereuse à ce point de vue. M. Parrot s'efforce de faire justice de cette assertion ; sur 240 enfants reçus dans ces conditions depuis vingt-six mois, 10 seulement avaient des maladies contagieuses ; quelle influence ont-ils pu exercer en présence des 1376 contagieux reçus à l'infirmerie par les services intérieurs? d'ailleurs, on a actuellement défendu l'admission des diphthéritiques et des rubéoliques. La question du Dépôt, ajoute le savant professeur, est complexe, elle est en ce moment étudiée par MM. les inspecteurs Foville et Lunier, et leur solution satisfera assurément aux justes préoccupations qui se sont produites devant l'Académie.

M. *Marjolin* se félicite d'avoir appelé l'attention sur ces graves sujets, afin que la lumière se fasse enfin éclatante et que le public, éclairé par les discussions publiques de l'Académie, impose aux autorités compétentes toutes les améliorations nécessaires ; il rappelle les *desiderata* qu'il a formulés à la précédente séance et fait connaître quelques nouveaux faits à l'appui.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 28 AVRIL 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Poudre de viande et gavage des phthisiques : M. Debove. — Traitement de la pleurésie purulente (M. Revilliod) : M. Moutard-Martin. — Parasites de l'impaludisme : M. Laveran.

A l'occasion du procès-verbal, M. *Debove* présente à la Société des échantillons de la poudre de viande et de la poudre de lentilles qu'il prépare à Bicêtre pour le gavage des

phthisiques. Il rappelle que, si l'on doit injecter aux malades des doses considérables d'aliments, il faut arriver progressivement à ce résultat; de même, chaque fois que l'on administrera un aliment nouveau, on devra débuter par de petites doses que l'on augmentera rapidement si elles sont bien supportées. C'est le seul moyen d'obtenir à coup sûr l'assimilation et de ne pas provoquer la diarrhée.

M. *Guyot* emploie, dans son service, une poudre de viande qui lui est fournie par l'administration de l'Assistance publique, mais celle de M. Debove, à laquelle il vient de goûter, présente une saveur toute différente et relativement agréable.

M. *Dujardin-Beaumetz*, qui se sert également de la poudre de viande fournie par l'administration, croit qu'elle est fabriquée avec du foie de cheval et non avec de la chair musculaire de bœuf, comme celle de M. Debove; il y a là une question de prix qui est jusqu'ici un obstacle à la vulgarisation du procédé. D'ailleurs, il obtient avec cette poudre des résultats très satisfaisants.

M. *Debove* pense que la question de prix ne sera bientôt plus qu'accessoire, car il espère arriver à employer, pour fabriquer la poudre de viande, des parties de l'animal jusqu'alors négligées.

M. *Millard* s'est rendu à Bicêtre pour voir par lui-même les résultats obtenus chez les malades de M. Debove; il a été étonné de la facilité avec laquelle se pratique le gavage et de la surprenante amélioration apportée par ce traitement dans l'état général et local des phthisiques. Il croit cette méthode appelée à un grand avenir, et se propose de l'expérimenter dans son service et chez ses malades de la ville. Il pense que c'est au moyen d'une sorte de suralimentation que l'on obtient de semblables résultats : il faut, en effet, injecter une quantité énorme (600 grammes) de poudre de viande qui paraît être entièrement assimilée.

M. *Debove* pense que le terme de *suralimentation* pourrait avantageusement remplacer celui d'*alimentation forcée* qu'on a critiqué lors de sa première communication sur le sujet.

— M. *Desnos* communique, au nom de M. Moutard-Martin empêché, une note de M. Révilliod (de Genève), sur un nouvel appareil pour le lavage de la plèvre dans la pleurésie purulente. (Voy. le compte rendu de la Société de thérapeutique.)

— M. *Laveran* donne lecture d'un mémoire sur *les parasites de l'impaludisme.* Il a entrepris des recherches sur ce sujet depuis plus de deux ans, et a pu constater dans le sang, à côté des leucocytes mélanifères et des grains pigmentés décrits par Frerichs, d'autres organismes qui constituent, pour lui, le parasite spécial de l'impaludisme. Il a observé trois formes différentes : les corps n° 1 sont des éléments cylindriques incurvés en croissant, effilés aux deux extrémités qui parfois semblent reliées par un fin linéament; ces corps ont 8 à 9 μ de longueur, sur 3 μ de largeur. Ils sont incolores, transparents, sauf à leur centre où l'on voit un certain nombre de granulations de pigment; ils sont dépourvus de mouvements. Les corps n° 2 sont sphériques, transparents, d'un diamètre qui varie de 1 ou 2 μ, au diamètre des hématies et même davantage. A l'état de repos, ils renferment une collerette de grains pigmentés qui, à l'état de mouvement, s'agitent à l'intérieur du corpuscule. Au pourtour, on voit quelques filaments déliés, à double contour, légèrement renflés à leur extrémité libre; ces filaments, invisibles à l'état de repos, par suite de leur transparence parfaite, sont parfois animés de mouvements rapides et deviennent nettement appréciables; on les voit se détacher du corpuscule, devenir libres et continuer à se mouvoir dans le liquide sanguin. Les plus petits des corps n° 2 se voient souvent accolés aux hématies qui s'excavent à leur niveau et deviennent transparentes en ce point. Tous les corps n° 2 sont doués de mouvements amiboïdes très nets. Les corps n° 3 sont sphériques, dépourvus de tout filament, transparents, et renferment des grains pigmentés; ils ont de 8 à 10 μ de diamètre; ils n'ont pas de noyau et se colorent difficilement par le carmin; c'est là sans doute la forme cadavérique des corps précédents. On constate facilement tous ces organismes dans le sang des sujets atteints d'impaludisme, en se servant d'un grossissement de 400 à 500 diamètres; les mouvements qu'ils présentent se suspendent parfois au début de l'examen, par suite du refroidissement, mais ils recommencent le plus souvent au bout de vingt minutes environ. M. Laveran a pratiqué l'examen du sang dans 228 cas et a rencontré les corps qu'il décrit 184 fois; la plupart des cas négatifs ont été observés au début de ses recherches, alors qu'il connaissait moins parfaitement les conditions dans lesquelles il faut se placer pour constater la présence des parasites. Ils sont, en effet, surtout nombreux avant l'accès de fièvre intermittente et pendant cet accès; ils deviennent plus rares après, et disparaissent lorsqu'il n'y a pas eu d'accès depuis longtemps, ou à la suite de la médication quinique. Lors de cachexie palustre, on ne les retrouve que dans les capillaires du foie et de la rate. Pendant les périodes d'apyrexie on ne rencontre que les corps n° 3 et les leucocytes mélanifères. Des recherches analogues, pratiquées dans un grand nombre d'autres affections, n'ont jamais permis de rencontrer dans le sang des parasites semblables. A cause de leurs mouvements rapides, de leur volume, de leur paroi à double contour, M. Laveran pense que ce sont des organismes animaux n'ayant aucune relation d'origine avec les hématies. Il croit que les corps n°s 1 et 2 sont des poches kystiques renfermant le germe du parasite qui s'en dégage sous forme de filaments mobiles, devenant libres à l'état adulte. Il pose, en terminant, les conclusions suivantes : 1° ces parasites se rencontrent toujours dans l'impaludisme, au moins dans les vaisseaux du foie et de la rate; 2° leur abondance est en rapport avec la gravité des accidents d'impaludisme; 3° c'est au début des accès de fièvre palustre qu'ils sont le plus abondants : on peut, en constatant leur présence dans le sang, prévoir les accès; 4° on ne les retrouve dans aucune autre maladie; 5° ils disparaissent à la suite de la médication quinique. En présence d'une solution quinique les filaments se détruisent; peut-être les germes résistent-ils davantage, ce qui expliquerait la fréquence des récidives. M. Laveran regrette de n'avoir pu obtenir le contrôle de l'inoculation, mais il pense que les animaux ne sont pas aptes à contracter les accidents de l'impaludisme. Il ne sait par quelle voie le parasite pénètre chez l'homme et se réserve de compléter ses recherches.

M. *Laboulbène* rappelle que Klebs et Thomassi Crudelli ont déjà décrit des bactéries de l'impaludisme, dont l'inoculation aurait provoqué de la mégalosplénie chez le lapin et le cobaye. Il est surpris d'ailleurs du polymorphisme du parasite observé par M. Laveran : ce n'est pas là un fait ordinaire ; il faudrait le cultiver pour établir nettement sa nature. Est-ce un végétal ou un animal? On sait que les végétaux seuls résistent à l'action de la potasse caustique; d'ailleurs les filaments adultes du parasite ressemblent fort aux filaments que l'on trouve dans certaines équisétacées. Enfin quelle est sa porte d'entrée dans l'organisme humain? d'où vient-il? Le docteur Richard (de Philippeville), qui l'a constaté, à la suite de M. Laveran, pense que les kystes sont formés aux dépens des hématies dans lesquelles il se loge et se développe : opinion qui paraît fort contestable. D'autre part, reste-t-il des germes dans le sang pendant les périodes d'apyrexie, ou l'apparition du parasite n'a-t-elle lieu, comme dans la fièvre à rechutes, qu'un peu avant les accès?

M. *Dujardin-Beaumetz* demande s'il y a quelque rapport entre ce parasite et les organismes étudiés à la surface des marais, auxquels on attribue le développement des accès palustres.

M. *Laveran* répond que Th. Crudelli a décrit des organismes absolument différents de ceux qu'il a lui-même étudiés; il ne pense pas d'ailleurs qu'on ait jamais provoqué de fièvre palustre véritable chez les animaux en expérience. L'histoire naturelle du parasite qu'il a observé, n'est certes pas encore élucidée; il faudrait recourir dans ce but aux procédés de culture, mais pourra-t-on parvenir, aussi facilement que pour les bactéries, à le cultiver en dehors du sang vivant? Ce n'est pas une oscillaire, ainsi qu'il l'avait cru tout d'abord, c'est un organisme animal assez complexe, qui se rapproche des protistes; ses germes sont sans doute contenus dans l'eau des marais et s'introduisent chez l'homme avec les boissons. Si M. Richard donne une théorie différente de son développement, il l'a néanmoins observé, absolument identique d'aspect. Enfin, dans les périodes apyrétiques on ne retrouve ces organismes dans le sang qu'en petit nombre et sous leur forme cadavérique. A la surface du sol ou des marais, M. Laveran a rencontré des filaments analogues, mais non des formes semblables aux corps n° 2; il se propose de continuer ses recherches.

M. *Hallopeau* est d'avis que la constatation de l'existence du parasite dans tous les cas de fièvre palustre suffit pour fixer son rôle étiologique.

— A cinq heures un quart la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 26 AVRIL 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

M. *Nicaise* lit un rapport sur une observation de M. Richelot, relative à une laryngotomie intercrico-thyroïdienne comme opération préliminaire pour l'ablation d'un épithélioma du plancher de la bouche. Le malade mourut le lendemain.

A l'autopsie, on put voir que la hauteur de l'espace entre la cricoïde et la thyroïde était de 9 millimètres, et que l'introduction de la canule ne pouvait se faire que par la section du cartilage cricoïde. M. Richelot considère le thermocautère comme inutile dans cette opération. La cricoïde peut être fracturée par l'introduction d'une canule trop grosse; l'incision de ce cartilage ne présente d'ailleurs aucun inconvénient. La valeur absolue de cette opération est difficile à apprécier; si le corps thyroïde est hypertrophié, s'il existe de gros vaisseaux dans la région, cette opération sera préférée à la trachéotomie.

De son côté, M. Krishaber a lu une note sur la laryngotomie intercrico-thyroïdienne; il a souvent pratiqué cette opération et s'en montre partisan. Jamais il n'a constaté la nécrose du cartilage cricoïde, ni l'altération des cordes vocales. Il préfère le thermocautère au bistouri. En un mot, sa communication est toute en faveur de l'opération de Vicq d'Azyr.

M. *Chauvel* a fait dernièrement cette opération; il n'a pu introduire la canule ordinaire; il dut prendre une canule plus petite qui souvent était chassée au dehors. Pour la maintenir en place, il incisa le cartilage cricoïde.

M. *Després*. Dans le livre de Boger, la section du cartilage cricoïde a été indiquée et exécutée, comme complément à l'opération de Vicq d'Azyr. Nélaton a publié une observation de résection du cartilage cricoïde. M. Després a fait une fois cette résection.

Lorsque la maladie qui nécessite l'opération exige le maintien d'une canule à demeure, la laryngotomie intercrico-thyroïdienne est une détestable opération. Tous les mouvements de déglutition, tous les efforts de respiration produisent dans le larynx un frottement de la canule très désagréable. M. Després est un adversaire résolu de cette opération.

M. *Verneuil* a pratiqué et recommandé cette opération qui est excellente, d'une exécution facile, dépourvue de la plupart des inconvénients et des dangers de la trachéotomie, enfin la seule possible dans certains cas. L'an dernier, chez un malade atteint d'épithélioma du larynx, M. Verneuil fit la laryngotomie intercrico-thyroïdienne; l'opéré conserva un an sa canule; il succomba aux progrès de son cancer.

M. Verneuil a en ce moment dans son service un malade atteint d'épithélioma du pharynx; le cou est court et œdématé; fréquents accès de suffocation; laryngotomie intercrico-thyroïdienne sans résection du cartilage cricoïde, mais avec application de la canule de Krishaber. Le malade va bien et parle distinctement avec sa canule ouverte. Dans les deux cas, M. Verneuil a fait usage du thermocautère et n'a pas perdu de sang; il eût peut-être hésité à faire la trachéotomie ordinaire, car on ne pouvait renverser la tête pour écarter le menton du sternum. A la suite de certaines laryngites chroniques, les deux cartilages seront peut-être assez rapprochés pour ne pas laisser passer la canule de M. Krishaber.

M. *Farabeuf* a essayé cinquante fois cette opération sur des cadavres d'adultes ou de vieillards; sur le cadavre, cette opération est d'une simplicité extrême. Quand on fait l'incision de la membrane crico-thyroïdienne, le bistouri entame souvent le cartilage cricoïde; c'est un accident heureux, car si l'on a de la peine à passer la canule, ce cartilage se rompt et facilite le passage de la canule. Sur le cadavre, on voit que l'introduction de la grosse canule de Krishaber est possible. Les expériences ont démontré qu'en faisant respirer des animaux à travers un tube de thermocautère, on peut entretenir la vie assez longtemps; cela prouverait que le diamètre de la canule ne doit pas nécessairement être considérable.

M. *M. Sée*. A la Maison de santé, un malade atteint de laryngite spécifique et de rétrécissement du larynx, étouffait; M. Krishaber fit la laryngotomie intercrico-thyroïdienne et introduisit facilement la canule qui resta en place. Plus d'un an après, le malade portait encore sa canule et sans difficulté. M. Sée a fait deux fois cette même opération; la première fois très facilement. Dans la seconde opération, il fut difficile d'introduire la canule à cause d'un goitre suffocant et de l'ossification du cricoïde. Dans un grand nombre de cas, cette opération pourrait remplacer la trachéotomie.

M. *Lannelongue* l'a pratiquée une fois dans un cas de croup et a été frappé de son extrême facilité. L'enfant, âgé de quatre ans, supporta bien la canule et guérit. M. Lannelongue ne fait jamais la trachéotomie ordinaire sans une grande appréhension.

Il suffit d'aller dans les amphithéâtres des hôpitaux d'enfants pour voir les résultats anatomiques des trachéotomies : œsophages ouverts, trachée ouverte à droite, à gauche, en avant, en arrière; vastes décollements, gros vaisseaux coupés, etc.; c'est que l'opération a été pénible, et que l'enfant est mort peut-être de l'opération. Il faut donc chercher s'il n'y a pas mieux à faire que la trachéotomie; c'est pour cela que M. Lannelongue étudie la valeur de la laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

M. *Pozzi* a vu Krishaber opérer un individu atteint de phthisie laryngée; l'opération fut facile et le malade vécut huit mois sans grandes souffrances.

M. *Nicaise* a expérimenté sur le cadavre et a constaté que la laryngotomie intercrico-thyroïdienne était une opération facile. La canule ordinaire est difficile à introduire, et c'est pour cela que M. Nicaise avait ajouté à l'incision verticale,

deux petites incisions latérales. Avec la canule de Krishaber on a moins de difficulté, la rupture du cricoïde est favorable à cette introduction. La canule est moins bien tolérée que dans la trachéotomie ordinaire. L'opération de Vicq d'Azyr ne doit pas remplacer la trachéotomie, mais dans certains cas c'est une opération de nécessité.

M. *M. Sée* propose de faire la section transversale de la membrane crico-thyroïdienne au lieu de faire la section verticale, pour faciliter l'introduction de la canule.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 29 MARS 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GRIMAULT.

Influence des pressions tympaniques sur la perception des sons. — Application à la maladie de Ménière : M. Gellé. — Dosage de l'hémoglobine : M. Quinquaud. — Effets produits par la piqûre des argas de Perse : M. Mégnin. — Métallothérapie et aimantation : M. Burcq. — Déformations cristallinienne et cornéenne dans l'accommodation : M. Javal.

M. *Gellé* a recherché quelles modifications l'augmentation de pression exercée sur la membrane tympanique, et par son intermédiaire dans la caisse du tympan, déterminerait dans la perception des vibrations sonores. Le sujet en expérience devait rendre compte des variations des sensations acoustiques produites par les vibrations d'un diapason appliqué sur le frontal. Le plus souvent, à mesure qu'on augmentait la pression tympanique et qu'on provoquait ainsi l'enfoncement graduel de l'étrier dans la fenêtre ovale, l'intensité du son diminuait. L'observateur cherchait à contrôler les renseignements fournis par lo sujet examiné en reliant son oreille à celle de ce dernier au moyen du tube qui servait à exercer la compression. Seulement pour se mettre à l'abri de la compression exercée dans l'oreille du sujet, il fermait l'orifice du tube avec un disque de baudruche. Il est arrivé quelquefois que la personne examinée n'accusait plus aucune sensation sonore, tandis que l'observateur continuait à percevoir les vibrations. Ce désaccord a paru tenir à la fixité préalable de l'étrier.

M. Gellé a cherché à appliquer ce procédé d'études à la détermination du siège de la maladie de Ménière. De ses recherches il conclut que les vertiges pouvant être provoqués par l'augmentation de pression intra-labyrinthique, il peut exister dans les maladies dont il s'agit un excès de pression habituel du liquide du labyrinthe par quelque lésion de la fenêtre ovale ou de la fenêtre ronde.

— M. *Quinquaud* expose les résultats de ses recherches sur le dosage de l'hémoglobine totale à l'aide de sa méthode de décolorométrie chimique.

Cette méthode générale pour doser les matières colorantes doit subir des modifications de détail suivant la matière que l'on doit doser : aujourd'hui l'auteur l'applique au dosage de l'hémoglobine totale du sang.

Le principe de la méthode repose sur la décoloration du sang par l'eau de chlore titrée ; le point limite est une teinte gris verdâtre ardoisé.

Pour faire le dosage, il suffit de connaître une fois pour toutes le volume d'eau de chlore titrée qui décolore une quantité connue d'hémoglobine cristallisée pure, desséchée à 100°. C'est là une donnée fondamentale. — La même eau de chlore sert à la décoloration d'un volume déterminé de sang : on connaît ainsi trois termes d'une équation, dont il est facile de déterminer le quatrième.

Le titrage de l'eau de chlore se fait à l'aide de la solution suivante : eau distillée, 250 grammes ; acide arsénieux, 6gr,87 ; carbonate de soude 8gr,312.

On met 4 centimètres cubes de cette solution dans un verre à précipité ; on y ajoute deux gouttes de carmin d'indigo, et on laisse tomber dans la solution l'eau de chlore de la burette de Mohr jusqu'à ce que le liquide soit décoloré.

Pour la détermination de la quantité d'hémoglobine qui correspond à une quantité donnée d'eau de chlore titrée, on prend une solution titrée d'hémoglobine cristallisée pure, desséchée à 100° ; on la décolore avec l'eau chlorée dont on connaît la valeur. En opérant ainsi, on arrive à conclure que 5cc,5 d'une eau de chlore, qui titre 10, décolore 0gr,085 d'hémoglobine ; le chlore porte ainsi son action sur diverses substances du sérum, mais le volume de chlore qui correspond à cette affinité est minime ; puisque le dosage se fait avec 1 ou 2 centimètres de sang, l'erreur n'est guère que de 0cc,2 à 0cc,3 ; d'ailleurs cette différence peut être rendue nulle.

Pour vérifier le procédé, M. Quinquaud a fait des dosages comparatifs du même sang par diverses méthodes (décolorométrie, méthode optique, méthode directe, méthode à l'hydrosulfite). Ces différents moyens d'étude appliqués à l'examen du sang du bœuf, du chien, de la truie, du veau, de la poule, de l'homme, ont fourni des nombres très voisins ; tous mesurent l'hémoglobine *totale*, sauf la méthode à l'hydrosulfite qui permet d'apprécier seulement l'hémoglobine *active* et donne par suite des quantités plus faibles.

C'est en employant l'hydrosulfite et la décolorométrie que l'auteur a montré que certaines affections, comme la diphthérie, la variole hémorrhagique, certains toxiques, rendent inerte une partie de l'hémoglobine.

L'association des deux méthodes permet donc aux physiologistes et aux pathologistes d'apprécier les divers états de l'hématocristalline.

— M. *Mégnin* a déjà entretenu la Société des dangers attribués par les indigènes à la piqûre des *argas* de Perse. Il a eu à sa disposition plusieurs de ces argas envoyés à M. Laboulbène par M. Tholozan et en a profité pour répéter sur lui-même une expérience déjà faite par M. Fumouze sur un lapin.

Un argas, de l'espèce qu'il nomme *A. Tholosani*, placé sur le dos de sa main sous un verre de montre, y a enfoncé son rostre et s'y est gorgé de sang. La sensation de la piqûre a été exactement celle d'une sangsue, peut-être un peu plus faible, et a persisté quelque temps après que le parasite a été repu, ce qui est arrivé au bout d'une demi-heure. L'acarien était devenu replet mais pas autant que nos ixodes indigènes qui décuplent de volume ; il est vrai que ceux-ci restent attachés à leurs victimes pendant plusieurs jours.

La petite blessure faite par l'argas, s'est bouchée par une gouttelette de sang coagulée, et autour sur un rayon de 3 à 4 millimètres une ecchymose violette s'est dessinée, qui était encore très colorée, quoique pâlie 24 heures après.

M. Mégnin n'a éprouvé aucun autre effet de la piqûre de l'argas et on peut par conséquent regarder comme des fables toutes les histoires qu'on a débitées sur les dangers de cette piqûre, qui est en tout comparable à celle de nos ixodes indigènes dont les argas sont très voisins zoologiquement.

— M. *Burcq* lit une note sur la valeur *thérapeutique* des applications métalliques et discute l'assimilation qu'on a voulu faire de la métallothérapie avec l'action des aimants.

— M. *Javal*, étudiant la déformation cristallinienne qui se produit sous l'influence de l'accommodation, expose la part qui revient à la déformation cornéenne sous la même influence : les déformations cristallinienne et cornéenne sont de même sens, mais dans certaines formes d'astigmatisme le rapport de ces deux déformations est profondément modifié.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 26 AVRIL 1882. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Traitement de la pleurésie purulente (M. Révilliod) : M. Moutard-Martin. — Étiologie et traitement des spasmes professionnels : M. Dally. — De l'emploi de la digitale dans les maladies du cœur : M. Fernet.

M. *Moutard-Martin* présente à la Société, au nom de M. Révilliod (de Genève), deux photographies et une note explicative faisant connaître l'appareil qu'il emploie pour le lavage de la plèvre dans la pleurésie purulente. Cet appareil se compose d'un tube en caoutchouc, plongeant par une de ses extrémités dans la plèvre et par l'autre dans une bouteille renfermant le liquide destiné aux lavages. Une fois ce siphon amorcé, le malade peut, en élevant la bouteille, faire pénétrer le liquide dans la plèvre, et, en l'abaissant, vider la séreuse du liquide qu'elle contient; le fonctionnement de cet appareil est très analogue à celui du tube de Faucher pour le lavage de l'estomac. Le malade peut d'ailleurs vaquer à ses occupations, en plaçant la bouteille réservoir dans la poche de son pantalon; le siphon restant toujours amorcé, tout le pus sécrété dans le kyste pseudo-pleural est constamment aspiré et vient se rendre dans la bouteille. M. Révilliod a traité dix malades par ce procédé : deux ont succombé à l'évolution de la tuberculose, un troisième, chez lequel on avait retiré le tube trop hâtivement, a eu une fusée purulente le long du psoas et du rachis jusque dans l'abdomen : il a succombé; un quatrième est en traitement; les six autres ont été guéris. — M. Moutard-Martin fait remarquer que ces résultats sont relativement médiocres, ce qu'il faut attribuer, selon lui, à ce que les fausses membranes ne peuvent trouver une issue par le tube, qui n'est à tout prendre qu'une modification du siphon de Potain; on ne pourra obtenir la guérison par ce procédé, que dans les cas où il n'y a pas ou très peu de fausses membranes ; dans tous les autres, l'opération de l'empyème avec large incision intercostale est bien préférable; les fausses membranes peuvent alors être expulsées et l'on en voit sortir parfois de la plèvre des quantités considérables. Il semble en outre, d'après les photographies communiquées par M. Révilliod, qu'il choisisse, pour l'introduction du tube, un point situé trop en avant; en agissant ainsi on peut craindre, du côté gauche, la proximité du cœur et de son enveloppe, et, dans tous les cas, on n'est pas à la partie la plus déclive de la séreuse, située en arrière de la ligne axillaire.

M. *C. Paul* croit qu'en effet on doit poser comme règle la nécessité de l'opération de l'empyème toutes les fois qu'il y a d'abondantes fausses membranes.

M. *Féréol* est entièrement de cet avis, mais il désirerait qu'on lui indiquât un moyen de diagnostiquer ces fausses membranes.

M. *Moutard-Martin* ne pratique l'empyème que le plus tard possible, s'il n'existe aucun symptôme menaçant. Il préfère mettre d'abord en usage les ponctions successives, mais il ne pratique pas de lavages, car les liquides que l'on emploie à cet usage ont des propriétés coagulantes et l'on augmente ainsi la quantité de fausses membranes contenues dans la plèvre, ce qui constitue un obstacle puissant à la guérison. Les lavages seront indiqués et n'auront plus le même inconvénient à la suite de l'empyème.

M. *C. Paul* emploie le trocard de Reybard pour ponctionner l'épanchement purulent et se sert d'une sonde uréthrale pour pratiquer les lavages. Le liquide qu'il a choisi est une solution d'hyposulfite de soude qui ne possède aucune propriété coagulante. Il a obtenu d'excellents résultats de ce procédé, et soigne en ce moment un malade auquel il a retiré par une première ponction 4 litres de pus ; l'écoulement, qui était au début de 450 grammes environ de pus par jour, est actuellement réduit à 50 grammes. Il croit d'ailleurs qu'il existe, dans ce cas, peu de fausses membranes.

M. *Cadet de Gassicourt* a extrait plusieurs fois 5 litres et plus de liquide purulent chez des enfants, et a obtenu la guérison par des ponctions successives, sans pratiquer le lavage. Dans trois cas, une seule ponction a suffi; dans un certain nombre d'autres, il a fallu renouveler la ponction trois ou quatre fois.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer qu'il n'est plus douteux que certains cas de pleurésie purulente aient guéri sans ponction : M. Moutard-Martin en a cité un exemple; d'autres malades ont guéri après une seule ponction. Mais, pourquoi revenir aux anciens procédés ? Du moment où l'on se décide à pénétrer dans la plèvre, l'empyème est l'opération la plus rationnelle. C'est à l'incision qu'on devra recourir si la guérison n'est pas obtenue après une ou deux ponctions.

M. *Cadet de Gassicourt* croit qu'une ou deux ponctions ne suffisent pas toujours, du moins chez l'enfant ; il faut les répéter un plus grand nombre de fois. On devra les espacer à intervalles égaux, et, si le pus diminue chaque fois de quantité, on pourra espérer la guérison sans empyème; dans le cas contraire, une large incision devra être pratiquée.

M. *Moutard-Martin* recommande de tenir compte également de la consistance du pus après chaque ponction ; on voit, dans les cas qui doivent guérir sans empyème, le liquide devenir de plus en plus séreux et l'épanchement se transformer peu à peu, jusqu'à perdre tout caractère purulent.

— M. *Dally* offre à la Société une brochure intitulée : *Etiologie et traitement des spasmes professionnels*. Il y étudie spécialement la crampe des écrivains et la crampe des muscles gastro-cnémiens qui se montre surtout chez les grands marcheurs. Il distingue avec soin la crampe, du tremblement et de l'impotence fonctionnelle, et signale de nombreux cas de guérison par l'emploi du massage et du galvanisme, procédé qu'il a préconisé depuis bien des années déjà. Il pense que l'intensité de l'acte cérébral, chez les écrivains, n'a aucune influence sur le développement de la crampe; la meilleure prophylaxie consiste à employer la plume d'oie et à serrer le moins possible le porte-plume entre les doigts. Il est prudent de ne faire écrire les enfants qu'à l'âge de sept ans.

— M. *Fernet* lit un mémoire sur l'*Emploi de la digitale dans les maladies organiques du cœur*. La digitale est un médicament précieux et d'une efficacité incontestable dans les affections valvulaires du cœur ; mais il faut, pour en obtenir les effets cherchés, ne pas la donner à tout propos comme cela a lieu trop souvent, et ne l'employer que suivant des règles fixes et logiquement établies. Quel que soit son mode d'action physiologique, ses effets se traduisent par le ralentissement, la régularisation et l'augmentation d'énergie des contractions cardiaques, en même temps que par la diurèse ; la diminution des congestions viscérales ne paraît être qu'une conséquence des modifications circulatoires. La digitale sera donc indiquée chaque fois que les contractions du cœur seront précipitées, irrégulières, inégales et que l'urine sera en faible quantité. Dans les affections aortiques, le muscle cardiaque est tardivement atteint de dégénérescence, les pulsations sont amples et régulières, les urines abondantes : il n'y a donc aucune indication d'employer la digitale. Les palpitations, dans ce cas, seront justiciables du bromure de potassium ; enfin, lors d'asystolie terminale dans certains cas de lésions aortiques, l'emploi de la digitale serait dangereux, tandis que les toniques et les stimulants donneront de bons résultats. Dans les affections mitrales, la pé-

riode de compensation est plus courte et l'asystolie par dégénérescence du myocarde plus précoce; on peut d'ailleurs établir trois périodes successives : 1° la période *eusystolique* qui correspond à la compensation de la lésion valvulaire, sans troubles fonctionnels; 2° la période *dyssystolique*, caractérisée par des phénomènes asystoliques intermittents et curables; le pouls est fréquent, irrégulier, inégal, mais on constate encore quelques pulsations fortes qui indiquent que le cœur conserve une certaine énergie; ce n'est pas là de l'asystologie véritable ou *cardioplégie*, mais de la *cardiataxie;* 3° une période terminale *asystolique*, symptomatique de la dégénérescence du myocarde. La digitale n'est utile et efficace que dans la seconde période; son emploi offre des dangers dans les deux autres. Dans la première, l'hygiène bien entendue forme la base du traitement et suffit le plus souvent à retarder l'apparition des accidents; dans la dernière, à quoi servirait de vouloir régulariser des contractions qui peuvent à peine se produire? A ce moment les toniques, les stimulants et la morphine seront utilement employés. M. Fernet prescrit, de préférence à toute autre préparation, l'infusion de digitale à la dose de 20 centigrammes pour 150 à 200 grammes d'eau, prise en plusieurs fois dans la journée à distance des repas; il croit que les doses fortes n'agissent pas mieux et exposent à des accidents d'intoxication par la digitaline. Il administre l'infusion pendant quatre à cinq jours seulement, temps suffisant pour obtenir l'effet thérapeutique maximum; en continuant le médicament plus longtemps on détermine de nouveaux phénomènes asystoliques, dus à l'action de la digitale sur le myocarde. Pendant les deux ou trois premiers jours de la médication, on n'observe aucun effet appréciable, mais il ne tardera pas à apparaître; si l'on se trouvait en présence d'accidents menaçants, il faudrait recourir à la saignée et aux drastiques. Lorsque l'action de la digitale se produit, elle se manifeste d'abord par la régularisation du pouls, qui précède ordinairement de quinze à dix-huit heures la diurèse; celle-ci se montre, le plus souvent, tout d'un coup dans la nuit du troisième au quatrième jour, chez les malades soumis pour la première fois au traitement; les jours suivants, elle persiste malgré la suspension du médicament et augmente même, pour arriver à son maximum le cinquième jour : le malade urine alors 3, 4 et 5 litres. La diurèse est le meilleur signe de l'action utile de la digitale, aussi est-il très important de recueillir l'urine des vingt-quatre heures chez tous les cardiaques en traitement; le bocal à urine, dit M. Fernet, donne, pour les affection du cœur, des renseignements aussi précieux que le thermomètre dans les pyrexies. — Il montre à la Société des tracés graphiques sur lesquels on peut constater que les minima dans la courbe du pouls correspondent toujours aux maxima dans la courbe de l'urine; lorsque le malade excrète moins d'un litre d'urine en vingt-quatre heures, les accidents dyssystoliques se montrent de nouveau.

— A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Recherches sur les effets toxiques et physiologiques de la glycérine chez les animaux, par M. le docteur Annedon.

Ces recherches ont été faites dans le laboratoire de M. Ott. Chez des grenouilles, une injection sous-cutanée de glycérine pure ou diluée produisait de l'engourdissement des membres postérieurs, des contractions fibrillaires dans les muscles, de l'augmentation de l'excitabilité réflexe; puis de la tétanisation des membres antérieurs, de l'arrêt de la respiration et du cœur.

Les effets produits sur le lapin étaient de même nature, toutefois l'injection intra-veineuse donnait lieu plus rapidement à tous ces phénomènes et, de plus, à de l'hématurie.

A l'aide du kymographion de Ludwig, on constatait que l'injection intra-veineuse était suivie d'abord d'une augmentation et plus tard d'un abaissement de la pression sanguine et d'une diminution des contractions cardiaques : la section de la moelle, celle des nerfs cardiaques ne modifiaient pas les phénomènes; ce qui prouverait, d'après l'auteur, que la glycérine agit sur les extrémités nerveuses périphériques et non pas sur les centres. Alors, par la section préalable des nerfs vagues, il devenait manifeste que l'action de la glycérine sur le cœur était atténuée. Enfin, les mêmes résultats étaient encore obtenus par la destruction préalable des centres nerveux, ou bien en liant le tronc au niveau de l'abdomen et en laissant seulement la moelle intacte, ou bien encore en sectionnant les tissus d'un membre à l'exception du nerf. (*Archives of medecine*, New-York, octobre 1881, p. 107.)

De la nature du contage diphthéritique, par MM. les docteurs Wood et H. Formard (de Philadelphie).

Ces expériences entreprises sous les auspices du *National Board of Health*, consistaient dans l'inoculation sous la peau ou dans le tissu musculaire de plusieurs chiens des fragments de fausses-membranes, détachées du pharynx de malades diphthéritiques des hôpitaux de Philadelphie.

Chez quelques-uns des animaux qui survécurent, la muqueuse trachéale était enflammée et recouverte d'une couche de pseudo-membranes, dans lesquelles on pouvait reconnaître des micrococcus et des corpuscules analogues aux micro-organismes dont on a signalé la présence dans les exsudats diphthéritiques.

Ces expériences furent répétées à Hudington, localité dans laquelle régnait une épidémie de diphthérie, au moyen du sang et de produits pseudo-membraneux provenant d'enfants infectés. Dans les globules du sang des animaux inoculés, dans la moelle des os, existaient des micrococcus et sur les muqueuses, des pseudo-membranes analogues aux produits morbides qu'on rencontre chez les diphthéritiques.

Pour déterminer le rôle des micrococcus dans la pathogénie de la diphthérie, on fit successivement une centaine de cultures de ces micro-organismes. Les expérimentateurs arrivèrent à cette conclusion que les micrococcus de la diphthérie sont identiques de forme à ceux des autres maladies du pharynx, mais qu'ils possèdent une plus grande activité de reproduction.

Dans les inoculations au moyen des liquides de ces cultures, les manifestations diphthéritiques ne se sont produites qu'avec les micrococcus d'une deuxième génération. Ceux d'une première génération étaient impuissants. Les docteurs Wood et Formard concluent de ces faits que les micrococcus sont les agents de l'infection diphthéritique. (*The Med. Press. of Philadelphia* et *The Maryland med. Journal*, 1er novembre 1881.)

Sur quelques précautions spéciales de la trachéotomie dans le croup, par M. le docteur William Martin.

1° La meilleure méthode est celle qui dispense de canule trachéale et de tout appareil instrumental et qui consiste à fixer par des fils l'ouverture de la trachée aux lèvres de la plaie.

2° La trachéotomie est indiquée dans toutes les inflammations exsudatives de la trachée-artère.

3° La portion inférieure de la trachée est le lieu d'élection

préférable pour l'opération chez les enfants, parce qu'elle est plus large que la portion en continuité avec le larynx.

4° Le décubitus dorsal est la position que doit prendre l'opéré parce qu'elle est la plus commode pour l'opérateur et que dans cette attitude les téguments du cou sont dans l'extension.

5° L'emploi des anesthésiques, mais de préférence du chloroforme, doit être modéré; mais suffisant toutefois pour diminuer la sensibilité du malade, sans cependant produire l'assoupissement. Quand les actions réflexes sont abolies, le chirurgien en est averti par la cessation des quintes de toux produites par la chute du sang dans la trachée. Le retour rapide de la sensibilité cutanée est, dans ce cas, de la plus grande importance. (*The London medical Record*, 15 février 1882.)

Des troubles médullaires réflexes par irritation des organes génitaux; discussion devant la Société de neurologie de New-York.

Le point de départ de cette discussion a été une note du docteur Gray qui mettrait en doute l'origine des paralysies médullaires réflexes dues à des irritations des organes génitaux et en particulier du prépuce. Le docteur Sayre avait publié un certain nombre d'observations en faveur de cette théorie; mais, même en l'absence de faits absolument concluants en faveur de l'une ou l'autre opinion, quelques résultats ont été obtenus par cette discussion.

1° Il existe des faits expérimentaux et cliniques, tels que ceux du docteur Bouchard, par exemple qui ne sont pas contraires à cette théorie : de ce nombre sont les paraplégies consécutives aux traumatismes du testicule (Hammond, Spitzka); à des irritations de la vessie ou de l'urèthre, ou bien encore du col et du corps de l'utérus (Séguin). Enfin, on peut admettre que les irritations de la sphère génitale sont suivies quelquefois de troubles psychiques, sensitifs, moteurs ou trophiques.

2° Mais ces troubles peuvent coexister chez le même malade, sans être en rapport par des liens de causalité. En tout cas, les accidents réflexes de cette nature sont rarement des paralysies et quand ils existent on peut admettre qu'ils ne sont pas souvent le résultat de l'irritation du prépuce, de l'étroitesse du méat, etc., etc. Aussi, au point de vue thérapeutique, ces conclusions, tout en ne modifiant pas les méthodes habituelles de traitement, montrent la nécessité de prévenir les causes d'irritation des organes génitaux. De plus, ce serait une erreur de croire que, dans ces cas, l'uréthrotomie et la circoncision pourraient assurer la guérison. Le docteur Otis a même constaté, chez un malade, que la circoncision avait été une cause de rétrécissement du méat et d'accidents nerveux réflexes, absolument comme l'étroitesse du prépuce dans un cas du docteur Sayre. (*New-York Neurological Association*, 1er novembre 1881 et *The med. Record*, 19 novembre 1881.)

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène et maladies des paysans, étude sur la vie matérielle des campagnards en Europe, par le docteur Layet, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Bordeaux, avec une préface de M. le docteur Dechambre. — Paris, G. Masson, 1882, in-8° de 570 pages.

« Rassembler, condenser dans un manuel pratique tout ce qui intéresse la santé d'une classe de citoyens si nombreuse et je dirais volontiers si précieuse est vraiment une œuvre digne des plus vifs encouragements. » Cette phrase que nous empruntons à la préface d'un charme si pénétrant de ce livre est assurément le plus bel éloge — l'auteur ne nous démentira pas — qu'on puisse faire d'une telle œuvre. Le savant professeur d'hygiène de la Faculté de médecine de Bordeaux était d'ailleurs à même de l'entreprendre et de l'achever avec érudition, élévation de pensées et judicieuse méthode.

Parmi les groupes sociaux qu'il a si nettement définis dans le *Programme de son enseignement*, M. Layet n'en pouvait choisir un plus intéressant que celui des paysans, les racines de l'arbre national, comme on l'a dit, en ajoutant : quand la racine ne vaut plus rien, l'arbre tout entier meurt. A quels périls ces « racines » sont exposées, on ne le sait que trop; la facilité des échanges et des communications, l'attrait des villes et d'un salaire plus élevé, les grands courants de l'émigration font de plus en plus déserter les campagnes, soustrayant dans chaque pays à une vie fertile et salubre une grande partie de la nation pour l'entasser dans les cités où elle ne tarde pas à être décimée par les vices et les maladies fatalement inhérentes aux agglomérations. Cependant, et M. Layet le signale dès le début de son livre, s'il est incontestable que la mortalité dans les campagnes est moins élevée que la mortalité dans les villes, celle-ci n'en a pas moins diminué depuis un certain nombre d'années dans une proportion beaucoup plus grande que la première, et cela principalement dans les pays où de grands progrès ont pu être réalisés dans l'hygiène des villes ainsi que dans les institutions sanitaires propres à leur en assurer les bénéfices. Il convient donc aussi, comme on le fait chaque jour davantage pour le citadin, de ne pas négliger d'enseigner au campagnard « à ménager ses forces, à soigner sa demeure et sa personne, à ne pas gâter enfin, par de routinières habitudes, les avantages si précieux que lui dispense avec usure le milieu dans lequel il vit ». Tel est l'enseignement que l'on trouve en effet dans l'ouvrage de M. Layet, soit qu'il s'agisse d'étudier les rapports si puissants du sol avec la population des campagnes, soit que l'on soit curieux de rechercher quels sont chez les divers peuples de l'Europe les préceptes généraux d'hygiène concernant la salubrité de l'habitation rurale, tant dans sa construction ou son intérieur qu'à ses alentours. Que de causes d'insalubrité dans l'encombrement, le chauffage, la propreté, le lit surtout, ainsi que les huttes et les chaumes trop nombreux encore dans les provinces des diverses nations, et combien dangereux encore peut devenir l'insouciance si commune des paysans pour tout ce qui touche les étables, les écuries, les dépôts de fumiers et les immondices! Autant en emporte le vent, peuvent se dire ceux qui vivent au milieu de toutes ces puanteurs; mais les découvertes récentes sur les maladies microbiennes, les cas avérés de propagation de fièvre typhoïde par les eaux et le lait contaminés dans les conditions les plus inconnues autrefois, commandent aujourd'hui d'être plus circonspect.

Le régime alimentaire des campagnards est étudié dans la seconde partie du livre de M. Layet; on y trouve les détails les plus intéressants sur les céréales et le pain si souvent mal fabriqué et mal cuit, quand il n'est pas fait avec des farines avariées, mal conservées ou peu nutritives, sur les aliments végétaux autres que les céréales, qui trop souvent viennent remplacer la viande, sur la nourriture des paysans dans les divers pays européens et enfin sur les boissons, les eaux potables aussi bien que les boissons fermentées, et surtout les alcools, sous l'influence desquels dans la plupart des pays 50 à 60 pour 100 des crimes sont aujourd'hui commis.

Nous trouvons ensuite des considérations d'hygiène relatives à chacun des vêtements en usage chez les campagnards, et l'on comprend que ce chapitre ne pouvait manquer de montrer les conséquences de la malpropreté si habituelle de leurs vêtements sur la santé, produisant ici la myase des paysans slaves, là cette maladie si caractéristique, la plique des paysans polonais, russes et sibériens. Mais si les campagnards savent si peu se mettre à l'abri des causes d'insalubrité dont ils pourraient éviter la plupart, les travaux auxquels ils se

livrent offrent aussi leurs dangers, incomparablement moins grands assurément que ceux encourus par les ouvriers des villes industrielles, mais réels cependant, et l'on peut en lire dans l'œuvre de M. Layet un relevé des plus complets, relevé qui montre si bien l'influence générale du travail rural sur l'organisation des paysans. Là, comme ailleurs aussi, l'enfance est exposée non seulement aux conditions atmosphériques que sa délicate organisation rend plus redoutables, mais à l'incurie et à l'ignorance des personnes chargées de lui donner des soins et de la préparer à la lutte pour l'existence; l'influence fâcheuse de l'alimentation prématurée, l'action funeste du froid, les coutumes bizarres et si profondément enracinées pour l'élevage des nouveau-nés sont autant de points à signaler dans une étude aussi étendue; M. Layet y a ajouté un chapitre des plus remarquables et qui, développé davantage, ferait toute une monographie nouvelle; il l'appelle trop modestement : éléments de statistique et d'hygiène morale des populations des campagnes. Rappelons encore la partie consacrée à la classification des maladies des paysans et à la caractérisation rurale de chacune d'elles et enfin l'examen de la valeur comparative des deux causes principales de l'accroissement annuel des populations urbaines: l'excédent des naissances et l'immigration, auquel il indique judicieusement comme remède une organisation simple mais rationnelle de la médecine publique dans les campagnes afin de modérer cette émigration, dont il importe de bien prévoir les conséquences, des campagnards vers les villes.

Tel est le cadre de ce livre, plein de faits, rempli de renseignements utiles aux divers pays; nous ne croyons pas qu'il en soit de meilleur à consulter pour le praticien appelé à exercer ou qui exerce déjà dans le milieu rural; nous oserions dire qu'il n'en saurait être de plus utile pour tous ceux qui sont appelés à vivre avec les paysans ou à posséder quelque influence sur eux, et nous estimons qu'il fait grand honneur au créateur d'un enseignement dont on a si peu idée, même à Paris, ainsi qu'à la science sanitaire française que M. Layet est appelé à représenter dans un concours international prochain.

A.-J. M.

Fièvre intermittente, glycosurie, diabète sucré, par le docteur H. C. A. Ravel. Broch. in-8° de 25 pages, mars 1882. Clermont (Oise), imprimerie Daix.

Nous l'avons déclaré récemment, à propos des recherches de M. Sorel, nous ne voulons pas revenir actuellement sur la question des rapports du paludisme avec la glycosurie : c'est une question de fait sur laquelle de nouvelles observations peuvent seules prononcer. M. Ravel le pense assurément comme nous; mais, en attendant, il a eu la bonne pensée de relever, dans un certain nombre d'auteurs, divers passages dont M. le professeur Verneuil peut faire son profit et que nous nous hâtons de lui signaler. Les citations produites sont, en effet, favorables à la thèse; quelques-unes, il est vrai, n'ont pas une signification bien claire, le nom de diabète ne s'étant appliqué autrefois qu'à de simples polyuries, n'implique pas la présence d'une substance sucrée dans les urines. Mais il en est d'autres correspondant à un temps où l'on distinguait très bien le « diabète faux » du « diabète vrai » et où les rapports de ce dernier avec les fièvres intermittentes sont expressément signalés. En outre, là où l'on peut supposer que la polyurie était seule en cause, elle est parfois présentée comme persistante et constituant un état pathologique spécial.

Deux citations seulement : « Il arrive quelquefois, quoique fort rarement, dit Sydenham, que les vieillards qui ont eu longtemps les fièvres intermittentes et qui ont été saignés et purgés mal à propos, sont attaqués du *diabète*, ou flux immédiat d'urine, lors même qu'il ne reste pas du tout de fièvre. »

« Lorsque la fièvre intermittente, automnale surtout, est négligée ou mal traitée, ou bien même quand elle est guérie, d'autres dangers sont imminents, tels que la goutte, le *diabète*. Presque tous les diabétiques que j'ai observés (leur nombre s'élève à quinze) avaient été atteints de fièvres intermittentes. » Ceci est écrit par Joseph Franck qui connaissait bien, comme son père, le diabète sucré et n'entend ici parler que de celui-là.

Parmi les auteurs que cite M. Ravel, nous ne trouvons pas Casimir Medicus. Nous n'avons pas actuellement sous les yeux le *Traité des maladies périodiques sans fièvres*; mais Double fait remarquer que le flux d'urine y est rangé parmi les fièvres intermittentes larvées (*Annotations au Traité de médecine de Pierre Franck*, édition de Gondureau, t. I, p. 29). Cette vue nosologique, si singulière pour nous, à quel fait d'observation répond-elle dans Casimir Medicus? A une simple polyurie intermittente, chose assez rare, croyons-nous; ou à une polyurie apparaissant après des accès de fièvre intermittente, quand l'élément fébrile a disparu.

En voilà assez pour faire ressortir l'intérêt de la brochure annoncée et la part de lumière qu'elle peut jeter dans la discussion qui a occupé naguère et qui occupera encore certainement l'Académie de médecine.

VARIÉTÉS

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

(Deuxième séance.)

Comme les années précédentes, cette séance a été presque exclusivement consacrée à la lecture des rapports préparés par le Conseil général et au vote, sans discussion sérieuse, des conclusions de ces rapports. Le nombre et l'importance des questions renvoyées chaque année à l'examen du Conseil général rend, en effet, presque impossible une discussion publique; mais il y aurait avantage, comme l'ont proposé MM. les docteurs L. Thomas (de Tours) et A. Pamard (d'Avignon) à faire imprimer et distribuer à l'avance aux Sociétés locales tous ces rapports qui, rédigés avec une compétence et un talent incontestés, pourraient cependant être amendés dans quelques-unes de leurs parties. Cette année le vote des pensions proposées par M. Penard s'est fait sans objections et l'Assemblée tout entière a voté des remerciements à notre confrère de Versailles. Voici l'énumération de ces pensions avec les chiffres votés par l'Association :

M. le docteur Amédée Latour, pension de 1200 fr.; MM. Ferrier père (Gironde), pension de 600 fr.; Louis Igonnet (Haute-Garonne), 600 fr.; Fourquet (Lot-et-Garonne), 500 fr.; Guyard (Loire-Inférieure), 400 fr.; Graa (Haut-Rhin), territoire cédé, 400 fr.; Toussaint (Meurthe-et-Moselle), 400 fr.; Casteran (Gironde), 300 fr.; Lozes (Gers), 300 fr.; Lemoine (Ille-et-Vilaine), 300 fr.; Woynicz (Toulouse), 300 fr.; Rzepecki (Nièvre), 300 fr.; Mandon (Vaucluse), 300 fr.; Messier (Somme), 300 fr.

Une augmentation de pension est accordée aux pensionnaires suivants : MM. Commarmond (Loire), augmentation de 200 fr.; Tillet (Coulommiers), 200 fr.; Jullié (Gard, Alais), 200 fr.; Moyret (Côte-d'Or), 200 fr.; Toutain (Calvados), 200 fr.; Méli (Bouches-du-Rhône), 200 fr.; Fabre (Var, Draguignan), 200 fr.; Ferrand (Gironde), 100 fr.; Benoist (Maine-et-Loire), 100 fr.

Puis MM. Bucquoy, Dufay, Penard, Durand-Fardel, Gosselin et Bancel ont été nommés membres de la Commission

des pensions viagères pour l'année 1883. M. le docteur A. Foville a été nommé secrétaire général de l'Association, et MM. Brouardel, Cornil, Dénucé, Gavarret, Gallard, Peter, Burdel, Horteloup, membres du Conseil général.

Me Vanneson, rapporteur de la question relative à l'exercice de la médecine pratiquée sur le territoire français par les médecins belges et luxembourgeois, est d'avis qu'il faut, pour interdire aux médecins étrangers l'entrée de notre territoire, abolir la convention conclue en 1880 entre la France et la Belgique. Cette résolution ne saurait être prise que par le parlement et nous doutons que les instances du conseil de l'Association puissent faire aboutir les pétitions qui seraient rédigées dans ce sens.

M. Richelot a lu ensuite un rapport très étudié sur un vœu émis par M. le docteur Maximin Legrand, relatif à la double patente que payent les médecins exerçant dans une station thermale et ayant leur domicile dans une autre ville. M. Richelot arrive à cette conclusion que le médecin d'une station minérale fasse établir son domicile habituel et principal à la station où il exerce et qu'il ne fasse considérer son domicile parisien que comme accessoire.

Le rapport de M. le docteur Lunier intéresse un plus grand nombre de nos confrères. Il a trait à l'organisation de l'assistance médicale dans les campagnes. Il faudrait, pour arriver à un résultat un peu satisfaisant, l'ouverture au budget public d'un crédit d'au moins 6 millions dont les trois sixièmes seraient à la charge de la commune, deux sixièmes à la charge du département et un sixième à la charge de l'État. Espérons avec M. Lunier, que cette réforme si désirable s'imposera un jour ou l'autre à l'attention de nos législateurs.

M. Bucquoy a pris la peine de dépouiller les rapports des Sociétés locales consultées sur la question de savoir quelles devaient être les relations des médecins avec les Sociétés de secours mutuels. M. Surmay (de Ham), qui avait soulevé cette question, demandait que tout arrangement avec les sociétés de secours mutuels fût proscrit par l'Association et que les médecins s'engageassent d'honneur à respecter cette consigne. M. Bucquoy, rappelant que la question avait déjà été discutée par MM. Davaine et Burdel, il y a près de vingt ans, repousse le vœu de M. Surmay, et, signalant les votes de la plupart des sociétés locales qui se sont rangées à cet avis, déclare qu'il y a lieu de respecter la liberté de chaque médecin, tout en rappelant à nos confrères que si trop souvent les sociétés et les administrations rémunèrent à un prix dérisoire les services qu'ils peuvent leur rendre, c'est que trop de médecins ambitionnent des positions officielles que leur talent et leur caractère devraient leur faire abandonner aussitôt qu'ils sont en mesure de gagner honorablement leur vie.

Le trésorier de l'Association, M. Brun, a justement combattu le projet d'assurances mutuelles entre les médecins proposé par M. Bijourdan. Tous ceux qui connaissent les questions d'assurances sur la vie s'associeront à cette conclusion qui a été votée à l'unanimité par l'Assemblée; mais nous aurions aimé voir M. Brun encourager les assurances individuelles sur la vie faites, en cas de décès, au profit des veuves et des enfants des médecins. Les sociétés locales et l'Association générale en favorisant ces assurances, en aidant, au besoin, les médecins nécessiteux à payer leurs primes, rendraient grand service à la famille médicale et déchargeraient la caisse de l'Association de contributions souvent onéreuses. C'est là une question qui aurait pu être traitée plus à fond si elle avait été envisagée à un autre point de vue.

ÉTUIS A COLLYRE ÉGYPTIENS

Nous parlions récemment (*Gazette hebdomadaire*, n° 13, p. 218) d'une trousse découverte à Paris, par M. Toulouzc, dans des fouilles pratiquées au quartier Saint-Marcel. Cette trousse renfermait des étuis contenant encore des restes de substances médicamenteuses, comme on en a trouvé dans des étuis d'oculiste, mais aussi de nombreux instruments de chirurgie. La trousse était donc celle, non d'un spécialiste, mais bien d'un chirurgien voué à la pratique générale de son art, et les médicaments étaient destinés au pansement des plaies, quoiqu'il ne soit pas défendu de conjecturer que certains d'entre eux pouvaient servir dans les maladies des yeux.

Un article récemment publié dans les *Mémoires de la Société des antiquaires de France*, t. XLI, p 163, est consacré à la description d'un étui à collyre égyptien, qu'on peut voir au musée égyptien du Louvre, et rappelle la plupart des étuis de même provenance conservés dans divers musées d'Europe. On sait que, en Egypte, dans une très haute antiquité, la spécialité de l'oculistique avait déjà sur les autres spécialités la prédominance qu'elle n'a pas perdue en Grèce et à Rome, et qu'elle possède encore parmi nous. Plusieurs des cachets d'oculistes romains font mention de collyres égyptiaques, et nous avons encore un onguent, l'*onguent égyptiac*, qui, s'il est employé comme escharotique, n'en a pas moins par sa composition (miel, vinaigre et acétate de cuivre chauffés ensemble et mélangés), beaucoup de rapport avec certains collyres indiqués dans les inscriptions des cachets d'oculistes romains.

L'étui décrit par M. l'abbé Thédenas se compose de quatre cylindres réunis autour d'un cylindre central; il est en bois de cèdre, haut de 57 centimètres; l'ensemble des cylindres forme une circonférence de 16 centimètres. Sur deux des côtés, en vis-à-vis, est un trou peu profond servant d'un côté à fixer, de l'autre à arrêter un couvercle plat qui s'ouvrait en pivotant sur lui-même. Cet étui porte quatre inscriptions en caractères hiéroglyphiques et qui signifient : 1° *bon stibium* (antimoine); 2° *bon pour la vue;* 3° *repousser le sang;* 4° *repousser la douleur*. Dans chacun des étuis se trouve un bâtonnet terminé en olive et destiné à introduire le collyre dans l'œil.

Le musée égyptien du Louvre, celui de Leyde, celui de Londres, renferment, du reste, d'autres étuis à collyre de formes très variées, à un ou plusieurs compartiments; un d'eux (au Louvre) représente la figure grotesque d'un dieu égyptien. Ils sont en bois, en albâtre, en cristal de roche, en ivoire, en verre coloré, etc. A côté de véritables étuis sont des boîtes rectangulaires analogues à celle que contenait l'étui de Saint-Marcel ou à celles qu'on voit à Pompéi, et qui étaient destinées à conserver les collyres; il en est dans lesquelles on aperçoit des restes de substance médicamenteuse. On en trouve aussi dans deux des étuis du musée de Leyde. Mais il nous semble que, en général, il serait bon d'établir une distinction entre les vases destinés à recevoir seulement les bâtonnets et ceux qui étaient réservés spécialement aux préparations pharmaceutiques, car il en est dont le diamètre et la profondeur paraissent les destiner uniquement à recevoir les premiers; ce qui n'empêche pas d'admettre que les bâtonnets aient été laissés quelquefois à demeure, par suite d'un usage fréquent, dans des étuis contenant des médicaments. D'ailleurs, tous les stylets à extrémité obtuse, même quand ils étaient faits de bois, pouvaient servir probablement à d'autres usages que de porter sur les yeux des substances médicamenteuses (voy. dans les planches d'instruments de chirurgie placées à la fin de la traduction de Celse par le docteur Védrènes, la planche XVI, où l'on trouve le dessin de l'étui à cinq compartiments décrit par l'abbé Thédenas et celui de l'étui ou plutôt du petit vase à large capacité figurant un dieu égyptien).

Disons, en terminant, que plusieurs autres étuis égyptiens portent des inscriptions : les unes, qui ne sont que des invocations à des divinités telles que Amon et Month, deux personnes de la trinité thébaïne; les autres indiquant les usages des collyres contenus dans les étuis : pour le *mal de la vue*, pour *repousser des yeux qui pleurent*, etc.; d'autres, enfin, faisant connaître le nom des médecins.

CRÉATION D'UN DISPENSAIRE POUR ENFANTS. — L'initiative de cette création est due à la Société philanthropique de Paris. L'insuffisance des deux hôpitaux consacrés aux enfants est notoire surtout en ce qui concerne le service des chroniques. En outre la situation de ces hôpitaux en rend l'accès difficile à la majorité

de la population parisienne. Il s'agit de remédier en partie à cet état de choses en créant à la Villette, rue de Crimée, un dispensaire où l'on donnerait aux enfants atteints de maladies chroniques et attendant leur admission à l'hôpital, ainsi qu'à tous les autres enfants pouvant être traités sur place, les consultations et soins nécessaires.

Un établissement fonctionne déjà au Havre sous la direction du docteur Gébert. Un autre a été fondé à Genève par le docteur Despine. Au dispensaire du Havre, 1660 enfants ont été traités en 1880, par les bains, l'électricité, le massage, pulvérisation, etc. On espère pouvoir atteindre le même but à Paris. Malheureusement on ne dispose que d'un local bien restreint : 200 mètres environ.

De pareilles fondations ne sauraient être trop encouragées. Elles peuvent être le point de départ d'efforts analogues dans le but commun d'ouvrir à la classe pauvre des centres multiples d'assistance où les enfants trouveraient des soins intelligents et des conseils éclairés. Les salles des hôpitaux spéciaux, si encombrées aujourd'hui, en seraient certainement allégées. Il est à souhaiter que l'appel fait par la Société philanthropique soit entendu et que des dispensaires analogues à celui de la rue de Crimée se fondent dans des quartiers moins excentriques.

Les dons et souscriptions sont reçues au siège de la Société philanthropique, 17, rue d'Orléans-Saint-Honoré ou au dispensaire même, rue de Crimée, 166 (Villette).

Bureau central des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à deux places de médecin sera ouvert le jeudi 1er juin 1882, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les Docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 1er mai 1882 et sera clos définitivement le lundi 15 mai 1882, à trois heures.

Clinique chirurgicale. — M. le professeur Léon Le Fort, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera ses conférences de clinique le mercredi 10 mai, à neuf heures. Le mercredi, leçon à l'amphithéâtre et opération. Les lundis et vendredis, exercices cliniques dans les salles.

Hôpital du Midi. — M. le docteur Horteloup, chirurgien de l'Hôpital du Midi, commencera ses conférences cliniques sur les maladies vénériennes le dimanche 7 mai, à neuf heures du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Hôpital Saint-Louis. — M. Le Dentu, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, a repris ses leçons de clinique chirurgicale le mercredi 3 mai, à neuf heures et demie.

Ecole pratique. — M. le docteur E. Ménière commencera son cours public d'otologie le vendredi 12 mai, à midi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Médecins-femmes a Saint-Pétersbourg. — Les femmes qui suivent les cours de médecine appartiennent, à quelques rares exceptions près, aux classes peu aisées.

Sur les 965 femmes qui ont été admises aux cours depuis dix ans, 434 continuent encore leurs études, 281 les ont terminées. Sur ce dernier nombre, 183 ont passé avec succès leurs examens de sortie et ont reçu des certificats provisoires qui le constatent, 60 commencent à subir les examens définitifs, 33 se préparent encore à ces examens et 5 seulement ont renoncé à se présenter devant les examinateurs. (Rapport de la délégation municipale de Saint-Pétersbourg.)

Hôpital de Berck. — Le Conseil municipal de Paris a approuvé dans une de ses dernières séances, l'ouverture des crédits nécessaires à l'entretien des travaux de défense de l'hôpital de Berck contre les envahissements de la mer. Le 8 juin à une heure il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique un concours pour une place d'interne à cet hôpital. L'indemnité annuelle est de 1200 francs.

Infirmerie Saint-Lazare. — M. le docteur de Sinéty est nommé médecin-adjoint de l'infirmerie de Saint-Lazare, en remplacement de M. Le Blond qui passe médecin titulaire.

Hôpital Saint-Antoine. — *Cours de clinique thérapeutique.* — Le docteur Dujardin-Beaumetz a commencé ses leçons le jeudi 4 mai, à neuf heures et demie, à l'hôpital Saint-Antoine, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure. Les leçons auront pour objet le traitement des maladies du système nerveux.

Service de santé militaire. — Par décret en date du 23 avril 1882, a été promu au grade de médecin inspecteur général (emploi créé), M. Legouest, médecin inspecteur, président du conseil de santé des armées.

— Ont été promus au grade de médecin inspecteur, M. Daga, médecin principal de première classe en chef à l'hôpital militaire de Nancy, et M. Baudouin, médecin principal de première classe des hôpitaux de la division de Constantine.

Congrès médical a Athènes. — Du 18 au 21 avril a eu lieu, à Athènes, un Congrès médical, dans lequel ont été plus particulièrement discutées les questions relatives aux maladies de ce pays.

La vaccination obligatoire en Suisse. — Une pétition est mise en circulation pour demander l'appel au peuple au nom de l'*inviolabilité personnelle*, de la *liberté individuelle*, des principes rationnels de l'hygiène.

Mortalité a Paris (17e semaine, du vendredi 21 avril au jeudi 27 avril 1882). — Population probable : 2225910 habitants. — Nombre total des décès : 1341, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 44. — Variole, 19. — Rougeole, 37. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 69. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 15. — Infections puerpérales, 11. — Autres affections épidémiques, 0.

Autres maladies : Méningite (tuberculeuse et aiguë), 58. — Phthisie pulmonaire, 243. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 87. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 48. — Bronchite aiguë, 44. — Pneumonie, 117. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 43; au sein et mixte, 31 ; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 113; de l'appareil circulatoire, 70; de l'appareil respiratoire, 110; de l'appareil digestif, 46; de l'appareil génito-urinaire, 42; de la peau et du tissu lamineux, 14; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 36. — Causes non classées, 11.

Conclusions de la 17e semaine. — Il a été notifié cette semaine au bureau de la statistique 1120 naissances et 1341 décès. Le chiffre de 1341 décès relevé dans le bulletin de ce jour est supérieur à chacun des chiffres des quatre dernières semaines. La comparaison avec la 16e semaine des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir : une atténuation pour la variole (19 décès au lieu de 28 pendant la 16e semaine), la scarlatine (3 au lieu de 4), la diphthérie (69 au lieu de 70), l'érysipèle (15 au lieu de 20) ; une aggravation pour la fièvre typhoïde (44 décès au lieu de 37), la rougeole (37 au lieu de 29), la coqueluche (5 au lieu de 3), l'infection puerpérale (11 au lieu de 7).

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris

---

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité d'anatomie générale appliquée à la médecine, embryologie, tissus et systèmes, par M. L. O. Cadiat. Tome second. 1 vol. in-8, avec 279 figures dessinées par l'auteur. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 15 fr.

Prix de l'ouvrage complet, 2 vol. in-8, avec 489 figures intercalées dans le texte. 28 fr.

Traitement de l'hystérie par les feuilles métalliques administrées à l'intérieur, par M. le docteur Garel, In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 25

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 11 mai 1882.

DES RÉSECTIONS SOUS-CAPSULO-PÉRIOSTÉES. — LE DIVORCE ET L'ALIÉNATION MENTALE.

Académie de médecine : le divorce et l'aliénation mentale.

De nombreuses présentations d'ouvrages, une élection de correspondant qui a nécessité deux tours de scrutin, et un Comité secret, ont laissé peu de temps à l'ordre du jour de la séance. Ce court espace a été rempli par une lecture de M. Blanche, relative à la question de savoir si la folie doit être rangée parmi les causes de divorce. Nous avons eu le plaisir et l'honneur d'entendre confirmer par une bouche des mieux autorisées l'opinion que nous avons défendue ici même il y a peu de temps, à peu près par les mêmes raisons qu'a fait valoir notre savant confrère. Nous rappelons seulement que, à nos yeux, la question est dominée par une considération supérieure encore à toutes celles qu'on peut tirer du plus ou moins de curabilité des divers genres de folie. C'est que, l'intérêt matériel des familles pouvant être sauvegardé par l'interdiction, et la sécurité garantie par l'internement, l'aliéné n'est plus qu'un malade, un malheureux digne de pitié, à l'égal du phthisique, de l'apoplectique ou du cul-de-jatte, et qu'on se demande avec un sentiment de révolte intérieure, pourquoi son infortune deviendrait tout spécialement une occasion de joies nouvelles pour celle qui s'était uni à lui pour qu'ils supportent ensemble toutes les sévérités comme toutes les faveurs de la fortune.

— Nous appelons l'attention sur une lettre adressée à M. le ministre de l'instruction publique par MM. les agrégés des Facultés de médecine, et que nous publions plus loin (p. 317).

A. D.

Des résections sous-capsulo-périostées.

« Comment! disait M. Forget, dans une récente discussion de la Société de chirurgie, voici près de vingt-cinq ans que M. Ollier a exposé sa méthode sur les résections sous-capsulo-périostées, et personne ne nous apporte ici de faits semblables aux siens! L'opération est-elle donc si délicate qu'à Paris on ne puisse la mener à bien et obtenir des résultats au moins analogues? »

Cette remarque prouve que si, pour beaucoup d'esprits, l'enquête sur l'excellence de la méthode semble terminée, les conclusions n'en sont pas complètement connues de tous. Il n'est donc pas inutile de revenir sur cette question, fouillée en tous sens dans ces dernières années, et d'exposer, à propos d'une fort intéressante communication de M. Ollier à l'Académie de médecine, la pratique du chirurgien de Lyon et les succès qu'elle lui a procurés.

I

La résection sous-capsulo-périostée n'a point une longue histoire. Certainement, dans des jointures atteintes de tumeurs blanches, on avait enlevé des fragments mobiles, voire même une extrémité articulaire tout entière. Ne nous dit-on pas que, dans la deuxième moitié du dix-huitième siècle, Boucher retira des tissus « une tête humérale détachée par la carie »? Et cette observation ne doit pas être unique, car, sous l'influence des inflammations chroniques, l'os se sépare naturellement de la gaine ostéo-périostée que, le voudrait-on, on ne pourrait extirper avec lui.

Les recherches de Duhamel et de Heine sur les propriétés du périoste, plus tard celles de Textor et de Flourens, ne restèrent cependant pas lettre morte, et, lorsqu'il fut démontré que la membrane peut reproduire de l'os, on voulut savoir si sa conservation, dans les ablations de séquestres, aurait, comme conséquence, la régénération du tissu osseux. Malgaigne le croit, puisque, dès 1834, il recommande de ne pas sacrifier la matrice de l'os au cours d'une résection. Velpeau, Blandin reviennent souvent sur ce précepte. Mais Larghi, de Verceil, et Ollier, quoique venus plus tard, n'en demeurent pas moins les vrais pères de la méthode, Ollier surtout, par son ardeur à la défendre, par la généralisation qu'il a su lui donner et le degré de perfection à laquelle il l'a progressivement élevée.

Cependant la lutte n'a pas pris fin encore, et bien des suf-

frages restent à conquérir. Lors de la guerre de 1870, la plupart des résections pour traumatisme ont été faites d'après les anciens procédés, et les mauvais résultats qu'on a obtenus ont rejailli sur l'opération elle-même. On a de nouveau recommencé l'éternel parallèle entre la conservation, l'amputation et la résection, comme si chacune n'avait pas ses indications particulières, parfois délicates à déterminer, mais basées néanmoins sur des règles assez précises pour qu'un chirurgien habile et éclairé puisse nettement se prononcer, du moins dans la plupart des cas.

La méthode a d'ailleurs profité des nouveaux pansements. Le chirurgien ne redoute plus ces plaies larges et moins ouvertes, d'une détersion moins facile que celles des amputations correspondantes; et comme les accidents ne sont plus à redouter, il tente une opération qui laissera au patient son membre et une partie des fonctions de ce membre. Aussi, quoique trop rares encore, pratique-t-on maintenant, en une année, bien plus de résections sous-capsulo-périostées qu'on n'en a fait de la création de la méthode jusqu'en 1870.

II

On sait en quoi consiste la méthode : lorsqu'on veut supprimer des segments articulaires malades, ou broyés par un traumatisme, on doit pratiquer, pour ainsi dire, l'*évidement* de la gaine capsulo-périostée; on enlève l'os, et l'os seulement; on le retire « comme on retire la main d'un gant ou un busc de baleine d'un corset ». Périoste, ligaments, synoviale même, on respecte tout ce que l'on peut, et l'opération idéale devra donner, une fois terminée, le moule exact des parties extirpées.

Lorsqu'il s'agit d'une résection pathologique, l'opération est en général aisée; le périoste est décollé ou se décolle facilement et parfois, même sans grattoir et à l'aide de l'ongle, on peut détacher la membrane jusqu'au point où l'os, devenant sain, la section sera pratiquée. Il faut même prendre de grandes précautions pour ne pas séparer au-dessus et prédisposer ainsi à la nécrose cette partie de la diaphyse privée de son enveloppe nourricière. L'extrême facilité de l'extirpation explique ces résections sous-capsulo-périostées faites, pour ainsi dire, sans le savoir et les admirables régénérations obtenues par des chirurgiens qui ignoraient le rôle reproducteur de la matrice osseuse.

Il n'en est pas de même pour les résections traumatiques. Non seulement les fragments osseux mobiles n'offrent pas, aux instruments, un point d'appui bien solide, mais le périoste est très adhérent et pour pratiquer l'opération régulière une technique sévère est indispensable. On doit connaître les contours osseux que la rugine doit suivre étroitement : des exercices cadavériques souvent répétés sont nécessaires pour rompre la main à ces délicates manœuvres.

Un bon résultat viendra-t-il du moins couronner cet effort et la résection sous-capsulo-périostée a-t elle tenu toutes ses promesses? Il est d'abord un point qui reste acquis, c'est qu'elle constitue le meilleur procédé de résection, et dans les discussions célèbres qui s'élevèrent jadis, sur ce sujet, entre Ollier et Sédillot, ce dernier, tout en déclarant illusoires les espérances de régénération osseuse, n'en avoue pas moins « que les résections sous-périostées auront généralisé une méthode de résection excellente ». Les tissus sont, en effet, peu dilacérés, les gaines musculaires ne sont pas ouvertes et le périoste protège les espaces celluleux contre les fusées purulentes que l'inflammation pourrait provoquer.

Le chirurgien, dans son acte opératoire, ne produit donc qu'un minimum de dégât, il aborde l'articulation par la partie la plus accessible, loin des nerfs et des vaisseaux, et suit une sorte « de voie sèche ». Il respecte les aponévroses, les tendons et les muscles; les insertions conservent leurs rapports primitifs avec le périoste. Aussi, lorsque le processus réparateur sera terminé, on n'aura pas à constater ces impuissances fonctionnelles, résultat fréquent des anciennes méthodes et provoquées par la dilacération d'un muscle ou d'un groupe des muscles maintenant atrophié, par les adhérences nouvelle ou les attaches vicieuses de quelques tendons importants.

Mais la gaine capsulo-périostée va-t-elle régénérer l'articulation; sera-t-elle, comme on l'a dit, le moule, la matrice d'extrémités osseuses reproduites avec leur forme, leur structure et leur longueur primitives? Ce fut une espérance longtemps caressée! A cette heure on en a quelque peu rabattu et des échecs réitérés ont prouvé que certaines conditions d'âge et même d'état pathologique étaient nécessaires pour obtenir une jointure analogue à la première et capable de la suppléer, au moins en partie, au point de vue fonctionnel.

III

La récente communication de M. Ollier présente à ce sujet un intérêt capital. Jusqu'à ce jour, en effet, il n'avait que deux fois disséqué une articulation nouvelle et encore avant l'évolution complète du processus réparateur. Aussi n'avait-il pas montré, pièces en main, la réalité de la reproduction. Cette lacune est maintenant comblée et le coude réséqué qu'il a mis sous les yeux des membres de l'Académie, prouve qu'une jointure peut se régénérer dans ses parties essentielles.

Nos lecteurs ont déjà trouvé dans la *Gazette hebdomadaire* du 20 avril, la relation de ce cas remarquable. Aussi le résumerons-nous très brièvement. Le malade avait été opéré huit ans auparavant; il était alors âgé de vingt-sept ans. 4 centimètres d'humérus avaient été enlevés; le cubitus et le radius furent sectionnés à plus de 2 centimètres au-dessous de l'interligne. Le résultat fut magnifique; l'articulation était solide, au point que l'opéré portait à bras tendu pendant une minute, plus de 11 kilogrammes. Il mourut d'albuminurie et voici ce que M. Ollier constata par une dissection attentive :

« A la place de ces portions enlevées on trouve, du côté de l'humérus, une masse renflée, aplatie d'avant en arrière, terminée latéralement par deux saillies condyliennes qui sont de formation tout à fait nouvelle; le diamètre bicondylien est plus large que le diamètre normal. » Il y a donc eu, à la périphérie de l'os ancien, au niveau du point de section, addition de substance osseuse, mode de reconstitution articulaire nommée par Ollier : *néoformation latérale*. Mais il y a eu aussi *néoformation longitudinale* ou accroissement de l'os par reproduction de toutes pièces d'un renflement huméral. « En regardant l'humérus par transparence, on voit les limites de l'os ancien et de l'os nouveau, et l'on reconnaît qu'une hauteur de 15 millimètres environ est bien de formation nouvelle. »

Les extrémités du radius et du cubitus se sont aussi reproduites. Un nouvel olécrâne, large et recourbé en crochet, emboîte solidement l'humérus. On distingue, en avant, une apophyse coronoïde sur laquelle s'insère le brachial antérieur; le radius est terminé par une tête nouvelle. Enfin, sur le pourtour de la néarthrose, on trouve une capsule épaisse semée

çà et là de grains osseux. Des ligaments latéraux très solides partent, de chaque côté de l'humérus, d'une saillie en forme de malléole « que j'ai, dit M. Ollier, depuis longtemps signalée. Le coude reconstitué prend, en effet, la forme d'une articulation tibio-tarsienne, les condyles se recourbent en malléoles qui donnent une grande solidité latérale à la jointure.

» Il n'y a pas de synoviale unique, mais la cavité articulaire est cloisonnée par des feuillets celluleux qui forment une réunion de bourses séreuses lâches. Il n'existe pas de couche opaline cartilagineuse, en quelques points cependant on trouve un tissu d'aspect chondroïde, lisse et résistant. Ainsi reconstituée, cette articulation est très solide et très mobile ; pas le moindre mouvement de latéralité, une flexion et une extension presque aussi étendues qu'à l'état normal et des mouvements de pronation et de supination suffisants pour les mouvements usuels du poignet. »

IV

Une articulation peut donc se régénérer, même chez un adulte — cette observation le prouve surabondamment — et les surfaces nouvelles sont formées, non seulement par des dépôts latéraux, mais encore par une masse longitudinale qui comble la cavité membraneuse respectée par le chirurgien. Une partie des résultats annoncés autrefois par « les prophètes du périoste » se trouve ainsi réalisée.

Nous disons : une partie, car des cas aussi parfaits que celui dont M. Ollier vient de fournir un exemple sont malheureusement assez rares. Puis, malgré son excellence, il y a loin encore entre cette articulation et une articulation normale. D'abord, la régénération de l'os est incomplète, et « la néoformation longitudinale » n'est jamais suffisante pour éviter un raccourcissement notable, peu important du reste pour le membre supérieur. M. Ollier a bien montré les causes de ce raccourcissement; chez l'adulte la puissance ostéogénique du périoste est trop diminuée, pour que la reproduction soit totale, et, chez l'enfant, la destruction nécessaire du cartilage de conjugaison détruit toute possibilité, pour la nouvelle extrémité osseuse, de grandir parallèlement à celle du membre opposé.

Il ne faut pas ignorer d'ailleurs qu'une résection parfaite, avec intégrité de la matrice capsulo-périostée, est souvent impossible. Dans les traumatismes, outre l'extrême difficulté, signalée déjà, de séparer de l'os de la membrane adhérente, il y a parfois destruction ou déchirure étendue de l'agent reproducteur. Heureusement qu'une gaine complète n'est pas absolument nécessaire, et plusieurs membres de la Société de chirurgie ont obtenu de bons résultats fonctionnels, dans des cas où la conservation totale du périoste avait été impossible. Tout garder, voilà le principe dont il faut, dans la pratique, se rapprocher autant qu'on le pourra.

Même remarque à faire pour les résections pathologiques. M. Marc Sée observait très justement que, dans les opérations précoces, une technique sévère pouvait être suivie; le périoste, les ligaments, les muscles et leurs insertions tendineuses sont alors respectées; mais lorsque les os sont en partie détruits et qu'une suppuration abondante s'est évacuée par de nombreuses fistules, la membrane est érodée, les ligaments sont ramollis et leur surface est recouverte de fongosités. M. Ollier n'aura plus cette gaine capsulo-périostée dont la conservation cependant lui paraît indispensable pour la régénération articulaire.

Dans ces cas — qui deviendront plus rares à mesure que des indications plus précises rendront les résections précoces plus fréquentes, — M. Ollier recommande de ne pas extirper la couche de fongosités. Si l'on voulait en effet les poursuivre, comme dans le raclage des poches d'abcès froids, on déchirerait les restes de la gaine, on entrerait dans les interstices musculaires, et l'on ferait une opération mauvaise, semblable de tout point aux résections anciennes. Les fongosités seront abrasées ou cautérisées par des attouchements successifs au fer rouge ou au chlorure de zinc qui modifieront leur nature. Elles s'organiseront en tissu, et leurs membranes constitueront le moule où se déposeront les masses osseuses de la future articulation, sécrétée par l'extrémité diaphysaire et le périoste adhérent. La nécessité de surveiller les fongosités nous explique pourquoi la réunion immédiate ne doit pas être recherchée. Il faut une ouverture par où pénétrer, pendant quelque temps, dans le foyer de la résection.

Évidemment, lors de semblables opérations, les résultats seront très imparfaits et, s'il y a néoformation articulaire, ce n'est plus au périoste que l'on devra la régénération osseuse, puisque la membrane fongueuse qui la remplace ne peut avoir de propriétés ostéogéniques. Mais c'est ici qu'interviennent les éléments de succès sur lesquels nous avons insisté déjà : l'intégrité du tissu périarticulaire, l'absence de délabrement, les incisions réduites au minimum, la régularité du foyer opératoire, la conservation des muscles et la possibilité d'une insertion régulière sur les masses osseuses de la nouvelle articulation.

V

Ce n'est cependant guère que dans des conditions semblables, c'est-à-dire lorsqu'il est trop tard, que les résections sont pratiquées en France. Malgré les travaux d'Ollier et sa vigoureuse et sage campagne, on reste froid et beaucoup de praticiens éminents pourraient chiffrer par un nombre presque dérisoire le nombre total de leurs résections. Nous ne parlons pas de l'étranger, car un véritable engouement y règne encore et nous croyons souvent abusives et sans indications suffisantes certaines de leurs résections.

Les résultats que nous a donnés la conservation bien conduite, l'immobilisation articulaire dans une bonne position, la compression, les révulsifs, la mer et les bains salés, une application vigilante du traitement général ont fait tort à la méthode d'Ollier. Comme on a souvent réussi, on espère toujours, on attend, on s'habitue à attendre et lorsqu'enfin on reconnaît l'inutilité de tant de patients efforts, il est trop tard pour intervenir. Parfois on veut agir quand même, mais l'opération faite dans des conditions mauvaises, — altération profonde et étendue de la jointure et des tissus périarticulaires, état général déplorable, — ne réussit pas et n'encourage point des tentatives ultérieures.

C'est donc le point qu'il faut surtout étudier maintenant : déterminer d'une manière exacte les cas où nos méthodes anciennes de traitement sont insuffisantes. Nous croyons volontiers que la conservation à outrance, telle que nous la pratiquons, est encore préférable aux résections précoces sans frein et sans mesure dont nous lisons les résumés rapides et les formidables statistiques dans les recueils d'outre-Rhin. Mais, entre les deux pratiques, n'est-il pas un terme moyen? Nous le pensons, et les travaux d'Ollier, le véritable créateur de la méthode, exerceront, dans notre pays, une salutaire influence. Ce sera un nouveau service que nous aura rendu l'École de Lyon, et, avec elle, nous n'en sommes plus à compter.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de la syphilis oculaire, par M. le docteur Blachez.

Les manifestations oculaires de la syphilis : iritis, irido-choroïdites, rétino-choroïdites, atrophie des papilles, etc., opposent souvent une grande résistance au traitement mercuriel. Dans un mémoire communiqué à l'Académie de médecine en 1869, M. le docteur Galezowski avait insisté sur le peu d'efficacité, en pareils cas, des préparations hydrargiriques, administrées par les voies digestives. Il proposait de les traiter par les frictions mercurielles longtemps continuées. Ce traitement, prolongé pendant deux années, lui avait donné des succès là où le traitement interne avait échoué.

Depuis cette époque, M. Galezowski a essayé les injections sous-cutanées de peptones mercuriques. Il n'en a pas été satisfait, et les insuccès répétés qu'il a subis l'ont engagé à s'adresser à une préparation mercurielle plus active. Il l'aurait trouvée dans le cyanure de mercure, et publie, dans un des derniers numéros du *Progrès médical* (15 avril), plusieurs observations à ce sujet. Avant de revenir sur ces intéressantes tentatives, nous voulons rapporter ici un fait que nous avons eu récemment occasion d'observer et qui prouve tout au moins que les injections de peptones mercuriques n'échouent pas dans tous les cas, comme on pourrait le conclure des observations de l'éminent spécialiste :

Obs. — Une femme de trente-quatre ans, attachée en qualité d'infirmière dans notre service, s'est placée comme nourrice, à la suite de sa dernière couche, à l'hôpital des Enfants-Trouvés, il y a deux ans. Cette femme, mariée, a déjà eu trois enfants. Elle n'a jamais présenté aucune manifestation syphilitique. Deux mois après, elle prend une syphilis du mamelon en allaitant un enfant infecté. Elle revint dans notre service avec une roséole, des plaques muqueuses de la gorge et des noyaux d'induration sur un des mamelons. On la mit au traitement par la liqueur de Van Swieten et les bains de vapeur. Un mois après, une iritis se développa à droite. Cette iritis dura environ six semaines et guérit complètement, sous l'influence du traitement interne, de collyres à l'atropine et de vésicatoires multipliés. Dans les quinze derniers jours, la malade prit de l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme à 1gr,50 et quitta le service au bout de deux mois et demi en excellent état.

Cette année même, huit mois après sa sortie, elle revient dans nos salles avec une nouvelle iritis du même côté. Le traitement est repris; mais, cette fois, il échoue complètement. Au bout d'un mois, la vue est tout à fait troublée à droite et l'œil gauche est atteint. M. A. Desmaux, qui veut bien nous aider de ses conseils, constate une irido-choroïdite double avec exsudats beaucoup plus marqués à droite. La malade ne supporte plus la lumière et peut à peine se guider dans les salles.

Devant un état aussi menaçant, après avoir constaté l'inutilité du traitement interne : liqueur de Van Swieten, iodure de potassium et, en dernier lieu, sirop de Gibert, nous commençons, tout autre traitement cessant, les injections de peptones mercuriques. Une injection de 1/2 centigramme de sublimé est pratiquée tous les deux jours, sans aucun accident. Au bout de quinze jours, une amélioration croissante se déclare. Les deux irido-choroïdites sont en résolution, et, au bout de cinq semaines de traitement, la guérison est obtenue. Nous avons de nouveau renvoyé la malade à M. Desmaux, qui a constaté le succès de la médication. Il y a un mois, cette femme a quitté le service et est partie pour son pays.

Le succès rapide des injections de peptone mercurique nous avait particulièrement frappé dans ce cas et dans un autre fait de syphilis maligne relaté dans le mémoire de M. le docteur Martineau (Société des hôpitaux, 1881). L'aveu des revers éprouvés par M. Galezowski avait donc lieu de nous surprendre. Quoi qu'il en soit, notre distingué confrère n'avait pas eu à se louer des injections peptoniques, et c'est à la suite d'insuccès répétés, en particulier dans la cure des ophthalmies syphilitiques, qu'il eut recours à une autre médication. Les injections de cyanure de mercure paraissent lui avoir fourni de fort beaux résultats.

Notre confrère publie, en effet, onze observations. La dose est de 5 à 10 milligrammes de cyanure de mercure par injection chez un adulte. Ces doses sont facilement tolérées. On provoque, en les dépassant, des phénomènes intestinaux très douloureux. Cependant, nous voyons dans la seconde observation la dose portée à *deux* centigrammes, sans inconvénient. C'est affaire de tolérance. Il est d'ailleurs toujours prudent de débuter par des doses de 3 à 5 milligrammes.

M. Galezowski a pratiqué personnellement de cette façon, et sans accident, 234 injections réparties entre 7 malades.

Il s'agit le plus souvent d'iritis ou d'irido-choroïdites, de névro-rétinites, et dans un cas d'une atrophie syphilitique des papilles datant de neuf ans. Les succès de la médication sont remarquables et les occasions ne manqueront pas de contrôler sur une large échelle des résultats aussi dignes d'être signalés.

Contribution a l'étude du rôle de la syphilis dans la vaccination; antagonisme du virus syphilitique et du virus vaccin, par le docteur Henry Polin.

Dans le courant des mois de mai et juin de l'année dernière, ayant été chargé de vacciner les indigènes du Cercle militaire de T... (Algérie), j'ai eu l'occasion de constater et d'étudier des faits qui m'ont paru intéressants et que je crois inédits.

Ces faits se rattachent au rôle de la syphilis dans la vaccination et à certaines relations d'antagonisme et d'antipathie que paraissent avoir entre elles ces deux maladies virulentes, la syphilis et la variole.

Le nombre total des enfants vaccinés a été de 471 (dont 454 Arabes, 12 israélites indigènes et 5 Européens de la colonie) parmi lesquels 61 avec insuccès certain; c'est sur ces 61 cas d'insuccès (dont 50 Arabes, 10 israélites indigènes et 1 Européen) que mon attention a été attirée et que mes observations doivent porter.

Ces enfants étaient tous âgés de deux mois à deux ans, placés dans les mêmes conditions et vaccinés avec le même soin. Trois piqûres ont été faites à un seul bras avec du vaccin provenant, soit de plaques envoyées par l'Académie de médecine, soit de tubes de vaccin de génisse envoyés par la Société d'hygiène de France, soit (mais exceptionnellement) de bras d'enfants antérieurement vaccinés; ces enfants m'ont été présentés à plusieurs reprises pendant les huit jours qui ont suivi celui de la vaccination; les choses se sont passées comme elles se passent généralement dans les cas d'insuccès, c'est-à-dire : présence pendant quelque temps d'une certaine rougeur autour de la petite piqûre, puis disparition assez rapide de toute trace. Mais ce qui a excité ma surprise, *c'est que, sur ces 61 enfants, 48 portaient, eux ou leurs parents, des traces incontestables de syphilis.*

Les médecins qui ont habité l'Algérie ne s'étonneront certainement pas d'une pareille proportion, car il suffit d'avoir été, même peu de temps, en contact avec cette population arabe, ignorante et fataliste, pour comprendre la facilité et même la nécessité de la contagion, après avoir constaté la promiscuité de leur vie, le mépris qu'ils ont de nos traitements, et leur résignation en face du mal.

Quoi qu'il en soit, on se trouve en présence de deux faits incontestables et bien distincts : d'une part, 410 *enfants vaccinés avec succès et ne portant aucune trace de syphilis;* et d'autre part, 61 *enfants vaccinés sans succès parmi lesquels 48 atteints d'accidents syphilitiques.*

En face d'un nombre aussi considérable de faits soigneu-

sement observés, on ne pourrait qu'être grandement surpris. J'ai bien souvent, depuis cette époque, commenté ces résultats inattendus, et cherché sans succès à leur donner une explication scientifique, et, en ce moment, je serais au moins aussi embarrassé que j'ai été surpris d'abord, si j'étais obligé d'en donner les causes, de formuler des conclusions logiques et des applications utiles, encore moins une loi, qui aurait trop d'exceptions! mais mon but, beaucoup plus modeste, est aujourd'hui d'attirer l'attention sur un certain nombre de faits curieux par leur nouveauté, et importants, peut-être, par leurs conséquences. Quant aux conclusions, les seules qu'il soit possible d'en tirer, pour le moment du moins, sont celles que le seul examen des faits puisse imposer, c'est-à-dire, *que, dans un très grand nombre de cas, des individus manifestement atteints de syphilis constitutionnelle sont réfractaires à l'action du vaccin.*

Jusqu'à présent, la syphilis, maladie virulente à virus fixe, et la variole, maladie virulente à virus diffusible, n'avaient jamais été soupçonnées d'antagonisme; au contraire, les faits qui prouvent la sympathie de ces deux virus sont devenus vulgaires, puisqu'on recommande, dans la pratique des vaccinations, de prendre seulement le liquide vaccinifère, en évitant avec soin l'écoulement de gouttes de sang (que Diday assure être le seul agent de transmission de la syphilis dans la vaccination de bras à bras). Or il est bien évident que, si la syphilis a pu être transmise par la vaccination de bras à bras, c'est qu'un enfant syphilitique a pu préalablement être vacciné avec succès. Tout le monde admet cela sur l'autorité reconnue de Diday et de bien d'autres, du reste. Toutefois, cette concession ne saurait retirer à mes observations leur importance et leur exactitude. Il ne me vient pas un instant à l'esprit l'idée de contester les conclusions et la grande expérience de Diday, qui sont d'ailleurs admises partout, c'est-à-dire qu'un enfant atteint de syphilis congénitale puisse être vacciné avec succès; *je me borne seulement à produire 48 observations du contraire.*

On pense assez généralement aussi que, dans les revaccinations, lorsque le vaccin est inoculé sans succès, c'est parce que l'organisme est encore sous l'action de la vaccination précédente; cela est quelquefois vrai, et il paraît assez facile de satisfaire les gens du monde avec des raisons aussi spécieuses; mais des expériences et des observations citées plus haut, ne pourrait-on pas être autorisé à supposer avec quelque raison, que, dans un certain nombre de cas, lorsque la première vaccination a été faite depuis longtemps (une vingtaine d'années, par exemple), l'insuccès de la revaccination tient peut être quelquefois à la présence de la syphilis dans la constitution du revacciné?

Peut être aussi trouverait-on parfois dans cette hypothèse l'explication de l'insuccès inattendu de certaines revaccinations régimentaires, qui sont faites pourtant avec le plus grand soin.

Je ne voudrais pas, pourtant, dans les conséquences à tirer des faits dont il s'agit ici, être entraîné trop en dehors des limites du sujet et surtout de mes intentions, en donnant à ces résultats plus de portée qu'ils n'en doivent avoir. Bien loin aussi de mon esprit la pensée de vouloir transformer le vaccin en critérium de la syphilis, et mettre personne dans l'alternative forcée, et trop peu consolante, de choisir entre la nécessité d'être revacciné avec succès ou de posséder, même à son insu, une constitution syphilitique! Mon seul but a été d'attirer l'attention sur ces faits nouveaux, ou du moins nouvellement observés.

On cherche depuis bien longtemps le vaccin de la fièvre typhoïde; peut-être trouvera-t-on aussi le vaccin de la syphilis comme on a trouvé celui de la variole! — Ces faits m'ont paru d'une grande importance; je ne puis en donner les causes, ni en prévoir les conséquences et les explications, ce ne sont que des faits, et à ce titre même ils peuvent se passer d'explications et de commentaires. J'ai pensé qu'il était bon de les publier en souhaitant qu'ils puissent être utiles et aider d'autres observateurs.

Congrès médical de Séville.

Un de nos collaborateurs qui devait se transporter à Séville pour y assister aux séances du Congrès et en rendre compte dans la *Gazette hebdomadaire*, en a été empêché au dernier moment par une indisposition. Le temps nous manquant pour le remplacer, nous nous sommes résigné à attendre les documents que ne pouvaient manquer de contenir les journaux espagnols. Bien que la session ait été ouverte le 10 avril, c'est avant-hier seulement que nous est arrivé par *Il Siglo medico* un commencement de compte rendu, par M. Osio, mais un compte rendu tellement bref que, pour certaines communications, nous n'en pouvons rien extraire qui puisse intéresser les lecteurs. Le journal espagnol renvoie, pour plus de détails, à la publicité qui est faite dans le *Journal officiel du congrès*.

La réunion a été présidée par le docteur Rivera. Le docteur Madera remplissait les fonctions de secrétaire.

Voici les seuls mémoires auxquels l'analyse de *Il Siglo medico* nous permet de nous arrêter un instant :

Lèpre, lupus et cancer. — Ulcères laryngés. — Septicémie et traitement antiseptique. — Tuberculose et phthisie. — Électricité dans la chorée et l'hystéro-épilepsie. — Hystérectomie. — Étiologie de l'hémoptysie. — Les affections oculaires comme motifs d'exemption du service militaire. — Injection de pilocarpine dans l'hydrothorax. — Les *létalides* ou éruptions malignes dans le cancer. — Traitement du strabisme. — Mortalité de la première enfance.

M. *Sota y Lastra* lit un mémoire sur les *caractères cliniques différentiels de la lèpre, du lupus et du cancer de la gorge (garganta)*: 1° la lèpre envahit toujours la peau du cou avant de se montrer à la gorge; le cancer et le lupus existent souvent dans cette région, la peau restant intacte; 2° la lèpre s'annonce par une coloration rouge qui tourne ensuite au blanc, sans tuméfaction; le lupus se développe sans altérer les caractères normaux de la muqueuse; le cancer s'accompagne, dès le début, de congestion et de tuméfaction; 3° les tubercules de la lèpre sont blancs, souples, forment chapelet, peu ou point sensibles; ceux du lupus rosés ou rouges, durs, élastiques, plus gros que ceux de la lèpre, en général indolents; ceux du cancer roses, rouges ou gris, durs ou mous, sessiles, et sont le siège de douleurs lancinantes; 4° la muqueuse est tuméfiée dans la lèpre; œdémateuse, rouge, dure dans le cancer; normale autour des tubercules dans le lupus; 5° les ulcères de la lèpre sont mous, ressemblant quelquefois à des plaques muqueuses; ceux du lupus, durs et élevés, à fond sinueux; ceux du cancer, irréguliers et couverts de végétations papillaires; 6° les cicatrices de la lèpre sont insensibles; celles du lupus ne changent rien à la sensibilité de la partie qu'elles occupent; il n'y a pas de cicatrices dans le cancer.

M. *Ariza* fait une communication sur *le diagnostic différentiel des ulcères laryngés simples, tuberculeux, syphilitiques et cancéreux.* La conclusion en est que les ulcères simples n'existent pas; que, à supposer qu'ils existent, leur diagnostic est sans importance; que les ulcères tuberculeux peuvent être diagnostiqués à l'aide de la laryngoscopie, mais qu'il faut acquérir l'habitude de les reconnaître rapidement à une simple impression visuelle.

M. *Laborde* (de Paris) traite *du pansement antiseptique des plaies*, et M. le professeur *Verneuil*, *de la septicémie et du traitement antiseptique.*

M. le docteur *Grancher* (de Paris) provoque un débat sur la *tuberculose*; il se déclare uniciste, tandis que MM. Robert et Ariza soutiennent le dualisme. Le même membre fait ensuite une communication sur la *phthisie*, et présente plusieurs pièces histologiques.

M. *Buisen* entretient l'assemblée d'un *cas de chorée guérie par l'électricité statique*, et affirme que ce moyen a toujours d'heureux résultats dans cette maladie, et est très avantageux dans le traitement de l'*hystéro-épilepsie.*

Le docteur *Sota y Lastra* fait connaître un procédé d'*ablation totale de l'utérus*, imaginé par Rubio, et qui consiste à comprendre cet organe entre quatre ligatures, dont deux latérales, une anté-

rieure et une postérieure. Il professe que l'extirpation doit être pratiquée par ce procédé dans les cas de cancer du corps utérin, quand il n'existe pas de contre-indications spéciales. Un débat s'engage à ce sujet entre l'auteur et MM. Gomez Torres, Rubio et Gutierrez.

M. *Robert* fait une communication verbale sur l'*hémoptysie*. Parmi les causes de cet accident, il range le ténia et l'irritation spinale.

Une conversation s'engage entre MM. *Ozio*, *Aycart* et *Chiralt* sur les affections oculaires comme cause d'exemption du service militaire. Le premier demande que, dans le règlement en vigueur, on ajoute aux causes d'exemption : la perte d'un œil, l'hypermétropie et l'astigmatisme. M. Aycart insiste particulièrement pour que la perte d'un œil ne soit pas une cause d'exemption, *sauf les cas où il peut se produire une ophthalmie sympathique.* Sur sa prière, M. Osio retire sa proposition.

Communication verbale de M. *Robert* sur *les injections hypodermiques de pilocarpine dans l'hydrothorax.* Pour que ce moyen réussisse, il faut que l'épanchement n'ait pas plus de dix semaines de durée, et qu'il ne s'agisse pas d'un véritable empyème. M. *Cazaux* regarde comme minime, et M. *Hausser* comme puissante, l'efficacité de ces injections dans l'hydrothorax.

M. *Gutierrez* donne lecture d'un mémoire sur les *létatides* ou *éruptions malignes qui accompagnent le cancer.* Ces éruptions ont une grande valeur au point de vue clinique : l'auteur en fait suivre, aux membres présents, sur des pièces histologiques, le développement graduel corrélatif aux progrès du cancer épithélial. (Le compte rendu n'entre dans aucun détail sur les caractères histologiques de ces néoplasmes qui envahissent les organes glandulaires et dont, suivant l'auteur, le rapide développement serait la cause la plus fréquente de la récidive, après l'ablation des cancers mammaires). A ce sujet, M. *Rubio* fait savoir qu'il admet trois espèces de *létatides* : les maculeuses, les papuleuses et les ulcéreuses.

M. *Chiralt* traite du meilleur moyen de guérir le *strabisme* chez les enfants âgés de moins de sept ans. Il conclut : 1° que la ténotomie n'est pas toujours indiquée dans le strabisme; 2° que, lorsqu'elle est indiquée, elle suffit rarement à guérir la difformité ; 3° qu'il y a lieu d'y joindre, avant et après l'opération, l'emploi des moyens optiques.

M. *Adame* lit un mémoire sur *l'excessive mortalité de la première enfance.* MM. *Robert* et *Gutierrez* interviennent. Chacun insiste sur les fâcheux effets des soins hygiéniques insuffisants et propose de répandre davantage l'usage des bains, d'une alimentation plus substantielle, d'autres pratiques encore, et notamment de fonder des gymnases où l'*on ressusciterait les jeux olympiques.*

Un autre mémoire sur le même sujet est lu par M. *José Maria Puettez.* Il réclame, en particulier, la création d'asiles et de sociétés protectrices de l'enfance.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 1er MAI 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

Aucune communication concernant la médecine n'a été faite dans cette séance.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 9 MAI 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

M. *Crison* demande le dépôt d'un pli cacheté « relatif à un fait des modifications physiologiques dans les fonctions de la peau ». Ce dépôt est accepté.

M. le docteur *Barthélemy*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bel-Abbès, envoie le compte rendu des vaccinations qu'il a récemment pratiquées dans cet hôpital. (*Commission de vaccine.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° de la part de M. le docteur *Cazin* (de Boulogne-sur-mer) une brochure sur *le toucher rectal dans la coxalgie ;* 2° le *compte rendu médical des malades traités à Busku en* 1881, par M. le docteur *Majkowski* (de Varsovie).

M. *Gavarret* présente : 1° au nom de M. le docteur *Charpentier* (de Nancy) un mémoire sur l'*examen de la vision au point de vue de la médecine générale ;* 2° la deuxième édition du *Guide pratique d'électrothérapie* de M. le docteur *Onimus.*

M. *Bergeron* fait hommage : 1° de la part de M. *A. J. Martin*, d'un rapport sur la *Création d'une Direction de la santé publique en France;* 2° au nom de M. le docteur *Brouineau* (de La Rochelle), d'une brochure sur l'*organisation départementale de la médecine publique.*

M. *Le Roy de Méricourt* offre une étude de M. le docteur *Corre* (de Brest) intitulée : *De l'étiologie et de la prophylaxie de la fièvre jaune.*

M. *Brouardel* dépose le *Manuel d'hygiène industrielle* de M. le docteur *Napias.*

M. *Léon Colin* fait hommage d'un mémoire qu'il vient de publier sous le titre de : *Nouvelle étude sur la fièvre typhoïde dans l'armée*, et, au nom de M. le docteur *Sorel*, de ses *Recherches sur la glycosurie chez les paludiques.*

M. *Giraud-Teulon* offre un mémoire sur *les systèmes chromatiques de Bonders.*

M. *Marjolin* présente : 1° au nom de M. *Devillebichot*, un *Projet de revision de la loi de* 1850 *sur les logements insalubres;* 2° de la part de M. le docteur *Du Mesnil*, plusieurs *rapports sur les logements et garnis insalubres à Paris.*

M. *A. Fauvel* dépose sa récente communication à l'Institut sur *les quarantaines.*

M. *Bourdon* présente, de la part de M. le docteur *Souligoux* (de Vichy), une *Étude sur la goutte et ses divers modes de traitement.* (*Commission des eaux minérales.*)

M. *Depaul* dépose une brochure de M. le docteur Lefour (de Bordeaux) portant le titre de *Contribution à l'étude des présentations du siège décomplété, mode des fesses.*

M. *Lasègue* fait hommage d'un mémoire de M. le docteur *Joal* (du Mont-Dore) sur *les rapports de l'asthme et des polypes muqueux du nez.*

M. *Vulpian* dépose une note manuscrite de M. le docteur *Arlaud* (de Saint-Gilles-du-Gard) sur *la syncope.* (Renvoi à MM. Béclard et Vulpian.)

M. *Larrey* présente : 1° un mémoire posthume de M. Chassaignac sur *les abcès des os;* 2° de la part de M. le docteur *Ch. Fauvel*, l'*Histoire d'une balle de plomb retrouvée dans le larynx dix ans après son entrée dans la tête.*

Élection. — Au second tour de scrutin, M. *Sarazin* (de Bourges) est élu, quoique porté en quatrième ligne sur la liste de présentation, correspondant national dans la deuxième division par 44 voix sur 66 votants. MM. Bourguet (d'Aix), Cazin (de Boulogne-sur-mer), Michel (de Nancy), Delore (de Lyon) et Spillmann (d'Alger) viennent ensuite.

Folie cause de divorce? — La folie doit-elle être considérée comme une cause de divorce? Telle est la question, soumise par un amendement à la Chambre des députés et sur laquelle la commission spéciale avait demandé l'avis de M. *Blanche ;* comme celle de MM. Charcot et Magnan, sa réponse a été négative; il vient en indiquer les motifs à l'Académie. L'aliéné, dit-il, incapable d'exercer ses droits et de pratiquer ses devoirs, est assurément frappé de mort morale aussi longtemps qu'il est privé de la raison; s'il est incontestable qu'il y a beaucoup de cas de maladies mentales dans lesquels le médecin peut affirmer l'incurabilité, au point de vue de la condition de l'époux et de l'épouse, cette incurabilité peut cependant devenir pour celui qui conserve sa raison la source des plus grandes douleurs. Or, M. Blanche s'efforce de montrer que : 1° pour un grand nombre de cas, affections congénitales telles que l'idiotie, l'imbécillité, la débilité intellectuelle, certaines affections héréditaires, on pourrait éviter ce malheur si, dans les projets de mariage, les choses allaient moins vite qu'elles ne vont d'ordinaire, si les renseignements étaient pris plus sérieusement et si on ne se laissait pas aveugler sur des questions de santé par des considérations de nom, de position et de fortune qui devraient être toujours subordonnées aux premières; 2° dans d'autres cas également nombreux, la paralysie générale progressive, par exemple, la période de la maladie dans laquelle l'incurabilité est définitive, est relativement courte; 3° enfin dans les circonstances où le malheur n'a pu être ni prévu ni évité, les devoirs réciproques du mari envers sa femme et de la femme envers son mari, loin de pouvoir être considérés comme anéantis, deviennent au contraire plus grands et plus sacrés encore. Il est, en effet, d'autres formes de maladies mentales qui sont le plus souvent incurables, dont quelques-unes ne le sont pas nécessairement et dont d'autres ne le deviennent souvent d'une façon définitive qu'après de nombreuses rémissions, comme l'épilepsie compliquée de troubles de la raison, la

manie, la monomanie, la mélancolie, la lypémanie passées à l'état chronique et présentant des symptômes de démence, la folie circulaire, etc. M. Blanche cite un certain nombre de cas de ces diverses affections dans lesquels la guérison s'est établie après un temps plus ou moins long; le divorce ne saurait donc se comprendre en pareil cas et, d'ailleurs, dans toutes les demandes en divorce intéressant un aliéné, le procès serait inévitable, et, l'aliéné ne pouvant par lui-même pourvoir à sa défense, celle-ci serait confiée soit d'office, soit par des membres de sa famille à un avoué et à un avocat; l'aliéné ne pourrait suivre les diverses phases de son procès et, s'il venait ensuite à guérir, il pourrait se trouver divorcé, sans même le savoir.

Acné keloïdique. — M. le docteur *Vérité* présente le dessin d'un cas de cette affection siégeant à la nuque; il insiste sur le diagnostic différentiel et sur son importance, car l'intervention chirurgicale en pareil cas serait dangereuse en raison de la prompte récidive après l'opération; du reste, il s'agit d'une maladie bénigne, souvent indolente et compatible avec la santé générale la plus parfaite; les petites tumeurs agglomérées qui la constituent peuvent même disparaître spontanément dans des circonstances encore inconnues.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Le Roy de Méricourt sur les modifications à apporter au règlement en ce qui concerne les élections dans la classe des associés libres; l'Académie propose que dorénavant les associés libres soient choisis « parmi les savants, les administrateurs d'un ordre élevé ou toutes autres personnes pouvant prêter un concours utile à l'Académie ».

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 3 MAI 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Laryngotomie intercrico-thyroïdienne. — Élection d'un membre titulaire. — Hernie inguinale étranglée par un anneau fibreux. — Angiome caverneux. — Fistules recto-vulvaires.

M. *Desprès*. On a dit que la laryngotomie intercrico-thyroïdienne était une opération facile et sans danger. M. Desprès a trouvé dans les *Bulletins de la Société anatomique* des observations qui prouvent le contraire. En 1880, un malade atteint d'épithélioma du pharynx est opéré; il meurt au bout de huit jours; à l'autopsie on trouve le cricoïde fracturé. Le malade, âgé de cinquante-sept ans, avait été opéré par M. Gosselin.

Dans une autre opération, le malade avait trente-deux ans; M. Verneuil ne put passer la canule sans couper le cricoïde et deux anneaux de la trachée. A l'autopsie, on trouva une ulcération de la trachée produite par la canule, et une ulcération du tronc brachio-céphalique. Ces accidents peuvent être rapprochés de ceux qui arrivent dans la trachéotomie.

Dans la thèse de Millard, en 1859, sur 124 opérations de trachéotomie faites à l'hôpital des Enfants, il n'y a pas un seul décès opératoire noté; 29 guérisons de croup. Dans la thèse de Bricheteau, pas un accident opératoire indiqué sur 164 opérations de trachéotomie.

M. *Verneuil* dit que l'observation à laquelle M. Desprès a fait allusion a été communiquée à la Société de chirurgie; les cartilages thyroïde et cricoïde se touchaient, d'où la difficulté de passer la canule.

M. Verneuil défend la laryngotomie intercrico-thyroïdienne, surtout chez l'adulte; la trachéotomie chez l'adulte est une opération très dangereuse. Le malade de M. Gosselin est mort au bout de huit jours; le procédé opératoire n'y est pour rien.

M. *Farabeuf*. L'opération de M. Gosselin ne prouve rien, car il y avait du cancer jusque dans la trachée; le malade n'est pas mort de l'opération. Chez le malade de M. Verneuil, il y avait 3 centimètres de distance entre la crosse de l'aorte et le cricoïde; allez donc faire une trachéotomie en pareil cas. La limite inférieure de l'incision n'était qu'à 1 centimètre de l'aorte; il n'y avait donc pas de place pour la trachéotomie. L'ulcération de la partie antérieure du tronc brachio-céphalique ne peut s'expliquer par la pression de la canule.

— M. *Marchand* est élu membre titulaire de la Société de chirurgie.

— M. *Farabeuf* fait un rapport sur une observation de M. Schwartz : hernie inguinale vaginale étranglée. Homme de quarante-sept ans, portant depuis six ans deux hernies inguinales ordinairement maintenues par un bandage. Six jours avant l'entrée à l'hôpital, la hernie droite sortait et ne put être réduite. Pendant quarante-huit heures on fit différentes tentatives de taxis sans résultat. Pas de selles ni de gaz; vomissements fécaloïdes.

Opération. La hernie ne se confondait pas avec le testicule. Un peu de liquide dans le sac. La hernie était vaginale. Débridement du collet du sac; l'anse intestinale, noire et œdématiée, ne put être réduite. On chercha l'obstacle à la réduction. Le pédicule de l'anse était étranglé par un anneau fibreux libre sur les trois quarts de son étendue. La section de cet anneau permit de rentrer l'intestin. Les efforts du taxis avaient probablement emporté le goulot du sac, sauf en un point. Le malade guérit. On trouve une observation analogue dans le *Bulletin chirurgical* de Laugier, et une autre dans la clinique de M. Gosselin.

— M. *Farabeuf* lit un rapport sur une observation d'angiome caverneux en communication directe avec la veine jugulaire, par M. Reclus. La tumeur, située au niveau de la première fente branchiale, et facilement réductible, fut d'abord prise pour une tumeur aérienne, mais on vit bientôt que c'était un angiome en communication avec une grosse veine.

M. *Desprès* cite une observation inédite d'angiome du cou en communication avec la veine jugulaire. Le malade, qui était un enfant, avait sa tumeur à trois travers de doigt du rebord de la mâchoire; elle était molle et non réductible. M. Desprès croyant avoir affaire à un kyste, fit une incision qui donna une hémorrhagie; l'enfant mourut de phlébite. A l'autopsie, on trouva que la tumeur communiquait par une seule et unique veine avec la jugulaire. La tumeur était formée d'un lacis veineux et de kystes.

— M. *Tillaux* continue la discussion sur les fistules recto-vulvaires. M. Verneuil a indiqué les nombreux échecs auxquels on est exposé dans le traitement de ces fistules; M. Tillaux vient apporter son expérience sur cette question.

En 1859, une jeune femme entra à Cochin avec une fistule recto-vulvaire. Dolbeau passa une chaîne d'écraseur et fendit le périnée. Quand M. Gosselin reprit le service, il fit une périnéorrhaphie; mais la fistule reparut, et la malade quitta l'hôpital non guérie. M. Tillaux la cautérisa bien des fois sans succès.

Une deuxième malade, à laquelle M. Verneuil a fait allusion, avait une déchirure du périnée; M. Tillaux fit la périnéorrhaphie, et il resta une fistule recto-vulvaire que M. Verneuil guérit.

Troisième malade. Jeune femme. Déchirure du périnée; périnéorrhaphie; il resta une fistule que M. Tillaux opéra deux fois sans résultat.

La quatrième malade arrivait de Saint-Pétersbourg, où elle avait été opérée trois fois sans succès. M. Tillaux fit construire une pince qui permettait d'amener la fistule sous les yeux et d'aviver facilement. L'opération faite, la pince fut replacée en couvrant la branche rectale d'une feuille de baudruche,

pour préserver la plaie, du côté du rectum, du contact des matières et des gaz. La malade guérit.

La cinquième malade avait une fistule recto-vulvaire consécutive à un abcès développé dans l'épaisseur de la cloison. Cautérisation au galvanocautère; guérison. Ici il y avait un véritable trajet dans la cloison, tandis que chez les autres malades il n'y avait pas de trajet.

M. *Trélat*. La fistule que portait la dernière opérée de M. Tillaux était comprise dans la partie épaisse, triangulaire, du périnée; là, il y a un long trajet. Le mot recto-vulvaire est inexact; ce sont des fistules recto-vaginales Les fistules recto-vulvaires sont congénitales ou consécutives à des abcès; tandis que les fistules suite de déchirure du périnée sont recto-vaginales. En effet, elles sont à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'hymen, commencement du vagin.

Dans sa prochaine opération, M. Trélat passera deux fils de soie ramenant les deux chefs dans le rectum; il ira nouer du côté du rectum ces deux fils pour remplacer la pince et la baudruche de M. Tillaux, tout en faisant une suture ordinaire du côté du vagin.

M. *Verneuil*. M. Tillaux a pu faire tolérer sa pince, mais cela n'arrivera pas dans tous les cas. Il faut des procédés divers, selon les cas. Il y a des fistules recto-vaginales supérieures, des fistules recto-vaginales inférieures (à l'endroit où le triangle périnéal cesse); c'est là que siège habituellement la fistule après la périnéorrhaphie. La troisième variété est la recto-vulvaire, qui guérirait facilement si l'épaisseur du périnée se maintenait. Mais à la suite de l'accouchement le périnée devient mince; il semble que la cloison descend jusqu'à la peau du périnée. M. Verneuil en a opéré une qui était à 6 millimètres de la peau; elle n'était certes pas vaginale, c'était la recto-vulvaire, qui doit sa permanence à l'amincissement du périnée.

M. *Trélat*. Les accoucheurs ont pensé que les fistules recto-vulvaires étaient le résultat d'une mortification par compression; il n'en est rien. C'est le résultat d'une déchirure incomplète du périnée, et non d'un périnée rétabli spontanément en partie.

M. *Monod* a une malade chez laquelle l'orifice vaginal de la fistule est immédiatement au-dessous de la vulve; l'orifice rectal est plus haut situé; c'est le résultat d'un abcès. La suture et le galvanocautère n'ont rien donné. M. Monod pense fendre tout le périnée, détruire le trajet fistuleux et suturer.

M. *Le Dentu* n'a pratiqué qu'une fois cette opération pour une fistule suite d'accouchement, et qui s'était produite par le mécanisme indiqué par M. Trélat. Il a fendu le périnée, excisé le trajet fistuleux, et placé deux plans de suture. La malade était très anémique. La fistule se reproduisit.

M. *Guéniot* ne connaît pas d'exemple de fistule produite par le mécanisme indiqué par M. Trélat. Pendant l'accouchement, la muqueuse vaginale, poussée en avant par la tête du fœtus, peut se déchirer; mais la muqueuse rectale se déplisse et ne se déchire pas.

M. *Labbé* a opéré une fistule recto-vaginale par l'avivement et la suture; il échoua. Alors il fit la section du périnée et eut un succès complet. C'est un moyen qu'il faut employer hardiment.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 6 MAI 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GRIMAUX.

Dosage comparatif de l'hémoglobine et des gaz du sang : MM. Gréhant et Quinquaud. — Réglage des températures constantes : M. P. Régnard. — Parasites du poumon et des muscles chez un phoque : M. Huet. — Point d'historique à propos de la découverte de la capsule surrénale : M. R. Blanchard. — État diamagnétique du sang : M. Rabuteau. — Examen histologique d'un lipome fibreux : M. Livon.

Parmi les nombreuses expériences que MM. *Gréhant* et *Quinquaud* ont entreprises sur la respiration, il en est quelques-unes qui intéressent la physiologie et la pathologie; on peut en déduire la loi suivante : dans les bronchites, les broncho-pneumonies, les pleurésies expérimentales produites par les injections de nitrate d'argent, d'huile, de poudre de cantharide, etc., on voit diminuer considérablement l'exhalation de CO^2. Il a été facile de déterminer d'une manière précise le fait en prenant la normale pendant plusieurs jours, en déterminant la lésion et en voyant le fait se produire à l'instant même. Les auteurs ont vérifié la même loi dans la pathologie humaine : cette étude les a conduits à formuler des déductions cliniques importantes ; leur méthode peut servir et au diagnostic et au pronostic des maladies pleuro-pulmonaires *latentes*, en mesurant avec une grande précision l'état de la fonction pulmonaire. Des tableaux montrent les chiffres obtenus.

De nombreux observateurs ont dosé l'exhalation de CO^2 à l'état physiologique et à l'état pathologique à l'aide de méthodes variées : les résultats obtenus sont souvent contradictoires. La méthode de MM. Gréhant et Quinquaud consiste à peser, à l'aide d'une balance de précision, tout l'acide carbonique exhalé dans 50 litres d'air; le volume de l'air expiré est mesuré à l'aide de l'analyse eudiométrique, la respiration se fait avec des soupapes à eau parfaitement suffisantes.

M. *Régnard* ne veut point soulever une question de priorité, mais les nombres relatés dans sa thèse sont en accord avec ceux de MM. Gréhant et Quinquaud.

M. *Quinquaud*. Dans l'état actuel, il ne saurait y avoir de question de priorité, des observateurs éminents ayant précédé M. Régnard et MM. Gréhant et Quinquaud. Mais la méthode que ces derniers ont suivie, le dosage après la détermination de la normale dans les cas de bronchite, de pneumonie, de pleurésie expérimentales, les déductions cliniques qu'ils en ont tirées ne se trouvent ni dans l'excellente thèse de M. Régnard ni ailleurs.

—M. *Régnard* montre un dispositif qui permet de régler une étuve à une certaine température sans qu'il soit besoin de recourir au gaz d'éclairage ou à tel autre procédé qu'on n'a pas toujours sous la main, dans les stations zoologiques des bords de la mer, par exemple. L'étuve est chauffée par une lampe à essence supportée par une tige de fer qui est elle-même actionnée dans un plan horizontal par un électro-aimant. Un thermomètre à contact électrique étant plongé dans l'eau de l'étuve et intercalé sur le trajet du courant qui agit sur l'électro-aimant, chaque fois que la température arrive au degré où se fait la clôture du courant, la lampe chauffante est entraînée latéralement et cesse d'élever la température de l'étuve. Dès que la température s'abaisse, le courant s'ouvre et un ressort de rappel ramène la lampe au-dessous de l'étuve.

—M. *Huet* a examiné les poumons d'un phoque (grande otarie) mort au Jardin des Plantes : il a constaté dans ces poumons la présence de parasites filaires en quantité innombrable : les filaires n'étaient pas enkystées, mais libres dans les alvéoles pulmonaires. Elles avaient déterminé une congestion pulmonaire intense à laquelle a succombé l'animal.

Dans les muscles on a trouvé, logés dans l'intérieur du sarcolemme, d'autres parasites à forme allongée, mousses à leurs deux extrémités, remplis de granulations en croissant: ces corps ne sont pas des grégarines et leur détermination ne peut être faite actuellement d'une façon précise.

M. Huet montre les préparations histologiques de ces divers parasites.

— M. *R. Blanchard*, s'occupant de l'étude des capsules surrénales, a eu l'occasion de rectifier un point d'historique à leur sujet. D'après quelques auteurs, Delle Chiaje, par exemple, il faudrait rapporter à Moïse la première constatation de ces organes. Mais, en remontant au texte hébreu, on peut s'assurer que cette opinion résulte d'une erreur du traducteur du *Lévitique*, saint Jérôme. C'est à Eustachi que doit revenir la découverte des capsules surrénales.

— M. *Rabuteau*, à propos d'une communication faite précédemment par M. D'Arsonval sur l'action qu'un champ magnétique exerce sur les matières animales, rappelle que des expériences semblables ont été faites par Faraday lui-même. M. Rabuteau, les ayant répétées avant que M. D'Arsonval ne s'occupât de ces questions, a constaté, contrairement à ce qu'a dit ce dernier, que le sang est *diamagnétique* (prend la position équatoriale dans le champ magnétique) et non *paramagnétique* (axial), comme il a été dit. L'auteur a de plus exécuté les mêmes essais avec des animaux vivants, comme la grenouille, suspendus avec un fil non métallique, dans le champ d'un aimant puissant: il a vu que, comme les tissus animaux et le sang, l'animal vivant s'oriente dans le sens équatorial quand l'aimant est en action.

— M. *C. Livon* adresse une note sur l'examen histologique d'un lipome fibreux enlevé par lui à la région interne de la cuisse. La description est accompagnée de figures qui sont soumises à la Société.

REVUE DES JOURNAUX

Hématome de l'oreille chez un enfant syphilitique, par le docteur Thorens.

Pour ce qui concerne l'anatomie pathologique de l'othématome, l'observation publiée par M. Thorens ne peut être d'un grand secours en ce qu'elle a été recueillie sur le vivant, et qu'on a dû se borner à constater, à l'aide d'une ponction aspiratrice, l'existence d'une poche sanguine embrassant la conque, l'anthélix et l'antitragus. Cependant la situation superficielle de l'épanchement s'accorde avec le fait constaté par ceux qui ont pu disséquer l'othématome à l'état récent: à savoir que le sang est épanché dans le tissu conjonctif qui revêt la lame de tissu élastique du périchondre, et non pas, comme on l'avait dit d'abord, dans le périchondre lui-même.

Sous le rapport de l'étiologie, le cas rentre dans la catégorie des othématomes traumatiques, qui est la plus nombreuse. On sait même que, pour certains auteurs, le traumatisme est la cause presque constante de cette lésion. Chez l'enfant observé par M. Thorens, âgé de deux ans, offrant les signes les plus caractéristiques de la syphilis congénitale, le mal était survenu après des efforts faits pour retirer la tête engagée entre des barreaux. Mais le traumatisme n'avait été ici qu'une cause occasionnelle; car, antérieurement, la moindre pression, le moindre pincement sur une partie quelconque du corps amenèrent une ecchymose et quelquefois une suffusion sanguine étendue. Bien qu'on ait constaté, dans l'examen histologique de certains hématomes de l'oreille, l'absence de lésions vasculaires, il est possible que celles-ci aient existé dans un cas de syphilis congénitale, ainsi qu'il arrive fréquemment.

On connaît les expériences de M. Brown-Séquard, dans lesquelles il a produit l'hématome des oreilles, chez les cobayes, pour des blessures faites aux corps restiformes; et l'on sait aussi que cette affection est un privilège (non exclusif, il est vrai) des aliénés. Le petit malade de M. Thorens jouissait de toute son intelligence, et rien, chez lui, ne décélait une affection quelconque des centres nerveux. (*Union médicale*, 1882, n° 61.)

La phthisie est-elle une affection contagieuse? par le docteur Alexandre M. Maldowie.

Pendant quatre ans, les observations du docteur Maldowie, ont porté sur quatre cents phthisiques traités à l'hôpital et cent malades qu'il a pu observer dans la pratique civile. Dans ces recherches il avait pour but de reconnaître les origines de la maladie et des cas dans lesquels on pouvait invoquer l'infection par inhalation.

Un marchand de fer, qui ne possédait aucun antécédent de tuberculose dans sa famille, est atteint d'une pneumonie catarrhale par refroidissement, Au bout de six mois, il succombe à une phthisie pulmonaire à marche rapide. Son frère avait partagé le même lit pendant les semaines qui précédèrent la mort, et fut atteint de tuberculose pulmonaire, à laquelle il succomba trois années plus tard. Un autre frère, plus jeune, est encore bien portant.

Dans une deuxième série de faits, on constate qu'un libraire, atteint de phthisie pulmonaire, après une pneumonie par refroidissement, succomba après neuf mois de maladie. Sa veuve, quelque temps après, présenta les symptômes de la tuberculisation pulmonaire à laquelle elle succomba deux années plus tard.

Cependant il n'existait dans l'histoire de ces maladies aucun antécédent de maladies tuberculeuses.

En ce qui concerne les affections tuberculeuses des viscères abdominaux, il est généralement admis que les germes spécifiques pénètrent dans le canal digestif avec les aliments, sont absorbés dans l'intestin. L'estomac serait protégé par l'acidité du suc gastrique et l'œsophage par la rapidité avec laquelle les aliments le traversent.

Dans les voies respiratoires, les germes arrêtés par les cils de l'épithélium, se mélangent aux secrétions muqueuses; par les efforts de l'expectoration, ces secrétions sont mises en contact avec la muqueuse bronchique et trachéale, sur lesquelles les lymphatiques sont abondants. De plus, les lymphatiques qui sont situés dans l'épaisseur des parois des alvéoles et les espaces lacunaires du tissu pulmonaires expliquent la puissance d'absorption que possèdent les alvéoles; puissance d'absorption qui n'a été découverte que dans ces dernières années. Or cette puissance serait considérable, car un exsudat pneumonique qui occupait la totalité du lobe inférieur du poumon gauche a pu être absorbé en six jours, tandis que l'élimination des produits morbides par l'expectoration était presque nulle. Les points de l'alvéole les plus exposés à la pénétration des germes sont ceux qui environnent l'embouchure des tubes bronchiques dans les alvéoles. Or, ces mêmes points sont ceux qui le plus souvent sont le siège de tubercules, comme l'a établi Rindfleisch. C'est aussi dans ces points que Laennec plaçait les granulations tuberculeuses. Ce fait serait en rapport avec la théorie qui consiste à admettre que les germes infectieux pénètrent dans les bronches durant l'inspiration et peuvent être absorbés dans des rapports avec des personnes atteintes de tuberculose. Cette théorie n'est donc pas en désacord avec celle de l'infection par l'introduction de l'air contaminé. On sait d'ailleurs que dans les affections pulmonaires causées par l'inhalation de poussières, les lésions sont le plus souvent localisées au sommet du poumon, c'est-à-dire aux portions perméables à l'air dès le début de l'inspiration. Or, c'est dans cette région

que la tuberculose se localise dès le commencement de la maladie. (*The Lancet*).

Influence de l'atrésie des fosses nasales sur les fonctions auditives, par le docteur Suné y Molist.

Les causes d'atrésie complète ou incomplète des fosses nasales sont nombreuses; telles sont par exemple, les déformations du vomer, les déviations des cornets, l'hypertrophie de la muqueuse, les hyperplasies scrofuleuses, les fongositsé ulcéreuses, etc.

Toynbée étudia le premier l'influence de ces lésions et fit des expériences dans le but de se rendre compte de l'effet de la pression atmosphérique sur les phénomènes de l'audition. Le docteur Roe, membre de la *Laryngical Association of New-York*, explique ainsi cette influence: A la fin du premier temps et pendant le deuxième temps de la déglutition, l'orifice pharyngien des fosses nasales est obturé par le voile du palais. Dans le troisième temps, au moment où ils font progresser vers l'œsophage le bol alimentaire, les constricteurs du pharynx exerçant une sorte de succion sur la région postérieure du pharynx, provoquent un vide qui a pour effet final l'aspiration d'une certaine quantité d'air par les fosses nasales. Le même phénomène se produit dans les trompes d'Eustache par le même mécanisme et au même moment. En effet, quand on regarde la membrane du tympan au moyen de l'otoscope, on observe au moment du troisième temps de la déglutition, un mouvement de cette membrane. D'autre part, il est incontestable que la pénétration de l'air dans les trompes d'Eustache est une condition nécessaire pour le fonctionnement normal de l'audition. Or, comme la pénétration de l'air dans ces trompes s'effectue surtout par les fosses nasales, il faut bien admettre que leur obstruction doit causer des troubles de l'audition, et que la membrane du tympan devient tendue et rigide. De là l'origine, dans quelques cas d'atrésie des fosses nasales, d'ankylose de la chaîne des osselets, de rétraction du muscle tenseur du et tympan quand ces lésions sont complètes, de la production de surdité, de vertiges, et d'autres symptômes.

Il est donc nécessaire, en présence d'un malade atteint d'une affection de l'oreille, d'examiner avec soin les fosses nasales et la muqueuse naso-pharyngienne. Le catarrhe chronique des fosses nasales avec hypertrophie de la pituitaire est donc une complication grave dans les affections de l'oreille moyenne. Sa guérison sera quelquefois suivie de la disparition des troubles auditifs; dans tous les cas, elle sera toujours une indication utile à remplir. (*Revista de Ciencias medicas Barcelona.*)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les modifications du sang sous l'influence des agents médicamenteux et des pratiques thérapeutiques, par Georges Hayem, recueillies et rédigées par L. Dreyfus-Brisac, in-8° de 540 pages, G. Masson. Paris, 1882.

La publication des leçons du professeur de matière médicale et de thérapeutique à l'Ecole de médecine de Paris présente un intérêt des plus vifs pour ceux qui se préoccupent de l'enseignement de cette partie des sciences médicales. Elle sera profitable non seulement aux élèves, mais aux médecins qui considérent avec raison la thérapeutique comme le but vers lequel tendent tous les progrès des sciences biologiques ainsi que ceux de l'observation clinique.

Dès les premières pages, M. Hayem s'attache à démontrer l'importance qu'il faut attribuer aux recherches physiologiques dans l'étude de la thérapeutique, il accentue ainsi les tendances des deux professeurs qui l'ont précédé, mais de plus il s'écarte entièrement de l'ordre jusqu'à présent accepté dans l'exposition de l'action des médicaments. Cependant il ne faudrait pas conclure du titre de *Cours de thérapeutique expérimentale* que l'auteur ait prétendu restreindre la thérapeutique aux seules données de l'expérimentation, aux seuls procédés et aux seules lois de la physiologie. Il exprime ainsi les tendances de son enseignement à l'amphithéâtre et établit en effet deux divisions capitales dans la thérapeutique: la pharmaco-dynamique et la pharmaco-thérapie; celle-ci, « c'est-à-dire l'étude du mode d'action des médicaments, est essentiellement du ressort de la méthode expérimentale »; celle-là comprend l'étude de l'action des agents médicamenteux sur l'organisme malade.

La pharmaco-dynamique peut être enseignée dans la chaire professorale, mais réclame comme conditions essentielles les démonstrations pratiques, c'est-à-dire l'expérimentation dans le laboratoire; la pharmaco-thérapie, bien qu'elle s'aide des méthodes et jusqu'à un certain point des procédés d'expérimentation scientifique, reste liée à l'empirisme; elle est intimement unie à l'observation clinique, mais ses moyens d'études, à la fois plus complexes et moins rigoureux, n'en ont pas moins été l'origine des plus importantes découvertes de la thérapeutique; c'est elle qui constitue en définitive le résultat le plus pratique de la médecine, et dont l'application sinon l'étude est constante au lit du malade.

Il ne nous appartient pas d'examiner ici quelles sont les conditions les plus favorables pour l'enseignement de ces deux branches de la thérapeutique et s'il ne serait pas préférable de les réunir toutes deux dans une clinique plutôt que dans un amphithéâtre comme le demande M. Hayem. Nous préférons étudier dans une analyse rapide comment il développe les notions doctrinales qu'il a exposées dans les premières leçons.

Les émissions sanguines, la transfusion du sang, sont des moyens thérapeutiques qui ont entre eux cette relation commune qu'ils modifient la composition du liquide sanguin.

M. Hayem a entrepris un exposé complet des résultats de l'expérimentation et de l'observation clinique sur ces deux sujets si complexes et dont l'un, étudié depuis l'origine de la médecine, pourrait par son histoire seule représenter la marche des doctrines médicales. Certes, il n'y a pas longtemps encore que les élèves de Broussais auraient trouvé très légitime que dans un exposé de la thérapeutique la première place fût donnée aux émissions sanguines.

M. Hayem ne s'est certainement pas placé à ce point de vue, et au contraire il s'est efforcé de démontrer par une enquête scientifique et par des études expérimentales que la réaction de la plupart de nos maîtres actuels contre l'abus des émissions sanguines s'appuie sur des faits rigoureusement scientifiques. C'est en somme l'expérimentation physiologique qui a corrigé les déductions de la doctrine « physiologique ». Nous citerons tout d'abord les conclusions générales, elles nous montreront l'importance de chacun des sujets d'hématologie étudiés dans ces leçons.

« D'une manière générale, dit Hayem, l'opinion ancienne sur l'absolue innocuité de la saignée doit être abandonnée. Non, l'ouverture de la veine est toujours une opération sérieuse. La physiologie, tout en montrant toute l'importance du liquide sanguin dans les processus nutritifs, dans les échanges qui constituent la vie organique, pouvait faire prévoir que la soustraction d'une certaine quantité de sang n'est pas chose indifférente pour l'économie; l'expérimentation confirme ces données, en nous révélant toutes les perturbations fonctionnelles ou organiques qu'amènent les pertes de sang.

» Mais l'opinion contraire des détracteurs à outrance de la saignée n'est pas moins exagérée. Nous savons en effet que le

sang qui est en voie de rénovation peut se réparer rapidement et probablement d'une manière parfaite par une simple mise en œuvre des processus physiologiques d'hématopoïèse qui paraissent suractivés par la saignée elle-même. » (Voy. p. 331.)

Ce pouvoir de réparation a ses limites, il ne s'exerce pas lorsque les pertes sont abondantes, et si les saignées sont répétées coup sur coup, ou bien même espacées mais copieuses, la rénovation peut être entravée. S'il en est ainsi pour l'homme sain, il faut admettre avec d'autant plus de prudence les indications des émissions sanguines chez l'homme malade, ici encore « la question de la réparation du sang domine toute l'histoire thérapeutique de la phlébotomie », par conséquent il y a contre-indication à la saignée « toutes les fois que l'organisme est incapable de reproduire un sang physiologique ».

Si l'on applique ces conclusions aux processus morbides, on évitera la saignée dans la plupart des maladies chroniques, dans les cachexies, dans les maladies infectieuses, dans les affections cardiaques anciennes, chez les chlorotiques, etc., en définitive il est plus simple de dire que la saignée n'est utile que dans l'éclampsie puerpérale, dans les manifestations asphyxiques menaçantes, dans les phlegmasies ou les pyrexies. M. Hayem semble donc accorder à la saignée plus d'importance qu'elle n'en a eu dans ces dernières années; on pourrait croire, en effet, que les émissions sanguines ont repris quelque faveur parmi les cliniciens, et à cet égard en se plaçant au point de vue des applications thérapeutiques habituelles, quelques leçons sur les émissions sanguines locales, sur les moyens d'apprécier la quantité de sang extraite par les ventouses, même par les sangsues, auraient été utiles comme complément de ces conclusions. La plupart des médecins de notre génération ont délaissé la saignée dont le manuel opératoire ne leur est pas familier; au contraire les émissions sanguines par les ventouses et les sangsues sont encore fort employées et il serait bon que les indications de ces émissions locales fussent rapprochées de celles de la saignée; nous espérons que M. Hayem reprendra ce sujet dont l'utilisation dans la pratique est incontestable.

D'ailleurs, dès maintenant, ces indications relatives à la phlébotomie peuvent servir de base, provisoirement du moins, à l'emploi des émissions sanguines cutanées, c'est-à-dire à la saignée des capillaires ou des veinules, bien que celle-ci diffère par plus d'un effet de la phlébotomie.

En somme les conclusions de Hayem ne sont pas de nature à contrarier les notions habituelles des praticiens modernes en France et elles laissent une part satisfaisante pour ceux de nos confrères qui, à l'étranger surtout, préconisent encore les émissions sanguines, mais il faut les envisager en se plaçant à un point de vue plus large; en effet, ce qui leur donne un caractère original, une autorité plus incontestable, c'est qu'elles peuvent être exprimées par une formule qui présente elle-même son mode de criterium.

« Jamais, dit Hayem, on ne doit ouvrir la veine, si l'examen du sang, par les méthodes que nous avons fait connaître, nous indique l'existence d'altérations sérieuses dans sa composition. » C'est donc dans l'étude du sang et de ses modifications que doivent être recherchées les indications générales, et c'est par elle qu'on peut établir la *critique expérimentale des émissions sanguines;* nous employons cette expression parce qu'elle indique la marche suivie par le professeur dans la première partie de ses leçons, dont nous allons maintenant reprendre l'exposé rapide.

La question préalable qui doit être élucidée pour apprécier expérimentalement les phénomèmes produits par les émissions sanguines, est la connaissance de la masse totale du sang et la constitution du liquide sanguin. Il semblerait qu'on devrait être fixé sur ces points depuis longtemps, et cependant quand on cherche au milieu des travaux les plus récents mêmes, des données complètes sur ces sujets, on est surpris de constater des divergences et des lacunes qui ne sont pas encore comblées M. Hayem s'est efforcé de régulariser les moyens d'étude du sang, comme masse et comme composition et nos lecteurs savent qu'il est arrivé à constituer une méthode rigoureuse pour l'examen du sang; nous n'insisterons pas sur cette partie des leçons dans lesquelles sont exposés les résultats de ses travaux sur la constitution du sang, sur la numération des globules, le dosage de l'hémoglobine; elles réunissent les données de l'anatomie générale sur la composition du sang et les moyens d'en apprécier les modifications. Poursuivant sa voie le professeur a été amené à exposer puis à vérifier et à compléter les notions que la physiologie a recueillies sur les effets immédiats ou éloignés des hémorrhagies et de la saignée, sur la résistance aux pertes sanguines, les modifications dans la pression artérielle, le pouls, la vitesse de la circulation, sur la température, les changements dans le rythme respiratoire et enfin les variations dans la composition du sérum et dans le rapport des gaz du sang.

Pour compléter le cycle des connaissances nécessaires, M. Hayem a exposé l'histoire des altérations du sang à la suite des saignées, et cette série de leçons remarquables comprend les sujets les plus délicats de l'anatomie pathologique. Le problème de l'hématogénèse se trouvant implicitement compris dans ces études, l'auteur était ici sur un terrain de doctrine personnelle; réunissant d'une part tous les arguments qui l'ont amené à considérer les hématoblastes comme les éléments formateurs des globules rouges ou hématies, il a fait une critique très serrée des théories opposées et en particulier de « l'hématopoïèse par le tissu médullaire » telle que Bizzozero et Neumann l'ont exposée. Si l'on ajoute que l'histoire de l'embryogénie du sang est indispensable à connaître pour apprécier les diverses théories et leur critique, on voit combien sont complexes les études préalables qui permettent de comprendre l'effet d'une saignée. M. Hayem procède logiquement et certainement en signalant les lacunes de la science et les moyens de les combler il doit stimuler chez ses auditeurs l'ardeur dans la recherche de la vérité et l'amour du travail, en même temps qu'il démontre incidemment l'inutilité des doctrines hâtives et des conclusions anticipées. En faisant voir les défauts de l'édifice il indique la restauration qu'il faudra exécuter tôt ou tard, mais combien paraît grand le labeur qui reste à accomplir pour obtenir cet idéal de thérapeutique auquel aspire le professeur!

Les leçons sur la transfusion ont été l'occasion d'une série d'expériences faites dans le but d'élucider des questions fort importantes et qui doivent servir de base à l'appréciation de l'utilité de la transfusion et du choix du sang transfusé; plusieurs leçons, consacrées à la coagulation du sang, à l'étude des effets du sang défibriné, du rôle ultérieur des hématies transfusées, constituent des chapitres de physiologie pathologique où sont contrôlées, répétées et complétées sur plusieurs points les opinions nombreuses émises sur ces divers sujets et qui sont éparses dans bien des recueils. Ici encore M. Hayem, utilisant sa méthode d'examen du sang, a obtenu des résultats fort importants. C'est ainsi que, pour les chiens, il est arrivé à cette conclusion que si l'on remplace par du sang défibriné une quantité de sang dont la perte serait immédiatement mortelle, on ne fait que retarder la mort, et que, au contraire, l'injection du sang complet procure une survie définitive. Toutefois, chez l'homme, le sang humain défibriné a donné des succès nombreux enregistrés par la statistique, et que M. Hayem a laissés de côté parce qu'il n'a voulu s'occuper que des sujets ressortissant de l'expérimentation au laboratoire; donc chez l'homme le sang défibriné peut ramener la vie ou l'entretenir quelque temps à la suite d'hémorrhagies qui eussent été mortelles, dans l'anémie chronique en particulier; M. Hayem le reconnaît et il en donne une explication très judicieuse, à savoir que « la transfusion a surtout pour résultat de favoriser d'une manière

puissante la réparation sanguine préparée par la suractivité des fonctions hématopoiétiques. Il semble que dans ces conditions l'hémoglobine provenant des globules frappés à mort par la défibrination peut être utilisée pour la rénovation globulaire et par suite facilite la régénération du sang ».

Cette conclusion est bonne à retenir parce qu'elle place la question sur un terrain physiologique circonscrit, et qu'elle permet d'attribuer à l'action du sang transfusé sur la paroi vasculaire, sur les tissus et les échanges qui s'y produisent, sur les centres nerveux, une importance qui n'avait pas échappé à Magendie, mais que M. Brown-Séquard a mise en pleine lumière dans des expériences mémorables; et enfin, bien que M. Hayem affirme sa préférence pour le sang complet, il ne nous dissimule pas les difficultés pratiques de la transfusion chez l'homme, et il ne serait pas éloigné de préférer dans certains cas le sérum artificiel au sang défibriné et surtout au sang d'agneau dont il condamne l'emploi. Nous serions très heureux qu'il reprît ces expériences au point de vue de la transfusion du sérum ou de sérosités artificielles, il continuerait ainsi l'histoire de la transfusion par des chapitres dans lesquels il pourrait utiliser grand nombre d'observations dont les plus curieuses ont été faites chez des cholériques en Angleterre et en France dans les dernières épidémies.

Les deux leçons qui terminent ce livre représentent l'étude thérapeutique complète d'un des agents médicamenteux les plus importants et qui était bien choisi pour montrer les applications des procédés réguliers d'examen du sang; en effet, après avoir établi quelle est la distribution du fer dans l'économie, comment il existe dans le sang à l'état de combinaison, l'hémoglobine, M. Hayem entreprend l'étude pharmacodynamique du fer, c'est-à-dire qu'il montre quelles sont les voies d'absorption du fer, les modifications qu'il subit dans l'organisme, et les phénomènes produits chez l'homme sain par l'administration du fer.

C'est en définitive par l'intermédiaire des hématies que le fer joue un rôle des plus importants dans la respiration et la nutrition des tissus; l'élimination du fer est constante et se fait par diverses voies, mais la proportion du fer varie dans les maladies, et la numération des globules, la chromométrie permettent d'apprécier la quantité relative du fer fixé par les hématies; l'on conçoit ainsi comment la *pharmaco-thérapie* du fer peut se déduire de l'étude du sang. Le professeur en donne un exemple par un tableau qui montre les variations qualitatives et quantitatives des éléments du sang dans un cas d'anémie chlorotique soumise au traitement par le protochlorure ferreux; on peut ainsi apprécier graphiquement l'influence de ce médicament. Cette étude pharmaco-thérapique est complétée par l'exposé des indications de la médication par le fer, et la conclusion ultime est des plus encourageantes : « l'action pharmaco-thérapique du fer ne fait jamais défaut, on peut compter sur elle toutes les fois qu'il existe de l'aglobulie; mais tandis que cette action est curative dans les anémies primitives, elle reste palliative dans les anémies secondaires. »

Telles sont les divisions générales de ce livre, qui renferme des documents nombreux et d'une grande importance, ceux-ci seront utilisés et réclament une attention très sérieuse, quelques-uns seront peut-être eux-mêmes soumis à la critique expérimentale.

On aurait dû craindre que la précision de la technique, la multiplicité des détails opératoires ou des observations pussent donner à cette lecture une certaine aridité; il n'en est pas ainsi, le soin et le talent apportés à la rédaction de ces leçons par M. Dreyfus-Brisac ont su rendre attrayantes et claires ces démonstrations, sans rien enlever à l'énergie des affirmations nouvelles et à la vivacité de la critique des anciennes méthodes.

A. Hénocque.

Du traitement des fractures des membres, nouvelle méthode, dispensant du séjour au lit et permettant le transport immédiat, sans douleur, du blessé, au moyen de nouveaux appareils en zinc laminé, par V. Raoult-Deslongchamps, médecin principal de 1re classe, etc. In-8° de 440 pages, avec 54 figures. — J.-B. Baillière et fils, Paris, 1882.

« Dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité » : telle est l'épigraphe de ce livre, consacré à la description des appareils à fracture en zinc laminé, et à l'exposé des observations qui doivent permettre d'en apprécier la valeur. Bien que guidé dans ses premiers essais par quelques dessins du docteur Cambray, son beau-père, M. Raoult-Deslongchamps réclame avec justice l'honneur d'avoir le premier, construit et appliqué ces appareils, et d'en avoir généralisé l'emploi. Après un court historique, où s'exhalent parfois les plaintes de l'inventeur méconnu, notre distingué confrère nous fait connaître le mode de fabrication de ses gouttières; le choix du zinc à employer suivant les membres (nos 10 à 13); le tracé du patron, le découpage du métal, le prix de revient, enfin le poids moyen; toutes questions de haute importance, principalement pour les approvisionnements des ambulances. De l'ouate ou un autre rembourrage, quelques bandelettes, un peu de fil de fer recuit ou de laiton, enfin des lacs à boucle en nombre convenable, complètent l'appareil. Le zinc découpé est, par le chirurgien lui-même, recourbé en gouttière, pour s'accommoder à la forme du membre. Sur toute la longueur de ce dernier sont appliquées des bandelettes de Scultet, largement imprégnées d'eau végéto-minérale. Déposé après la réduction dans la gouttière bien matelassée, le membre fracturé y est fixé par les lacs à boucle, si solidement, qu'il est possible de le mouvoir en totalité, sans souffrance et sans danger de déplacement. Par sa malléabilité, le zinc se moule exactement sur les parties et forme, suivant l'expression de l'auteur, une véritable carapace extérieure, qui remplace le squelette intérieur brisé.

Nous ne pouvons, à notre grand regret, entrer dans les détails de forme, de fabrication, d'application, des appareils destinés aux fractures des membres et même des os de la face. M. Raoult-Deslongchamps rapporte dans son livre 79 observations, presque toutes personnelles. Nous relevons 35 fractures des os de la jambe, simples ou compliquées; 5 fractures de la cuisse; 2 de la rotule; 9 fractures du bras; 4 du coude; 6 de l'un ou des deux os de l'avant-bras; 3 des phalanges, enfin 4 fractures des os du nez. Cette brève énumération montre que les appareils en zinc laminé peuvent être aisément appliqués aux diverses parties, et prouve toute la confiance, en même temps que l'ingéniosité et l'habileté de l'inventeur.

Légèreté relative, facilité de construction, d'application et de surveillance; possibilité de resserrement graduel et d'adaptation exacte aux parties qu'il contient; tels sont pour nous les avantages, considérables, de l'appareil de M. Raoult-Deslongchamps. Dans les mains de l'auteur, avec son habileté manuelle et sa longue pratique, les résultats en ont été excellents. En faut-il conclure cependant qu'il mérite toujours la préférence? Sous ce rapport, nous ne sommes pas pleinement convaincus. Nous admettons volontiers qu'une immobilisation parfaite des fragments atténue les douleurs, facilite le transport des blessés, et autorise jusqu'à un certain point à les dispenser du séjour permanent au lit. Mais, au moins en ce qui concerne les fractures de la cuisse, nous ne pouvons souscrire à une telle pratique. Nous restons, malgré les succès de notre distingué confrère, au nombre des chirurgiens prudents, timorés, si l'on veut, qui, dans les ruptures du fémur, considèrent comme une règle l'immobilisation et l'extension continue. Même avec les appareils en zinc laminé, nous pensons qu'il n'est pas sans inconvénient de faire lever les patients dès les premiers jours.

Il est enfin un léger reproche que nous ferons à M. Raoult-Deslongchamps. Est-il bien sûr que l'absence du cal extérieur, que ce qu'il appelle la réunion par première intention, ne soit pas parfois désavantageuse aux blessés? En attendant que soit complète cette soudure directe des fragments, n'est-ce pas une sécurité pour le membre, que la présence de la virole extérieure qui assure provisoirement sa solidité? Nous n'avons pas fait le relevé exact du moment précis de la consolidation dans toutes les fractures soumises à son appareil, mais la lecture attentive des observations nous a laissé l'impression d'un retard relatif dans la soudure complète des os.

Quoi qu'il en soit, nous devons remercier l'auteur d'avoir, par l'exposé complet et loyal de sa pratique, rappelé l'attention des chirurgiens sur un appareil dont la valeur ne saurait être contestée et qui mérite d'être plus souvent employé.

Dr J. Chauvel.

Index bibliographique.

Leçons cliniques sur le traitement de la pneumonie, par M. J. Picot, professeur de clinique médicale à la Faculté de Bordeaux. — Paris, G. Masson, 1881.

La première leçon est consacrée à l'anatomie pathologique de la pneumonie; puis par la relation des faits mortels observés dans son service, M. Picot s'attache surtout à montrer le rôle capital que les altérations antérieures du cœur jouent dans l'évolution de cette maladie; partant, dès que l'existence d'une affection cardiaque aura été reconnue, c'est de ce côté que doivent converger les efforts de la thérapeutique.

M. Picot passe en revue les principales méthodes de traitement. Adversaire décidé de l'expectation, il met en relief les indications de la saignée et montre tous les dangers de la médication stibiée. Par contre, la digitale peut rendre les plus grands services, à titre d'antifébrile et de tonique du cœur. C'est surtout par leur action stimulante des grandes fonctions que l'alcool et le quinquina méritent d'être journellement employés. Quant aux vésicatoires, ils ne sont utiles qu'à la fin de l'évolution morbide, quand la résolution est tardive ou lente. En résumé, la pratique de M. Picot est celle de la grande majorité des cliniciens contemporains. On trouvera dans ces leçons un exposé fort lucide des principales recherches de thérapeutique qui ont été faites dans ces derniers temps.

Étude comparée du médicament et de la série médicamenteuse. — De la série sédative et excito-motrice. — Le mal des montagnes, par M. le docteur Duboué (de Pau). — G. Masson, 1881.

L'étude comparative des agents thérapeutiques de la série sédative et excito-motrice, c'est-à-dire des médicaments qui, d'une part, calment la sensibilité générale, et d'autre part, provoquent les contractions musculaires, fournit à M. Duboué l'occasion d'une longue et intéressante incursion dans le domaine de la pathologie générale. Cet ouvrage est de ceux qu'on lit avec profit, mais qu'il est impossible d'analyser brièvement. Si l'étude physiologique du mal des montagnes y trouve place, cela tient à ce que cet état morbide est dû, pour M. Duboué, au défaut d'oxygène, agent de de la série excito-motrice.

Des cirrhoses mixtes, par M. Guiter, thèse de Paris. — Delahaye et Lecrosnier, 1882.

Excellent travail, rédigé sous l'inspiration de M. Dieulafoy, où se trouvent réunis tous les documents récents sur les cirrhoses hépatiques. L'auteur montre que les classifications actuellement en faveur chez nous sont souvent en défaut et que les diverses formes de la sclérose hépatique doivent être considérées comme les anneaux d'une même chaîne pathologique. L'auteur n'étudie que les cirrhoses alcooliques dans ce travail, qui est en quelque sorte une revue critique, et partant, ne prête guère à l'analyse.

VARIÉTÉS

Nous nous empressons de reproduire le document suivant que nous recevons à l'instant. Nous avons déjà longuement exposé notre sentiment à ce sujet; il nous paraît donc inutile de motiver davantage notre adhésion à la pétition de MM. les agrégés de médecine.

Lettre de MM. les agrégés a M. le ministre de l'instruction publique. — Droit de suppléance dans l'enseignement.

M. Teissier, agrégé de la Faculté de Lyon, et M. Dieulafoy, agrégé de la Faculté de Paris, ont présenté à M. le ministre de l'instruction publique la pétition suivante signée par tous *les agrégés des Facultés de médecine de France.*

A M. le ministre de l'instruction publique.

Monsieur le Ministre,

Les agrégés de la Faculté de médecine de Lyon ont eu l'honneur de vous adresser une requête par laquelle ils revendiquaient le droit attaché à leurs fonctions de suppléer dans leur enseignement les professeurs absents ou empêchés. Cette requête était motivée par une mesure récente d'autant plus imprévue qu'elle était contraire à tous les précédents, à toutes les traditions, et d'autant plus grave qu'elle portait atteinte à un principe essentiel, celui en vertu duquel les suppléances appartiennent aux agrégés.

C'est ce rôle de suppléants qui leur fournit, en effet, l'occasion d'affirmer leur aptitude pour le professorat, et c'est parce que l'agrégation donne ainsi accès dans l'enseignement des Facultés, qu'elle suscite l'ambition des candidats qui pour y arriver ne craignent pas d'affronter les épreuves d'un concours long et difficile. Or, quelle serait la signification de ce concours, s'il ne devait avoir précisément ce résultat pour les élus?

Persuadés qu'il s'agit là d'une question capitale pour le corps dont ils font partie, les agrégés des diverses Facultés de France s'associent à leurs collègues de la Faculté de Lyon, pour faire appel, Monsieur le Ministre, à votre esprit de justice, avec la confiance qu'ils ne vous adresseront pas en vain leurs légitimes revendications.

Dans cet espoir, ils vous prient d'agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de leur profond respect.

Lyon, 17 mars 1882.

Ont signé:

Pour les agrégés de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon :
Le président : Poncet; le vice-président: J. Teissier; le secrétaire : Duchamp.

Pour les agrégés de la Faculté de médecine de Paris:
Le président: Dieulafoy; le secrétaire: Ch. Richet.

Pour les agrégés de la Faculté de médecine de Montpellier :
Le président: Jacquemet; le vice-président: Hamelin; le secrétaire : A. Mossé.

Pour la Société des agrégés nommés au concours de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux:
Le président: Arnozan; le secrétaire : A. Boursier.

Pour la Société des agrégés nommés au concours de la Faculté de médecine et de pharmacie de Nancy:
Spillmann, Schlagdenhauffen, Garnier.

De la création d'un ministère de la santé publique
(Fin. — Voyez, n° 17).

III

Des hommes de grand mérite m'ont fait l'observation suivante : « Quoi ! vous voulez encore ajouter au nombre de nos employés. Le fonctionnarisme est chez nous une plaie vive et vous allez l'aggraver ! » J'avoue que je suis très sensible à ce côté de la question. Je pourrais répondre tout d'abord que le projet que je défends ne demande pas la création de beaucoup d'employés nouveaux, qu'il conduit seulement à utiliser les forces d'hommes déjà désignés et qui, dans les conditions actuelles, ne trouvent pas l'emploi de leurs facultés. Mais je prends la question de plus haut. La civilisation est une chose fort complexe et qui va se compliquant tous les jours. On peut dire que ses progrès sont exactement mesurés par les besoins nouveaux qu'elle fait surgir et auxquels elle a la mission de satisfaire. Aussi est-elle obligée de multiplier les organes destinés à la servir. Ce qui ne veut pas dire que, d'une façon générale, je ne trouve pas le nombre actuel des employés trop considérable, du moins relativement; je suis persuadé que beaucoup d'administrations pourraient être desservies par un nombre moins grand de fonctionnaires, si, ce qui serait souvent facile à réaliser, on remplaçait les hommes par une plus judicieuse application des connaissances scientifiques. Mais ce sujet m'entraînerait trop loin. Qu'il me suffise d'avoir rappelé qu'à des besoins nouveaux il faut des organes nouveaux, pour que, si on croit à l'influence bienfaisante d'institutions d'hygiène convenablement établies, on n'hésite plus à créer les moyens de la faire fonctionner.

On ne peut demander à un homme d'être universel. On ne peut aussi exiger de lui plus que les forces humaines ne permettent. Et c'est le cas du ministre de l'agriculture qui, dans notre opinion corroborée par les faits, ne peut pas s'occuper d'une manière efficace et compétente des affaires de nature si diverse placées dans ses attributions.

Il applique toutes ses facultés aux sujets où sa compétence est entière et il néglige ceux où il se sent hors de la sphère de ses études spéciales. Cela est dans la nature des choses et l'on pourrait s'étonner qu'il en fût autrement. Aussi les Conseils d'hygiène, qui devraient être la source de tant d'avantages, sont-ils des rouages presque inutiles ou du moins infiniment au-dessous de ce qu'ils étaient destinés à devenir.

Je peux maintenant, après avoir dit ce que serait le ministre, indiquer comment j'entendrais la constitution du nouveau ministère.

On utiliserait ce qui existe sans rien changer aux détails, si ce n'est de leur rendre l'importance qu'ils devraient avoir et qu'ils n'ont jamais eue. Tout ce qui, dans les diverses administrations existantes, est du domaine de l'hygiène publique serait réuni et mis sous la direction d'un *ministre spécial*, qui serait toujours un *biologiste*. Ce ministre aurait près de lui et présiderait un *Conseil supérieur de la santé publique* qui ne serait autre que le « Comité consultatif d'hygiène publique de France » actuellement existant. Au-dessous du conseil supérieur, la *Société de médecine publique et d'hygiène de France* formerait un corps délibérant auquel toutes les questions litigieuses seraient soumises. Après y avoir été discutées et étudiées, elles seraient transmises au conseil supérieur qui déciderait en dernier ressort.

Je n'ai pas la prétention de répondre à toutes les objections qu'on peut me faire. Il en est une cependant dont je veux dire quelques mots, parce qu'elle est la plus dangereuse. C'est celle qui s'est opposée, s'oppose et s'opposera longtemps encore, je le crains, à ce qu'on obtienne la réforme poursuivie. Elle plonge ses racines au plus profond de l'incompétence. C'est celle qui a dicté à des ministres, hommes pourtant de haute valeur et qui méritent la plus vive reconnaissance de tous les amis du progrès, cette phrase que je copie dans un rapport sur la nomination du directeur de l'Assistance à Paris : « M. le ministre de l'intérieur et moi nous » avons pensé qu'une fin de non recevoir insurmontable s'éle- » vait contre la nomination du docteur Thulié à la direction de » l'Assistance publique : *c'est sa qualité de médecin.* »

Ah ! mes chers et naïfs confrères, qui avez pu penser qu'un travail de longues années consacré à connaître les lois qui président à la vie, vous donnerait quelques droits à prétendre diriger ce qui concerne le bien-être physique de vos semblables, empressez-vous d'abandonner des idées aussi peu raisonnables. Cachez votre titre de médecin, dites que c'est par erreur que vous avez obtenu votre diplôme, que vous n'entendez rien à la pathologie, à la physiologie et à toutes ces sortes de choses étranges, et vous pourrez peut-être obtenir qu'on vous permette de diriger une administration uniquement destinée à prévenir la maladie et à combattre ses effets.

Ecoutez M. le ministre : « Le directeur de l'Assistance pu- » blique doit être exclusivement un administrateur. Il ne » faut pas oublier que ce fonctionnaire se trouve placé près » du corps si fortement constitué des médecins des hôpitaux, » ayant à répondre à de fréquentes réclamations et quelque- » quefois à y résister.

» S'il est médecin, le directeur encourra nécessairement » des reproches qui ne peuvent être élevés contre un simple » administrateur. S'il a appartenu lui-même au corps des » médecins des hôpitaux, des soupçons de rivalité surgiront; » si, au contraire (comme c'est le cas du docteur Thulié), » il n'a pas subi les épreuves qui donnent entrée dans ce » corps, on verra se produire des critiques plus blessantes » encore. Dans ces conditions, des conflits naîtront, d'autant » plus intenses que le directeur-médecin aura plus de valeur » personnelle. »

Je le demande : y a-t-il dans cette théorie un seul argument qu'on ne puisse appliquer à quelque profession que ce soit. Heureusement que la logique ne mène pas le monde et qu'on ne pensera pas à transporter partout une pareille façon de raisonner; car nous ne tarderions pas à voir un avocat diriger le ministère de la guerre, un général élu garde des sceaux et, qui sait? peut-être qu'alors un médecin obtiendrait les travaux publics.

Une autre objection provient de personnes d'ailleurs parfaitement convaincues de la nécessité de donner une vie propre aux choses sanitaires, mais qui craignent d'en donner la direction à un ministère soumis aux fluctuations politiques et, par suite, exposé à changer fréquemment de titulaire. Elles redoutent que ces changements ne soient funestes au fonctionnement d'institutions auxquelles l'esprit de suite est absolument nécessaire. Elles pensent qu'une *direction autonome* ferait mieux l'affaire.

Je me permets d'être d'un avis tout opposé : je crois que l'objection repose sur un jugement peut-être un peu étroit. Ne se fait-on pas une idée erronée du pouvoir d'un ministre en pensant que tout est en lui, que tout se fait par lui et que sans lui rien ne marcherait? Cette autocratie n'existe point et ne saurait exister, heureusement.

Le ministre peut assurément beaucoup, mais il doit tenir compte de la tradition qui ne manque pas de s'établir dans son administration. Il peut changer, la tradition reste, et comme on l'a dit souvent, les bureaux sont plus forts que lui. Cela est vrai et il ne faut pas toujours et sans examen regretter qu'il en soit ainsi. Je ne crois donc pas qu'il faille attribuer trop d'importance au ministre : pourtant sa présence est indispensable. En effet, on admettra bien qu'une direction autonome serait toujours dans les attributions d'un ministère quelconque. Car qui la présenterait aux Chambres? qui ferait exécuter ses décisions? Elle serait donc inévitable-

ment placée sur un plan secondaire et soumise, en définitive, aux décisions de pouvoirs incompétents. Dans de pareilles conditions, je ne vois pas la nécessité de changer ce qui existe. Et si l'on m'oppose que, par « direction autonome », on entend une direction ayant toutes les attributions d'un ministère, alors je demanderai : que signifie cette querelle de mots? Ou l'on croit que la création d'un ministère de la santé publique est désirable, ou on n'en est pas convaincu. Si l'on est dans le doute, il faut étudier encore la question et il est sûr qu'on arrivera à se ranger du côté de ses partisans et qu'on n'hésitera plus à demander nettement ce qu'il faut avoir. Encore une fois, il ne s'agit pas d'intérêt privé, il s'agit de l'intérêt le plus impersonnel qui existe, celui de la santé publique.

Comme je l'ai déjà dit, l'ignorance des faits peut seule retarder la création que je demande. Car, si on les connaissait, on ne pourrait, un seul instant, se refuser à faire pour les institutions sanitaires les dépenses qu'on s'empresse de voter pour l'instruction publique. Est-ce que la santé physique n'est pas aussi nécessaire que la santé de l'intelligence? Est-ce que celle-ci peut exister sans celle-là? C'est à peine si on ose reproduire, sous forme d'arguments, des vérités aussi banales et qui, cependant, n'ont pu encore obtenir qu'on agisse pour elles avec la conviction qu'on met à en parler.

J'ai parlé précédemment de division du travail en constatant l'heureuse application qu'on a faite de ce principe en créant le ministère des postes et des télégraphes. Bien que cette réforme soit récente, on peut constater les améliorations considérables qui ont été apportées à ce service au grand bénéfice de la communauté. Il en serait de même et à bref délai pour les institutions d'hygiène, du moment qu'elles seraient placées sous la direction d'un biologiste.

Et qu'on ne l'oublie pas ! une différence énorme sépare les avantages obtenus par une meilleure organisation des choses de l'hygiène, de ceux que peuvent donner les améliorations d'un autre ordre; celles-ci n'ont qu'une influence éloignée sur le bien-être des populations; celles-là se traduisent par la conservation de la vie, en augmentant sa durée, en diminuant les coups de la mort.

Indiquerai-je, en passant, quelques-uns des perfectionnements qui seraient immédiatement ou mis à l'étude ou réalisés si l'autorité sur ces sujets passait aux mains compétentes?

Qui ne sait qu'un des meilleurs moyens d'arriver à réduire la mortalité serait fourni par une bonne statistique des vivants et de leurs décès? Voilà longtemps que ce travail est demandé par les médecins les plus éminents. Croit-on que l'attente se prolongerait si ces hommes pouvaient ordonner au lieu de conseiller?

N'avons-nous pas vu et ne voyons-nous pas encore dépenser des millions pour construire des hôpitaux, des casernes, sans que l'administration ait songé un instant à suivre le conseil des gens spéciaux sur les conditions hygiéniques que devraient remplir les nouveaux bâtiments? Et s'il ne s'agissait que d'argent dépensé ! mais on frémit quand on réfléchit au nombre d'existences précieuses sacrifiées ainsi à la routine et au préjugé administratif.

Pense-t-on que ces abus se perpétueraient si la réforme que je soutiens était exécutée? Assisterait-on plus longtemps au spectacle offert par nos hôpitaux, du mélange dans la même salle des maladies contagieuses avec les maladies ordinaires? ce qui amène chaque année une série de morts qui ne sont rien autres que des homicides dont l'administration est absolument responsable. Et n'est-il pas honteux de nous voir, en France, ainsi arriérés sur une question si simple et que maintes nations étrangères ont résolue depuis bien des années?

Mais à quoi bon multiplier les exemples? Est-ce que tout être pensant peut se refuser à reconnaître la justesse des opinions que je défends? Après tout, qu'est-ce que je demande? de bouleverser l'organisation actuelle? Nullement : je trouve cette organisation très bonne. Elle n'a qu'un défaut, capital, il est vrai, elle ne fonctionne pas et elle ne saurait fonctionner tant que l'impulsion et l'initiative lui manquent.

La théorie ministérielle réduite à sa plus simple expression se résume en ceci que la spécialité des études empêche d'occuper les fonctions qui ne sont que l'application de cette spécialité. De pareilles idées soutenues par des hommes de haute valeur, au nombre desquels se trouvent, dit-on, des médecins, ne peuvent, ainsi que je le disais, devoir leur existence qu'à, je ne veux pas dire l'ignorance, mais du moins, une intelligence bien incomplète des véritables conditions des choses. Je le répète : les gouvernants de nos jours n'ont reçu sur les bancs de l'école aucune notion des lois biologiques : ils ne peuvent, par conséquent, comprendre combien leur façon de raisonner est éloignée de la vérité. Ils croient agir pour le mieux et, en attendant qu'ils s'éclairent, des hommes meurent par milliers, qui pourraient être conservés pour le bien de leur famille et de la patrie.

Valentin Vignard,
Médecin de la commission européenne du Danube, directeur du service sanitaire des bouches du Danube.

On nous permettra de présenter quelques observations au sujet de l'intéressant mémoire que l'on vient de lire. Assurément tout ce que notre distingué correspondant dit de la nécessité, qui s'impose aujourd'hui et s'imposera chaque jour davantage, de l'intervention de l'élément scientifique dans l'administration publique ne peut qu'être approuvé par tous les hommes compétents, surtout par ceux qui ont à cœur de voir partout unir le pouvoir, la volonté et la science. En ce qui touche plus particulièrement la médecine publique, c'est-à-dire l'organisation rationnelle de l'assistance médicale et de la prophylaxie sanitaire, il n'en saurait être autrement, à moins de rester dans cet état d'infériorité que nous avons le regret de voir justement reprocher à notre pays de tous côtés et qui se traduit en particulier par ce fait, que notre mortalité augmente dans des proportions considérables, surtout par les maladies zymotiques qu'il n'est plus permis à une sérieuse administration de la santé publique de ne pas savoir prévenir ; c'est ce dont témoigne sans conteste l'exemple de tous les pays où l'on sait et où l'on peut avec tant de succès, arrêter la propagation des épidémies.

La création d'un ministère de santé publique en France nous permettrait-elle d'obtenir les mêmes bénéfices? Nous en sommes convaincus; mais une direction spéciale comprenant auprès d'un seul ministère tous les services de médecine publique donnerait-elle le même résultat? Il nous paraîtrait difficile de soutenir le contraire; car ce que M. Valentin Vignard désire, après tant d'autres, ce qui a été réclamé notamment par Michel Lévy, Littré, Fauvel, Bouchardat, Vidal, Arnould, Proust, Liouville, Vallin, Colin, etc., etc., c'est l'unité et la compétence dans cette branche si importante de l'administration. Nous ne prétendons pas que quelque jour cette direction ne prenne une activité assez grande pour qu'on en fasse un ministère spécial; mais dans l'état actuel des choses rien ne serait plus dangereux à notre sens que d'élever aussi haut ces prétentions, si légitimes qu'elles soient. Tant qu'un service administratif n'est pas coordonné, organisé sur des bases sérieuses, on ne le sait que trop par les exemples récents, il risque fort d'être détruit au premier bouleversement politique. Ainsi que notre collaborateur M. A. J. Martin le faisait adopter récemment par la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle dans son *Rapport sur la création d'une direction de la santé publique*, ainsi que le montre encore M. le docteur Drouineau (de la Rochelle) dans un livre paru ces jours-ci, sur l'*Organisation départementale de la médecine publique* (G. Masson, éditeur), nous pensons que la création d'un

ministère spécial serait prématurée : nous craindrions, comme M. A.-J. Martin, de voir « ce ministère livré aux convoitises des partis, aux hasards de la vie parlementaire et trop souvent en butte aux luttes de l'opinion ». Ce qu'il importe de posséder, c'est l'organisation elle-même, de quelque nom qu'on la décore, et pour donner enfin à notre législation la puissance d'action qu'elle comporte à ce point de vue, il suffit aujourd'hui d'adopter le plan si intéressant développé dans les deux ouvrages que nous venons de rappeler.

Nous bornons là ces observations, mais nous ne voudrions pas les terminer sans appeler de nouveau l'attention sur l'intérêt du mémoire dont M. Valentin Vignard a bien voulu nous réserver la publication.

BIENFAITEURS DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — M. le docteur Brun, trésorier de l'Association, a reçu les dons suivants :

De MM. les docteurs Ricord, 500 francs; Nivet (de Clermont-Ferrand), 1000 francs; baron Larrey, 100 francs; baron Jules Cloquet, 1000 francs; Krishaber, 200 francs; Henri Roger, 1500 francs; Horteloup, 100 francs; de la famille du docteur Otterbourg, 500 francs; total, 4900 francs.

UN NOUVEL ASILE POUR LA VIEILLESSE. — L'administration de l'Assistance publique vient d'acheter, tout en haut de la côte de Villejuif, dans un des endroits les plus aérés et les plus sains des environs de Paris, de vastes terrains.

Là, elle va faire construire un immense asile-hospice, où seront reçus les vieillards des deux sexes, habitant le département de la Seine depuis cinq ans au moins. Les admissions seront gratuites et l'on ne donnera suite qu'aux demandes des vieillards âgés d'au moins soixante ans.

Attenant à l'hospice, on créera un cimetière spécial à cet établissement. L'hospice pourra contenir trois mille pensionnaires, logés par chambrées. Les travaux de construction commenceront probablement le 25 juin prochain. On estime que les dépenses, défalcation faite du prix du terrain, s'élèveront à près de 3 millions de francs.

Les travaux seront dirigés par M. Maréchal, architecte de la ville de Paris.

CLINIQUE OTOLOGIQUE DE L'INSTITUTION NATIONALE DES SOURDS-MUETS. — Le docteur Ladreit de Lacharrière a commencé ses conférences cliniques sur les maladies de l'oreille, le jeudi 11 mai, à neuf heures du matin, et les continuera les jeudis suivants. — Ces conférences seront au nombre de huit seulement.

— Par arrêté ministériel du 3 mai, M. Rattel, lauréat de la Faculté, a été nommé chef de clinique de la clinique otologique.

LE DOCTEUR GUIARD. — Pour honorer la mémoire du docteur Robert Guiard, médecin aide-major de première classe au 2e zouaves, membre de la mission Flatters, massacré par les Touaregs, le conseil général de la province d'Oran vient de décider que le village d'Aïn-Tolba, à quelques lieues d'Oran, porterait désormais le nom de Guiard.

L'HÔPITAL FRANÇAIS DU TAXIM. — A Constantinople, où l'on compte 70 000 étrangers sur une population de 600 000 âmes, les grandes nations qui y sont représentées, la France, l'Angleterre, l'Allemagne, l'Italie, ont leurs hôpitaux. Malheureusement l'hôpital français, qui est le plus ancien, est aussi le plus délabré et le plus insuffisant de tous. Malgré des agrandissements réalisés vers 1845, et qui furent fort utiles lors de la guerre de Crimée, du choléra de 1866 et de la dernière guerre turco-russe, l'hôpital contient actuellement 55 lits, et recueille annuellement 350 à 400 malades. L'aménagement y est très défectueux; il n'y a pas notamment de local séparé pour les maladies contagieuses. La nécessité d'une reconstruction se fait donc sentir, et l'opinion, paraît-il, s'en émeut vivement à Constantinople.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Un concours pour la place de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de médecine, le jeudi 6 juillet 1882, à huit heures du matin.— Un concours pour la place de chef de clinique obstétricale s'ouvrira à la Faculté, le mercredi 12 juillet 1882, à huit heures du matin.— Sont admis à concourir les docteurs en médecine français, non pourvus du titre d'agrégé, et les étudiants ayant subi les cinq premiers examens de doctorat. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine trois jours avant l'ouverture de chaque concours. Ils auront à produire un acte de naissance dûment légalisé; le diplôme de docteur en médecine ou un certificat constatant qu'ils ont soutenu les cinq examens pour le doctorat.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de M. le docteur A. M. Cahours, médecin inspecteur des eaux d'Evian et chevalier de la Légion d'honneur, décédé inopinément à Londres le 19 avril, dans sa cinquante et unième année.

MORTALITÉ A PARIS (18e semaine, du vendredi 28 avril au jeudi 4 mai 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1177, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 37. — Variole, 25. — Rougeole, 38. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 1. — Diphthérie, croup, 52. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 10. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 61.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 219. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 67. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 57. — Bronchite aiguë, 32. — Pneumonie, 93. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 41; au sein et mixte, 28; inconnu, 7.— Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 81; de l'appareil circulatoire, 72; de l'appareil respiratoire, 94; de l'appareil digestif, 60; de l'appareil génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 9; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 9.

Conclusions de la 18e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1144 naissances et 1177 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1337, 1208, 1300, 1341. Le chiffre de 1177 décès relevé dans le bulletin de ce jour est donc inférieur à chacun des chiffres des quatre dernières semaines. La comparaison avec la 17e semaine des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir : une atténuation pour la fièvre typhoïde (37 décès au lieu de 44 pendant la 17e semaine), la diphthérie (52 au lieu de 69), la coqueluche (1 au lieu de 5), l'érysipèle (6 au lieu de 15), l'infection puerpérale (10 au lieu de 11); une aggravation pour la variole (25 au lieu de 19), la rougeole (38 au lieu de 37), la scarlatine (4 au lieu de 3).

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Feuilles d'autopsie pour l'étude des localisations cérébrales (hospice de la Salpêtrière, M. le professeur Charcot), par M. le docteur Paul Richer, 2e édition, avec 16 figures. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 75 c.

Études médicales faites à la Maison municipale de santé (Maison Dubois), par M. le docteur Lecorché et M. Talamon. 1 vol. in-8, avec 10 figures intercalées dans le texte et 4 planches en chromolithographie. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 12 fr.

Clinique d'accouchements. Leçons faites à l'hôpital des cliniques par M. le docteur G. Chantreuil, recueillies et publiées par M. le docteur Lordereau In-8 avec 24 figures intercalées dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Contribution au traitement de la pleurésie purulente. Indications et contre-indications de la pleurotomie; opération de l'empyème par l'incision intercostale, par M. le docteur Robert. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — N° 20 — 19 MAI 1882

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 18 mai 1882.

ÉTUDE SUR QUELQUES TROUBLES DE LA MALADIE DE BRIGHT. DU CHLOROFORME AU POINT DE VUE PHARMACEUTIQUE.

Étude sur quelques troubles de la maladie de Bright.

1° DE LA POLLAKIURIE BRIGHTIQUE

Au nombre des troubles urinaires qu'on rencontre dans la maladie de Bright, il en est un sur lequel je désire plus spécialement attirer l'attention ; ce trouble urinaire est constitué par une fréquence parfois excessive des mictions. On voit des gens atteints de néphrite chronique qui urinent jusqu'à dix et douze fois par nuit ce qui est une cause d'insomnie ; j'en ai observé qui urinaient quinze et vingt fois par vingt-quatre heures, et j'ai eu dans mon service deux femmes chez lesquelles les envies d'uriner se reproduisaient à chaque instant.

Je m'empresse de faire remarquer que cette fréquence extrême de la miction n'est pas due à une abondance exagérée des urines. Il y a des maladies, la glycosurie par exemple, et le diabète insipide, où les malades urinent souvent, parce qu'ils sécrètent une très grande quantité d'urine ; il y a également des cas dans la maladie de Bright où la sécrétion urinaire est assez notablement accrue pour motiver des mictions assez fréquentes ; mais je laisse ces cas de côté et je ne m'occupe que des observations où la fréquence des mictions est indépendante de la sécrétion urinaire et coïncide tantôt avec des urines abondantes, tantôt avec des urines qui descendent fort au-dessous de la moyenne, et qui n'atteignent même que quelques centaines de grammes en vingt-quatre heures.

Il y a donc dans la maladie de Bright deux troubles urinaires distincts et indépendants ; l'un, dont je n'ai pas à m'occuper ici, est un trouble de sécrétion, la polyurie ; l'autre, que je vais essayer de mettre en relief, est caractérisé par des envies fréquentes d'uriner.

Bien que ces troubles urinaires aient été parfaitement dissociés par la plupart des auteurs contemporains, Jaccoud (*Traité de pathologie interne*, t. II, p. 417), Lecorché (*Traité des maladies des reins*, p. 387), Rosenstein (*Traité des maladies des reins*, traduction de MM. Bottentuit et Labadie-Lagrave, Paris, 1874), on les confond encore trop souvent et on les englobe habituellement sous la dénomination de polyurie, ce qui est mauvais puisque la polyurie ne s'adresse qu'à un trouble de sécrétion. La confusion vient de ce que nous n'avons qu'un seul mot, la polyurie, pour désigner ces différents symptômes. Or la fréquence des mictions constitue, je le répète, un symptôme indépendant, ayant sa valeur et son importance ; il est donc nécessaire de lui donner un nom qui assure son autonomie et je propose la dénomination de *pollakiurie* (de πολλάκις, souvent). La polyurie servira donc à désigner l'abondance de la sécrétion, et la pollakiurie sera réservée à la fréquence des mictions.

La pollakiurie brightique peut être *précoce* ou *tardive;* dans quelques cas elle est *douloureuse;* étudions ces différentes variétés.

a. — La pollakiurie précoce est celle qui accompagne les premiers symptômes du mal de Bright; elle est associée ou non aux épistaxis, à la céphalalgie, à l'albuminurie, aux accès d'oppression, à la polyurie, aux crampes douloureuses, aux battements de cœur, à l'apparition des œdèmes, aux troubles de l'ouïe et de la vue; autant de symptômes qui peuvent apparaître isolés ou associés, à une époque quelconque de l'évolution brightique.

Voici une *observation* de pollakiurie précoce : M. V...., âgé de vingt-huit ans, se plaint de violentes céphalalgies; depuis deux mois il y a de légères épistaxis, le matin en se levant il mouche une petite quantité de sang. Il a remarqué que depuis plusieurs semaines il est pris de fréquentes envies d'uriner, bien que la quantité des urines ne soit pas accrue; il se lève quatre et cinq fois par nuit, lui à qui cela n'arrivait jamais. En cherchant bien dans ses souvenirs il se rappelle avoir traversé une phase analogue il y a deux ans. A cette époque il avait eu également de petites épistaxis et de la pollakiurie. En reconstituant son observation, on finit par se convaincre que sa maladie remonte au moins à deux ans. Depuis cette époque il a eu par intervalle des douleurs lombaires qu'il prenait pour du lumbago, des céphalalgies qu'il appelait des migraines, des troubles auditifs passagers, des accès d'oppression qu'on avait pris pour de l'asthme;

mais comme ces symptômes avaient peu de durée et peu d'intensité il ne s'en était pas autrement préoccupé. Ce qui le gêne le plus actuellement, c'est la pollakiurie ; il n'a pas de polyurie et l'urine ne contient que 30 centigrammes d'albumine par litre.

Dans quelques cas la pollakiurie précoce apparaît comme un symptôme isolé, comme un signe avant-coureur de la maladie de Bright; cependant en cherchant bien, on finit par grouper autour de ce symptôme d'autres symptômes parfois très peu accusés, mais qui suffisent pour permettre d'affirmer un début de la maladie de Bright. Voici une observation où ce genre de pollakiurie est bien mis en évidence :

Mme D..., âgée de cinquante-deux ans, se plaint depuis six mois d'envies fréquentes d'uriner; par moments, les mictions deviennent si fréquentes, la nuit surtout, que Mme D... se lève huit et dix fois pour uriner, et chaque fois en très petite quantité. La totalité des urines recueillies en vingt-quatre heures ne dépasse pas 1200 grammes. Il y a donc pollakiurie sans polyurie. L'analyse des urines que je donnerai plus en détail ne décèle que quelques traces d'albumine.

Le symptôme pollakiurie est tellement dominant qu'il apparaît comme le signe unique d'une maladie de Bright commençante. Mais, en interrogeant avec soin la malade, on voit qu'elle a eu à plusieurs reprises des bourdonnements d'oreilles, et l'ouïe du côté gauche est notablement affaiblie. Elle a eu de légères épistaxis, des crampes dans les jambes et de fréquentes démangeaisons du bras et de la main gauche. A l'auscultation du cœur on trouve un léger bruit de galop.

Voici deux analyses des urines faites à neuf mois de distance par M. Yvon :

	ANALYSE DU 6 AOUT	ANALYSE DU 31 MAI
Aspect :	Transparent.	Léger nuage qui tombe au fond du vase.
Réaction :	Peu acide	Peu acide.
Densité :	1020	1019.
Urée :	24,36	17,67.
Sucre :	0	0.
Albumine :	Traces indosables	18 centigrammes par litre.

b. *Pollakiurie tardive.* — Dans certains cas la pollakiurie apparaît non plus au début de la maladie de Bright, mais à une époque plus ou moins éloignée du début ; en voici une observation :

Mme G..... a été atteinte, au mois de décembre 1879, d'une scarlatine grave accompagnée de néphrite et d'albuminurie. M. le docteur Weber, qui a soigné Mme G..... pendant sa fièvre scarlatine, à Amélie-les-Bains, a plusieurs fois pratiqué le dosage de l'albumine, et a eu l'extrême obligeance de me faire parvenir en détail la première partie de cette observation.

Après une période aiguë, caractérisée par l'anasarque, l'albuminurie, les accès d'oppression, etc., Mme G..... éprouve une notable amélioration, et pendant trois mois elle voyage, se croyant complètement guérie. Mais bientôt, à la poussée aiguë du début succède une phase chronique à marche insidieuse et latente. Arrivée à Paris au mois de mars, Mme G..... est prise d'envies si fréquentes d'uriner qu'elle se lève la nuit douze et quinze fois, ce qui provoque une véritable insomnie. La sécrétion urinaire est au-dessous de la moyenne.

La malade se plaint de vives douleurs dans la région lombaire gauche, d'engourdissement et de fourmillements au bout des doigts, de nausées, de céphalalgie. Pendant deux jours, je constate un œdème *localisé* au pied, à la jambe et à la région lombaire du côté gauche.

L'analyse des urines faite par M. Yvon donne le résultat suivant :

Aspect : trouble.
Réaction : très acide.
Densité : 1028.
Urée : 21,66.
Sucre : 0.
Albumine : traces.

Le régime lacté est très mal toléré, la malade prend à peine 1 litre de lait par jour ; le nombre des mictions est toujours très élevé et la sécrétion urinaire est abaissée au point qu'il n'y a pas un demi-litre d'urine en vingt-quatre heures.

Sur ces entrefaites éclatent des accidents nerveux fort graves : la sécrétion urinaire est complètement supprimée, la céphalalgie est violente et accompagnée de somnolence et de torpeur.

Je n'insiste pas sur les autres particularités de cette observation, je voulais seulement mettre en évidence le symptôme pollakiurie et faire voir qu'il a coïncidé dans ce cas avec un abaissement graduel des urines.

c. *Pollakiurie douloureuse.* — Chez certains malades, principalement chez la femme, la pollakiurie est douloureuse. Deux des malades de mon service ont présenté cette particularité. L'une, qui a succombé aux progrès de sa maladie, était à la fois phthisique et brightique ; l'autopsie a révélé les lésions d'une néphrite mixte ; l'autre est actuellement en observation. Chez ces malades, la pollakiurie était excessive ; les envies d'uriner se succédaient coup sur coup un grand nombre de fois, et ce symptôme s'était produit dès les premières périodes de la néphrite. La quantité d'urine rendue à chaque miction était fort minime, une cuillerée tout au plus, et à chaque miction la douleur survenait, non pas au moment de l'émission de l'urine, mais aussitôt la miction terminée. Cette douleur était très vive et avait tous les caractères d'un spasme ; c'était probablement un ténesme douloureux du col de la vessie, un état spasmodique du sphincter. La douleur se prolongeait généralement quelques minutes et reparaissait après chacune des mictions suivantes.

Les quelques observations dont je viens de donner le résumé prouvent que la polyurie et la pollakiurie sont des troubles urinaires indépendants : l'un, la polyurie, est un trouble de sécrétion et regarde le rein ; l'autre, la pollakiurie, est un trouble d'excrétion et regarde la vessie. Il est même remarquable que, dans bon nombre de cas, le trouble d'excrétion *précède* le trouble de sécrétion, et les envies fréquentes d'uriner peuvent apparaître longtemps avant l'exagération de la quantité des urines.

La pollakiurie est due à une excitabilité exagérée de la muqueuse vésicale ou du plan musculaire de la vessie. Quand les muscles du corps de la vessie sont seuls en cause, la pollakiurie se présente, précoce ou tardive, avec des envies plus ou moins fréquentes et plus ou moins impérieuses d'uriner ; quand le sphincter vésical est atteint, l'émission de l'urine est souvent suivie de spasme plus ou moins prolongé qui rend la pollakiurie douloureuse.

Quant à savoir quelle est la cause qui agit ainsi sur l'appa-

reil excréteur de l'urine, dans une maladie où l'appareil sécréteur semble seul atteint, c'est là une réponse que je ne saurais faire. Faut-il incriminer les modifications qui surviennent dans la composition de l'urine? Je ne le pense pas, car le symptôme pollakiurie survient souvent au début de la maladie, alors que l'examen des urines ne décèle rien d'anormal. Faut-il invoquer une action réflexe qui, partie du rein, aboutirait à la vessie? C'est possible, mais rien ne le prouve, et du reste les symptômes vésicaux apparaissent souvent à une époque où les lésions du rein sont encore bien peu apparentes.

Du reste, cette indécision que nous éprouvons à expliquer les troubles vésicaux de la maladie de Bright ne doit pas nous surprendre; car la même indécision, la même difficulté règne à propos des troubles des autres organes, qu'il s'agisse du cœur, du foie ou des œdèmes. Mais bien que la pathogénie soit encore loin d'être élucidée, l'étude clinique n'en est pas moins intéressante, et le diagnostic peut y trouver quelques renseignements. En effet, en face d'un malade atteint de pollakiurie et chez lequel on ne trouve aucune des lésions habituelles qui provoquent les envies fréquentes d'uriner (calcul, cystite, hypertrophie de la prostate, tuberculisation prostato-vésicale) (Guyon), on doit penser à un début possible de mal de Bright. Et en interrogeant avec soin le malade, il est rare qu'à côté de ce symptôme on n'en puisse placer d'autres, seraient-ils à l'état d'ébauche, mais suffisants pour affirmer le diagnostic.

2° Démangeaisons chez les brightiques

Je vais actuellement étudier un autre symptôme de la maladie de Bright; celui-ci est à peine signalé par les auteurs, plusieurs ne le mentionnent même pas, ce qui a lieu de surprendre, car ce symptôme m'a paru exister fréquemment, surtout chez les femmes. Je veux parler des *démangeaisons*.

Je classerai ces démangeaisons en trois variétés, car elles présentent quelques caractères différents ainsi qu'on va le voir.

Dans une première variété, les malades accusent des démangeaisons qui ne diffèrent pas du prurit ordinaire. Ils éprouvent des démangeaisons plus ou moins violentes sur différentes parties du corps; ce prurit acquiert parfois une telle intensité qu'il prive les malades de tout repos; les malades racontent « qu'ils se grattent jusqu'au sang, qu'ils se grattent jusqu'à s'enlever la peau ». M. Labadie-Lagrave, dans l'article Rein du *Dictionnaire* parle de faits analogues observés par M. Peter. J'en ai recueilli plusieurs observations dont voici les traits principaux :

Chez une malade atteinte de néphrite probablement parenchymateuse, et actuellement envahie par les œdèmes, les démangeaisons ont apparu, il y a un an, comme symptôme initial. Le prurit était tel qu'au risque d'être inconvenante, Mme X..... se détournait et se grattait les jambes malgré les observations fréquentes à tout propos qu'on lui faisait dans sa famille. Les démangeaisons reparaissaient par instants pendant une période de plusieurs semaines, depuis cette époque elles ont disparu.

Une des malades de mon service, domestique, a été prise de démangeaisons dès les premières atteintes de la maladie de Bright. Chez elle, le prurit occupait surtout l'épaule et le bras gauche, et le besoin de se gratter était si impérieux que, étant en train de servir à table, il lui est souvent arrivé de se dérober un instant pour aller se gratter. Ces démangeaisons, fort tenaces, ont duré pendant six mois, elles reparaissent encore par moments, mais beaucoup moins vives.

La cause de ce prurit me paraît inconnue; la peau ne présente aucune trace d'éruption, il n'y a ni anesthésie ni hyperesthésie. Rosenstein, qui signale le symptôme, le met sur le compte de l'urémie. Cette explication est bien insuffisante et ne fait qu'éloigner le problème sans le résoudre. On a supposé que l'excrétion de l'urée par la peau était la cause du prurit brightique; c'est possible, mais j'ai assisté à de véritables sueurs d'urée sans démangeaisons.

Dans une autre variété, il ne s'agit plus de prurit intense, la démangeaison revêtet une forme particulière que les malades expliquent en se servant de comparaisons identiques. Je donnais des soins l'an dernier à une dame d'origine havanaise atteinte de mal de Bright, et plusieurs fois elle avait demandé, devant moi, aux personnes de sa famille qui l'entouraient, de rechercher des cheveux qui devaient être tombés sur le cou et sur la poitrine et qui lui occasionnaient des démangeaisons insupportables. Souvent on avait recherché le cheveu, cause supposée de ce chatouillement, et jamais on ne l'avait trouvé. Pendant plusieurs jours et à plusieurs reprises j'ai été témoin de cette sensation de démangeaison dont se plaignait la malade.

Une femme qui est actuellement dans mon service, et qui est atteinte depuis trois ans de maladie de Bright, m'a raconté des faits identiques. A plusieurs reprises elle a eu la sensation *du cheveu* et des chatouillements au cou et à la poitrine. Elle raconte qu'il lui est arrivé souvent d'ouvrir son corsage et sa chemise et de rechercher ce cheveu qui lui occasionnait de si désagréables démangeaisons. Mais le cheveu n'existait pas.

Une autre malade de mon service, dont j'ai déjà parlé, et dont l'autopsie a été faite récemment, avait éprouvé les mêmes sensations et nous racontait, sans même que nous lui ayons posé la question, qu'elle avait eu à plusieurs reprises entre les épaules la sensation de démangeaisons tenaces qu'elle comparait au chatouillement provoqué par un *cheveu*. Elle aussi s'était plusieurs fois déshabillé pour rechercher le cheveu qui n'existait pas.

Une troisième variété de démangeaisons est celle que les malades comparent à la sensation de chatouillement provoqué par un insecte, aux fourmillements de la fourmi. La fourmi est souvent prise comme terme de comparaison.

Les malades racontent qu'ils ont plusieurs fois enlevé leurs bas croyant y trouver une fourmi. Une femme qui portait des bas brodés à jour les avait abandonnés pour prendre des bas plus épais, croyant que les premiers laissaient passer des insectes ou des fourmis.

Telles sont les différentes variétés de *démangeaisons* qu'on observe dans le mal de Bright; elles m'ont paru plus fréquentes chez la femme que chez l'homme; elles apparaissent à toutes les périodes de la maladie, plus souvent peut-être dans les premières phases, parfois même elles se présentent comme symptôme de début; associées à d'autres symptômes, elles peuvent servir comme élément de diagnostic.

3° Sensation du doigt mort

Le symptôme dont je vais maintenant m'occuper n'a été, je crois, signalé par aucun auteur; c'est la sensation du *doigt mort*, sensation analogue à celle qu'on éprouve quand on a plongé les doigts dans la neige ou quand on a exposé ses mains à un froid vif.

Les malades accusent des fourmillements, des sensations douloureuses, sensation de crampe dans les doigts; et parfois l'extrémité des doigts devient *exsangue, pâle, insensible*. Cet état dure quelques minutes, un quart d'heure, une demi-heure et revient par accès.

Ce symptôme atteint les doigts des mains et rarement les orteils; il se localise tantôt dans un doigt, tantôt dans un autre; parfois il y a symétrie; rarement tous les doigts de la main sont atteints.

Les fourmillements des doigts, accompagnés ou non de la sensation du doigt mort, appartiennent à toutes les époques de la maladie de Bright; je les ai notés comme symptôme du début, alors que les autres troubles étaient encore nuls ou peu accusés. Ce signe a donc une importance réelle au point de vue du diagnostic de la maladie au début. J'ai recueilli un certain nombre d'observations ayant trait à ce symtôme, elles sont consignées dans la thèse d'un de mes élèves, M. le docteur Alibert (*Des néphrites*. Paris, 1880). Je me demande si on ne pourrait pas rapprocher de ces faits un cas, d'asphyxie des extrémités observé par M. Debove dans le cours d'un mal de Bright.

Réflexions. — L'étude des symptômes que je viens d'exposer n'est pas seulement un travail de séméiotique, il a un autre but. Depuis longtemps mon attention a été appelée sur les différents modes d'évolution de la maladie de Bright. A part quelques exceptions où l'origine et le début de la maladie sont nettement indiqués, dans la scarlatine par exemple, et dans certaines néphrites épithéliales aiguës, à part ces exceptions, il m'a semblé que dans un grand nombre de cas la maladie de Bright a un début dont il est bien difficile de préciser l'époque et une origine dont la pathogénie est encore entourée d'obscurité.

En 1827, a l'époque où Bright écrivit son mémoire, il fallut tout son grand talent d'observation pour créer l'entité morbide qui porte son nom. Cette entité était basée cliniquement sur la présence d'œdèmes accompagnés d'urines coagulables. Mais ces grands symptômes sont souvent tardifs et ne surviennent qu'à une époque plus ou moins éloignée d'un début insidieux. Plusieurs fois j'ai acquis la conviction que des cas qu'on avait regardés comme des néphrites à début brusque et à marche rapide, *n'étaient que des néphrites à évolution lente dans le cours desquelles était survenu un épisode aigu*. Un individu jusque-là bien portant, ou du moins qui se considérait comme tel, vient nous trouver pour des troubles qui datent de quelques jours ou de quelques semaines. Il a été pris de douleurs lombaires, il a eu des accès d'oppression, sa face est actuellement bouffie, ses pieds sont légèrement œdématiés et les urines contiennent une certaine proportion d'albumine. Il semble au premier abord que ce soit là un cas de néphrite aiguë datant de quelques semaines; mais si on poursuit l'enquête dans ses minutieux détails, si on recherche les *symptômes qui ont précédé cet épisode aigu*, on apprend que depuis un an le malade avait des céphalées qu'il qualifiait de migraine, depuis deux ans déjà et à plusieurs reprises il avait eu de la pollakiurie et des palpitations, il mouchait du sang le matin au réveil; à diverses reprises il s'était aperçu de bourdonnements d'oreilles et d'affaiblissement de l'ouïe, de démangeaisons, et, au moyen de ces symptômes en apparence insignifiants et qui étaient pour ainsi dire passés inaperçus, on arrive parfois à reconstituer la maladie qui évoluait lentement depuis plusieurs années, au moment où les grands symptômes ont fait leur apparition.

Nous n'en sommes plus par conséquent à attendre les œdèmes et l'albuminurie pour faire le diagnostic de la maladie de Bright. Les œdèmes dans certaines néphrites sont lents à apparaître, et l'albuminurie peut faire défaut pendant longtemps, ou disparaître par intermittences, sans toutefois que ces deux grands symptômes aient rien perdu de leur valeur. Aussi pour arriver au diagnostic et pour dépister la maladie, alors qu'on manque de ces éléments essentiels, on ne saurait trop rechercher les autres symptômes. Dans un cas douteux, tel bruit de galop (Potain) enlève toute incertitude au diagnostic. En étudiant il y a quelques années les *troubles auditifs* du mal de Bright, j'ai essayé d'apporter un faible tribut à la description de la maladie qui nous occupe. C'est dans ce but que je viens d'esquisser l'histoire de trois autres symptômes qui m'ont paru intéressants.

Peut-être en ressortira-t-il plus tard un intérêt tout pratique, car le traitement aura d'autant plus d'efficacité qu'il sera fait à une époque plus rapprochée du début.

DIEULAFOY.

Du chloroforme au point de vue pharmaceutique.

Vers la fin de l'année dernière, un pharmacien de Paris proposait un nouveau mode d'essai du chloroforme au moyen du permanganate de potasse en solution alcaline. Si l'on s'en rapportait exclusivement à ce procédé, tous les chloroformes du commerce actuel, et même celui de la pharmacie centrale des hôpitaux, seraient impurs et d'un emploi dangereux.

Cette affirmation produisit un grand émoi dans le corps médico-pharmaceutique; la Société de pharmacie nomma immédiatement une commission pour l'examen de la question soulevée. Sur ces entrefaites, un chirurgien des hôpitaux n'hésita pas, devant la Société de chirurgie, à renchérir sur l'opinion du pharmacien et à condamner les chloroformes passés et présents en leur attribuant la plus grande part dans les cas de mort survenus pendant les opérations chirurgicales.

L'accusation était grave et bouleversait absolument toutes les consciences; aussi, depuis cette époque, la question de la nocuité du chloroforme a-t-elle été constamment à l'ordre du jour dans les Sociétés savantes et dans la presse. Aujourd'hui l'on peut dire que, au point de vue médical, le débat est à peu près épuisé, et que, au point de vue pharmaceutique, il y a eu beaucoup de bruit pour rien. Les expériences et les polémiques n'ont amené que des résultats négatifs. M. le professeur J. Regnauld a prouvé que le prétendu réactif, connu d'ailleurs depuis longtemps, était infidèle et insuffisant et que, à Bruxelles, il avait été rejeté par les chimistes.

Ainsi donc, si, comme cela eût mieux valu, le débat avait été porté devant les chimistes et les pharmaciens avant de l'être devant le corps médical, il n'y aurait pas eu cette année de *question du chloroforme*. Tout bien considéré, c'eût été regrettable; car on eût été privé d'une instructive discussion académique et d'un travail important dont je ferai une courte analyse tout à l'heure.

Pour le moment, la purification du chloroforme reste ce qu'elle était auparavant; et s'il m'était permis de joindre mon observation personnelle à celle des hommes éminents qui ont traité ce sujet, je dirais qu'ayant été chargé par la commission ministérielle du Codex de rédiger l'article CHLOROFORME et d'en donner les préparations, j'ai pris pour point de départ le chloroforme que livre le commerce pour l'amener à l'état de pureté, au lieu de donner sa préparation au moyen du chlorure de chaux et de l'alcool comme dans le dernier Codex.

Il m'a semblé impossible d'exiger d'un pharmacien de ville, une préparation qui réclame une grande usine et des appareils spéciaux. Au contraire, rien ne lui sera plus facile que de rectifier dans son laboratoire le chloroforme qui n'est pas inflammable. Cette purification consiste en de simples distillations successives après divers traitements dont les agents sont : l'eau, l'acide sulfurique; la soude ou lessive de savonniers, l'huile et le chlorure de calcium desséché. Dans l'état de nos connaissances, nous ne voyons pas ce que l'on pourrait reprocher à un produit ainsi purifié. Il ne reste plus au pharmacien que le soin de sa conservation, c'est-à-dire l'emploi de flacons *noirs* bouchés à l'émeri et de petite capacité, pour que le chloroforme ne reste pas longtemps en vidange. Le chloroforme se volatilisant facilement et bouillant à 61 degrés, il doit toujours être placé dans un endroit frais, et à l'abri de la lumière si l'on n'a pas de flacons noirs.

J'arrive au mémoire que MM. les professeurs Lasègue et Regnauld viennent de publier dans les *Archives de médecine* et qui est intitulé : *Du chloroforme en dehors de l'inhalation*, c'est-à-dire de son emploi à l'intérieur et à l'extérieur.

I. A l'*intérieur*, les deux auteurs n'admettent, avec raison, qu'une seule préparation : c'est l'eau distillée saturée de chloroforme pur.

Quand on met en contact, dans un flacon bouché à l'émeri, de l'eau et du chloroforme et que l'on agite de temps en temps, on trouve que 1 kilogramme d'eau s'est chargé de 9 grammes de chloroforme (afin d'aider la mémoire, mettons environ 1 pour 100). C'est cette eau que MM. Lasègue et Regnauld voudraient voir devenir officinale et d'un emploi aussi fréquent que l'eau de fleurs d'oranger, de menthe et de laurier-cerise. Que dis-je? Ils considèrent une potion composée de sirop de morphine et d'eau chloroformée comme bien supérieure au *julep calmant*.

Voici comment nous proposerions de formuler cette potion :

R. Sirop de morphine.........	40	grammes.
Eau chloroformée saturée...	110	—

Faire prendre par cuillerées à bouche à intervalles plus ou moins rapprochés suivant les cas.

Le sirop de morphine contenant 0gr,05 pour 100 de chlorhydrate de morphine, la potion renferme donc avec 1 gramme de chloroforme, 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine: Comme elle a le volume de dix cuillerées à bouche (à 15 grammes par cuillerée), cela fait pour chacune 2 milligrammes de chlorhydrate de morphine et 10 centigrammes de chloroforme.

MM. Lasègue et Regnauld assurent, dans leur note, que l'eau chloroformée combat victorieusement les malaises multiples qui peuvent survenir au cours de la digestion. Dans leur opinion, elle répète à l'intérieur de l'estomac les effets sédatifs qu'elle produit dans la bouche et elle suffit à toutes les nécessités de la médecine intérieure par le chloroforme. De fait, elle est de beaucoup préférable à toutes les préparations préconisées jusqu'à ce jour, sirops, vins ou eaux dans lesquels il entre généralement de l'alcool, agent nuisible ou tout au moins inutile en cette occasion.

Un fait très important découvert par ces deux savants et qui importe beaucoup pour la vulgarisation de l'eau chloroformée, c'est que ce mélange ne subit aucune modification en présence des sels fréquemment employés en médecine : chlorate de potasse, borate, bicarbonate, salicylate de soude, etc. Rien ne sera donc plus simple que de prescrire des solutions de ces sels dans l'eau chloroformée (1).

Si, dans certains cas, de hautes doses de chloroforme étaient jugées nécessaires à l'intérieur, et que l'eau chloroformée parut être un obstacle à cause de l'énorme quantité de liquide à ingérer, ils conseillent de recourir à la potion huileuse émulsionnée de Dannecy. L'union intime du chloroforme avec l'huile atténue considérablement l'action de ce corps sur les parois du tube digestif et permet ainsi l'ingestion de doses assez élevées de chloroforme. Cette grande affinité se démontre clairement par les deux expériences suivantes : 1° quand on agite de l'huile avec de l'eau chloroformée, l'huile s'empare de tout le chloroforme contenu dans l'eau; 2° si l'on jette une potion huileuse chloroformée sur un filtre préalablement mouillé, le liquide aqueux qui s'écoule ne manifeste ni l'odeur ni la saveur du chloroforme; l'huile l'a complètement retenu.

La potion dont nous parlons mérite donc de ne pas tomber dans l'oubli et, pour la commodité de nos lecteurs, je la rappellerai :

R. Huile d'amandes douces.	30	grammes.
Chloroforme...........	10	—
Sirop de gomme........	30	—
Eau..................	100	—
Gomme en poudre......	10	grammes pour émulsionner.

II. Pour l'emploi du chloroforme à l'*extérieur*, MM. Lasègue et Regnauld conseillent l'huile chloroformée à dose variable, depuis le quart jusqu'au dixième, suivant l'effet à produire.

Pour obtenir une irritation rapide, une rubéfaction, le meilleur moyen consiste en une compresse trempée dans de l'eau chaude, exprimée et arrosée de chloroforme; on la recouvre d'un tissu imperméable après l'avoir appliquée sur la peau.

Si, au lieu de compresse, on se sert d'un cataplasme de farine de lin très chaud, alors, par la macération de l'épiderme et par l'élévation de la température, la révulsion causée par le chloroforme atteint ses dernières limites. C'est à ce dernier moyen que nos auteurs se sont arrêtés, parce qu'il satisfaisait en tout point à la loi que leurs faits cliniques leur ont permis de formuler ainsi : Plus on s'élève dans l'échelle ascendante de la douleur, plus le remède acquiert de l'efficacité ; mais l'action doit être instantanée, courte et répétée. Plus elle est graduelle et croissante, moins l'agent a de valeur thérapeutique. L'action ne doit pas être prolongée, parce qu'il faut arriver à la douleur avec le minimum d'irritation cutanée. Le chloroforme révulsif rubéfiant doit être usité seul, il n'a ni adjuvants ni auxiliaires utiles.

Cette méthode n'exclue cependant pas les pommades calmantes où le chloroforme est associé à des narcotiques actifs : les auteurs croient que le chloroforme, tout en agissant pour son compte, facilite alors l'absorption du narcotique. Dans ce dernier cas, les frictions doivent être souvent répétées; et afin de ménager la peau, il est bon de les faire avec un tampon de ouate.

MM. Lasègue et Regnauld n'ont publié aucune formule, laissant les médecins libres de varier les doses suivant le résultat à obtenir. Je me permettrai d'en proposer une dont

(1) Je me suis demandé si l'eau chloroformée se conserverait assez longtemps pour devenir médicament officinal. Depuis un mois environ, j'ai une préparation en surveillance et je n'ai pas encore remarqué d'altération sensible ; s'il en survenait une je m'empresserai de la signaler.

j'ai pu souvent constater les salutaires effets, et dont la préparation pharmaceutique n'est pas commune :

R.	Axonge...............	40 grammes.
	Cire blanche..........	4 —
	Chloroforme..........	10 —
	Sulfate d'atropine.......	10 centigrammes.
ou	Chlorhydrate de morphine	10 —

ou encore les deux sels réunis.

Pesez le chloroforme dans un flacon à large ouverture, dissolvez les sels dans la plus petite quantité d'eau possible, introduisez cette solution dans le flacon maintenu bien bouché. D'autre part, faites fondre dans une capsule la cire avec la moitié de l'axonge, ajoutez la seconde moitié au mélange qui, refroidi par cette addition, conserve néanmoins l'état liquide. Coulez-le dans le flacon que vous bouchez rapidement et agitez violemment sous un jet d'eau froide en maintenant fortement le bouchon, comme pour la préparation de la pommade ammoniacale de Goudret.

En principe, les pommades où il entre du chloroforme ne doivent jamais être préparées autrement. La présence de la cire est indispensable pour conserver à l'axonge sa consistance.

P. VIGIER.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie spéciale.

LES DERMATOMYCOSES, par Ernest BESNIER et F. BALZER.

L'observation de la pratique actuelle des médecins montre avec trop d'évidence que les progrès apportés par ces dernières années à la connaissance et au traitement des dermatomycoses ne sont pas encore devenus familiers au plus grand nombre. C'est pour cela que nous avons cru faire acte d'opportunité en exposant ces progrès dans un petit nombre d'articles où le lecteur pourra trouver, à la fois, les notions histologiques indispensables et les éléments de précision clinique nécessaires à l'institution du diagnostic et du traitement. Notre exposition sera basée, non seulement sur l'ensemble des travaux contemporains, mais encore sur nos propres recherches personnelles, cliniques et histologiques.

I. — LE PITYRIASIS VERSICOLORE

L'histoire du pityriasis versicolore (1) forme une introduction excellente à l'étude des affections parasitaires de la peau. En effet, l'éruption qui lui appartient est assez commune pour que chacun puisse aisément l'étudier dans sa pratique personnelle; sa fréquence est sensiblement la même dans tous les pays, et dans les diverses régions d'un même pays, ce qui n'existe pas pour les autres dermatophyties; son analyse histologique est extrêmement simple et facile, même pour les moins expérimentés en technique mycologique; le diagnostic clinique en est, pour la grande majorité des cas, absolument dépourvu de difficultés; sa thérapeutique, enfin, représente les éléments fondamentaux de la thérapeutique générale des dermatomycoses.

La dénomination de pityriasis versicolore est moderne, elle a été donnée par Willan, au commencement de ce siècle, pour différencier certaines éruptions pseudo-chromiques (les taches dites *hépatiques* particulièrement) des hyperchromies ou des dyschromies véritables : éphélides, chloasma, vitiligo, etc. Cependant, si le mot appartient à Willan, la chose avait été indiquée bien antérieurement par divers observateurs, et notamment (voy. HEBRA-KAPOSI, trad. DOYON, t. II, p. 809) par Sennert; mais ceux-ci, pas plus que celui-là, ne pouvaient deviner la nature véritable de l'affection, la reconnaître dans toutes ses variétés, et donner en réalité des moyens de diagnostic assez absolus pour que la connaissance de l'éruption devînt vulgaire. En vain avaient-ils, avec un grand talent d'observation, précisé ses caractères principaux : variabilité de la teinte chez le même sujet (versicolore), disparition et réapparition des taches, desquamation (pityriasis), lieu d'élection au thorax, etc., la confusion ne cessa de s'accroître (nous ne disons pas seulement de persister) que lorsque Eichstedt (1846, *Froriep's Notiz*, vol. XXXIX) eut démontré la nature parasitaire de l'affection. Depuis lors, cependant, les plus singulières difficultés ou les plus inexplicables confusions ont encore été produites par des maîtres éminents et illustres; on regrette, par exemple, qu'Erasmus Wilson ait pu s'attarder à contester la nature parasitaire du pityriasis d'Eichstedt; que Hebra ait tenté, un moment, de le rattacher aux hyperchromies, et surtout que notre Bazin ait pu enseigner, contre toute évidence, l'identité du chloasma (masque des femmes enceintes) et des éphélides lenticulaires avec le pityriasis versicolore.

A l'heure présente, l'accord est complet; personne ne propose plus pour la maladie d'Eichstedt d'autre dénomination que celle de pityriasis versicolore; tout le monde reconnaît la nature parasitaire de l'affection, et tous les dermatologistes la distinguent des lésions pigmentaires.

A la vérité il est survenu des difficultés nouvelles, mais elles sont d'un ordre différent, et elles ont trait aux rapports de coïncidence du pityriasis versicolore avec d'autres dermatomycoses, à sa différenciation d'avec quelques affections non pigmentaires, parasitaires ou non, ou encore à l'existence de certaines formes éruptives ambiguës parasitaires ou avec parasites; mais c'est là une question que nous traiterons plus loin, en son lieu, et dans la seule mesure du diagnostic nécessaire, nous réservant de la reprendre en son ensemble dans un article spécial.

II. — CARACTÈRES CLINIQUES

Cliniquement, le pityriasis versicolore se caractérise par des *taches* de couleur variable, mais typiquement jaunes, jaune fauve, chamois, café au lait; quelquefois légèrement surélevées, disposées en points, en gouttes, en disques, en anneaux, en plaques irrégulières, en vastes champs ou nappes lisses et luisantes, ou mates et farineuses, mais fournissant *toujours* sous le *coup d'ongle* un *lambeau desquamatif* suffisant pour montrer en grande abondance la végétation parasitaire; pouvant être observées sur tous les points du corps à l'exception des régions palmaires et plantaires, mais ayant pour lieu d'élection la surface du thorax ; peu ou même pas prurigineuses, et enfin ne donnant jamais lieu à une altération quelconque de la santé générale, ni même à des lésions irritatives sérieuses des parties envahies.

Quelques développements sont nécessaires sur chacun des termes de cette énumération sommaire.

a. *Coloration.* — La couleur des taches varie non seulement chez les différents sujets, ou chez le même sujet en des points divers du corps, à des époques distinctes de la durée de l'éruption; mais encore la même tache peut chez le même individu n'être pas toujours identique. D'une part, en effet, on peut observer une gamme extrêmement étendue de nuances depuis une teinte jaune paille analogue à celle de la chloro anémie, et reconnaissable seulement par opposition et à un éclairage convenable, jusqu'à la série entière des tein-

(1) Ecrivant en français nous écrivons *versicolore* et non *versicolor* comme on le fait généralement. A de rares exceptions près il n'y a aucune raison de conserver l'habitude surannée de latiniser les qualificatifs des termes latins que l'usage a francisés. Nous disons, par exemple : pityriasis pilaire, pityriasis de la tête, etc., psoriasis ponctué, en gouttes, linéaire, etc., et non pityriasis *pilaris*, *capitis*, psoriasis *punctata*, *guttata*, *gyrata*, etc.

tes du mélange de lait et de café à tous les degrés imaginables, y compris les plus foncés. D'autre part, chez le même sujet, la nuance peut varier, soit avec le progrès de la végétation parasitaire, soit avec l'état de la circulation de la peau et dans ce dernier cas plusieurs fois à des intervalles très rapprochés. La rougeur émotive, par exemple, peut teinter des taches assez vivement pour simuler une roséole, tandis que la pâleur de la peau peut rendre, quelques instants après, tout à fait manifeste la nuance jaune. Cette variabilité n'est pas inutile à signaler au point de vue du diagnostic; elle justifie la qualification de versicolore empruntée à la botanique, où on l'applique à des organes qui changent plusieurs fois de couleur pendant les phases de leur développement.

b. *Élévation.* — Ce caractère n'a de valeur au point de vue du diagnostic que lorsqu'il est manifeste, ce qui est loin d'être fréquent; mais quand il existe évident, il constitue un assez bon signe d'exclusion des véritables taches pigmentaires.

c. *Forme, disposition, dimensions.* — Grande variabilité. Quelquefois le pityriasis versicolore est *ponctué :* ce sont de toutes petites taches jaunes sertissant l'orifice d'un follicule pileux et affectant parfois une disposition élégante; d'autres fois, ce sont des *gouttes* assez régulières pour simuler diverses autres formes éruptives de même ordre; plus rarement des *disques* réguliers ou des *anneaux* (Unna, voy. *Mik. Beitr. Viertel. f. Dermat.* etc., 1880, n°s 2 et 3 et note 1, *trad.* Kaposi par Ernest Besnier et A. Doyon., t. II, p. 452, 1881); très communément ce sont des plaques, des nappes irrégulières couvrant de vastes étendues du thorax, des épaules, des plis articulaires, à bords plus ou moins irrégulièrement dessinés. Chez le même sujet, toutes les formes ou presque toutes peuvent coexister, et les plus élémentaires se retrouvent entre les lacs ou disques principaux.

d. *Desquamation et desquamativité.* — Tantôt les taches sont lisses, tantôt farineuses et manifestement pityriasiques, mais ce caractère n'appartient pas à toutes les périodes de l'évolution du parasite, et sa valeur diagnostique est secondaire; mais ce qui est constant, c'est l'*altération de consistance* de la couche cornée superficielle de l'épiderme, laquelle, infiltrée de microsporon, se laisse plisser et *décoller* aisément, soit par le grattage avec une curette, soit plus pratiquement par le grattage avec l'ongle; un *coup d'ongle* donné un peu brusquement, même sans atteindre le sommet des papilles et sans produire le plus petit écoulement de sang, produit facilement le *lambeau desquamatif* qui est à peu près absolument pathognomonique. Dans les cas douteux le grattage avec la curette, la pointe d'un canif, etc., permettent toujours de causer une desquamation suffisante pour le contrôle microscopique.

e. *Siège.* — Tous les points de la surface du tégument externe, à l'exception de la main et du pied, peuvent être le siège du pityriasis versicolore, mais les parties habituellement couvertes constituent les lieux à peu près exclusifs de son développement, non pas, comme on l'a dit, que le parasite ne puisse fructifier aussi aisément à l'air et à la lumière, mais parce que les conditions de germination sont plus favorables dans les parties recouvertes par les vêtements, et plutôt encore parce que ces mêmes parties sont moins exactement soumises aux ablutions régulières. Nous ne croyons pas, par exemple, à la possibilité de la culture du pityriasis versicolore sur des régions qui seraient soumises très exactement chaque jour à des lotions savonneuses. C'est là la véritable raison de la rareté du pityriasis sur les parties découvertes.

Quand il existe sur le tronc depuis plus ou moins longtemps un champ de pityriasis versicolore, il n'est pas impossible que l'affection ne gagne le col et même (Unna, *Mykol. Beiträg. Viertel. f. Dermat.* etc., 1880 n°s 2 et 3) la région de la barbe jusqu'au voisinage de la bouche. Mais cela est tout exceptionnel.

La région thoracique, antérieure et postérieure, les épaules, la partie inférieure du cou, la région péri-ombilicale, les aisselles, les plis antibrachiaux, les aines, les régions poplitées, puis la face interne des membres, en dernier lieu les régions velues notamment chez l'homme, voilà par ordre de fréquence les points où l'on peut rencontrer le pityriasis d'Eichstedt.

f. *Prurit.* — Quelquefois nul, ordinairement peu considérable, très exceptionnellement assez intense pour être l'objet des plaintes du sujet atteint, jamais assez violent pour amener des lésions de grattage.

g. *Lésions locales.* — On n'a pas assez remarqué la singularité de cet épidermophyte ni sa spécialisation kérato-épithéliale; bien que la couche cornée de l'épiderme soit son habitacle exclusif, il pénètre, en la suivant, dans l'infundibulum pilaire, mais jamais il n'attaque ni n'altère les poils d'aucun ordre. On n'a pas davantage été frappé d'une manière suffisante de son innocuité absolue; alors que les éléments du trichophyton par exemple donnent lieu à des érythèmes allant jusqu'à la vésication, jamais les champs de microsporon ne déterminent de véritable irritation dermique, l'irritation hyperémique mobile est son plus extrême mode d'action. La raison probable de ces différences doit être recherchée dans la lenteur de la végétation du microsporon, comparée à l'extrême activité du trichophyton dont la marche sur le tégument peut être suivie et constatée jour par jour.

III. — Caractères histologiques

Technique. — Dans la grande majorité des cas, l'analyse histologique du pityriasis versicolore est des plus faciles, il suffit de transporter sous le champ du microscope la lamelle épidermique obtenue par le grattage d'une tache et placée dans la solution de potasse ou de soude à 40 ou 20 pour 100, ou dans l'ammoniaque, pour reconnaître immédiatement la présence du microphyte. En écrasant ou en dilacérant convenablement la lamelle, l'observateur le moins expérimenté fera immédiatement une constatation suffisante pour mettre le diagnostic hors de doute. Mais si le cas est douteux ou si l'on veut obtenir de belles préparations, il faut préalablement opérer le dégraissage dans l'éther, et colorer à l'aide de l'éosine ou du violet de Paris; les épreuves ainsi obtenues montrent des détails importants, qui seraient difficiles à constater nettement sur les pièces non colorées. La méthode de Weigert donne les plus beaux résultats.

D'ordinaire, le champignon est à ce point abondant qu'on le trouve immédiatement; quelquefois on est obligé de le chercher assez longtemps. Cette dernière remarque a trait surtout aux cas dans lesquels il existe simultanément plusieurs microphytes à la surface de la peau, et elle s'applique à une série encore mal déterminée (sur laquelle nous reviendrons dans un chapitre spécial) qui comprend les formes décrites sous les noms d'eczéma marginé, de pityriasis rosé, etc., etc.

Description du parasite. — Quoi qu'il en soit, dans l'immense majorité des cas le *Microsporon furfur* se reconnaît rapidement, grâce aux dispositions caractéristiques qu'il affecte. Il se présente sous l'apparence de grappes, d'amas de spores plus ou moins nettement circonscrits, et reliés entre eux par des tubes irrégulièrement disséminés entre les cellules épidermiques.

Le volume des amas de spores est très variable; on peut compter 5, 10, 20, 30 spores dans une grappe, et d'autres fois la végétation sporulaire est tellement abondante que les spores forment une véritable nappe continue dans toute l'étendue de la préparation.

Le volume des spores est absolument variable; elles sont presque toutes rondes, ou offrent un aspect aplati, rappelant un peu celui des globules du sang. On reconnaît facilement qu'elles sont constituées par un noyau de substance grenue, de volume variable et par une gaine protoplasmique homogène et transparente. Ces détails se voient bien sur les préparations colorées, le réactif se fixant sur le noyau, tandis qu'il respecte son enveloppe. Les éléments en contact avec le

réactif sont rapidement colorés : ils ne paraissent pas offrir à ce point de vue une résistance comparable à celle qu'offrent les éléments de l'achorion et du trichophyton. Toutefois la macération doit être encore assez prolongée si l'on veut que le réactif atteigne les spores placées dans les couches les plus profondes de l'épiderme.

Les tubes présentent un ensemble de caractères très importants :

1° Ils sont *courts* et par conséquent peu flexueux; ils sont droits ou contournés plus ou moins fortement en U; 2° *ils sont peu ramifiés;* plus souvent ils sont libres, *isolés* ou *placés bout à bout;* 3° ils présentent la même constitution que les spores, c'est-à-dire qu'ils ont une *enveloppe* homogène, transparente, résistant aux agents colorants, et un *contenu* d'apparence compacte, un peu granuleux, qui peut occuper toute la longueur du tube ou bien être plusieurs fois segmenté.

Mais si les éléments du *Microsporon furfur* présentent une disposition et un ensemble de caractères propres à les faire distinguer facilement des autres parasites, nous ne trouvons pas, à l'examen, des renseignements absolument satisfaisants sur leur mode de végétation. On voit assez fréquemment une spore ou même deux spores placées à l'extrémité d'un tube; les tubes sont souvent renflés à leur extrémité; on observe souvent aussi la segmentation de leur contenu ; mais on ne voit pas se produire la segmentation de la gaine protoplasmique.

Ce qui paraît, en revanche, très vraisemblable c'est que les éléments se produisent et se multiplient aussi bien par l'intermédiaire des tubes que par celui des spores. Celles-ci en se développant et en s'allongeant donnent naissance aux tubes et les tubes produisent eux-mêmes des spores, par le mécanisme que nous avons exposé. Leur extrémité se renfle à la manière d'un bourgeon; leur contenu se segmente, puis sans doute la gaine et la nouvelle spore se trouve constituée.

La végétation parasitaire occupe un siège bien déterminé : elle ne dépasse pas les couches cornées de l'épiderme, pénètre peu dans le corps muqueux et s'arrête à ses limites, mais paraît occuper la couche cornée tout entière. Celle-ci est, en quelque sorte, infiltrée par le parasite qui la gonfle, la fait paraître saillante, lui donne un aspect terne, mat, dissocie les divers plans de cellules épidermiques qui la composent, et diminue enfin son adhérence au corps muqueux, circonstance que la clinique avait depuis longtemps relevée, et qui explique pourquoi il suffit d'un léger raclage, d'un coup d'ongle pour la détacher. Chose bien digne de remarque au point de vue de la dermatomycologie générale, et sur laquelle l'un de nous a déjà insisté ailleurs (note 1, p. 454, t. II, trad. française de Kaposi), la végétation du pityriasis versicolore, si prodigieusement abondante qu'elle soit, ne pénètre jamais les poils, alors même que ceux-ci restent indéfiniment en contact avec le parasite! et cependant l'épiderme de l'infundibulum pilaire et de l'ostium des glandes est infiltré de microsporon. Cette dernière circonstance explique les repullulations incessantes de la végétation parasitaire à cause de la difficulté de faire éliminer en même temps l'épiderme de toutes ces cavités. Nous reviendrons plus bas sur ce point, à l'occasion du traitement.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 8 MAI 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

RAPPORT SUR LE MÉMOIRE RELATIF AUX MATIÈRES ALBUMINOÏDES (présenté à l'Académie par M. *A. Béchamp*), par M. *Dumas*.

Parmi les substances organiques, celles qu'on désigne sous le nom commun de *matières albuminoïdes* ou de *matières gélatinigènes*, soit liquides et coagulables : blanc d'œuf, sérum du sang, albumine végétale, caséum du lait; soit solides : fibrine du sang, principe fibreux de la chair des animaux; soit enfin tissus propres à se convertir en gélatine, et gélatine elle-même, sont à la fois les plus intéressantes et les moins bien connues. N'étant ni volatiles, ni cristallisables, on éprouve la plus grande difficulté à les définir. Si l'on ajoute que les analyses de ces matières et leur interprétation ont conduit les chimistes qui s'en sont occupés à admettre que leur molécule ne renferme pas moins de 500 à 600 atomes de carbone, d'hydrogène, d'oxygène ou d'azote, on comprendra quelle distance sépare de tels corps de ceux, bien moins complexes, dont l'étude a servi de fondement aux doctrines sur lesquelles repose la chimie organique systématique.

Voici ce qui résulte des recherches de M. Béchamp : Le blanc d'œuf renferme au moins trois matières : l'une précipitable par le sous-acétate de plomb; la deuxième par le sous-acétate de plomb ammoniacal; la troisième, qui n'est pas coagulable par la chaleur, qui est soluble dans l'eau, est insoluble dans l'alcool, au moyen duquel on la sépare de ses dissolutions aqueuses. Les deux premières de ces substances offrent les caractères généraux des matières albuminoïdes; la troisième appartient à la catégorie des ferments et fluidifie l'amidon.

Le ferment découvert dans le blanc d'œuf par l'auteur explique quelques-uns des phénomènes qui se passent pendant l'incubation. Sa présence lui a donné l'occasion de le rechercher dans d'autres produits albuminoïdes, et l'on prend une idée générale de son travail en disant qu'il est parvenu à dédoubler ceux-ci en deux ou trois substances distinctes, possédant les propriétés des produits albumineux, et en un ferment bien caractérisé. A quelle fin tous les liquides albumineux sont-ils accompagnés de ces ferments? D'où viennent ces ferments? Où vont-ils? Quels rôles ont-ils à remplir?

Il y a longtemps que Thenard, découvrant l'eau oxygénée et constatant l'action destructive singulière que certains corps, tels que l'argent divisé, exercent sur elle, avait été conduit à comparer leur manière d'agir, dans cette circonstance, à celle des ferments. Il y avait été d'autant plus disposé que, parmi les matières organiques, il en était une, la fibrine extraite du sang, qui exerçait à un degré remarquable cette influence décomposante sur l'eau oxygénée. On devait être frappé, en effet, de cette analogie entre la levure de bière, qui en présence du sucre le détruit et le convertit en alcool et acide carbonique, d'une part, et la fibrine, de l'autre, qui convertit l'eau oxygénée en oxygène et en eau. La levure de bière et la fibrine ne paraissent ni l'une ni l'autre agir en vertu d'une action chimique où elles auraient un rôle à jouer. Mais la levure agit en vertu d'un phénomène vital : en serait-il ainsi de la fibrine? Nous l'ignorons, et quoique les idées au sujet de la fermentation et des ferments se soient bien modifiées depuis que Thenard s'est livré à l'étude de l'eau oxygénée, on n'est pas encore en mesure d'expliquer comment la fibrine décompose l'eau oxygénée, sans rien lui emprunter, sans rien lui céder, en apparence du moins.

M. Béchamp fait avancer d'un pas cette question, dont l'intérêt n'a pas échappé aux physiologistes. La fibrine du sang et l'oxygène condensé dans les globules pourraient bien, en effet, avoir à jouer, dans les phénomènes complexes de la respiration, un rôle se rattachant à cette action singulière sur l'eau oxygénée qu'aucune autre matière animale ne présente. Votre rapporteur a cherché autrefois, mais en vain, si le sang artériel ne contenait pas de l'eau oxygénée, et il ne serait pas surpris qu'un expérimentateur plus habile vînt à y déceler sa présence.

Quand on traite la fibrine par l'acide chlorhydrique faible, elle se gonfle et se dissout pour la majeure partie; mais, ainsi que l'a constaté M. Bouchardat, elle laisse toujours un résidu insoluble. C'est dans ce résidu, M. Béchamp l'a démontré, que se trouve le pouvoir décomposant à l'égard de l'eau oxygénée, et non dans la partie soluble qui a été enlevée par l'acide chlorhydrique.

La substance granuleuse insoluble dans l'acide chlorhydrique faible est encore une matière albuminoïde; elle en possède les propriétés générales. Portée à l'ébullition dans l'eau, elle perd son pouvoir décomposant sur l'eau oxygénée. Desséchée dans le vide à froid, elle le conserve au contraire. Il en est de même lorsqu'on la traite par l'alcool et l'éther; ils lui enlèvent un peu de matière grasse, sans modifier son pouvoir décomposant. Quand cette substance singulière a été bien préparée, son action sur l'eau oxygénée est aussi rapide que celle des oxydes métalliques propres à opérer sa décomposition.

RECHERCHES SUR L'UN DES PRINCIPAUX FONDEMENTS DES

DOCTRINES RELATIVES AU MÉCANISME DE PRODUCTION DES MOUVEMENTS VOLONTAIRES ET DES CONVULSIONS. Mémoire de M. *Brown-Séquard*. — La doctrine que l'auteur veut combattre peut se résumer ainsi. De la zone cérébrale, où l'on place des centres psycho-moteurs, partent des fibres qui descendent jusqu'à la base de l'encéphale, où elles forment la partie antérieure des pédoncules cérébraux, du pont de Varole et du bulbe. Celles de ces fibres qui viennent des centres d'un côté s'entrecroisent avec celles venant du côté opposé, dans le pont de Varole et le bulbe, descendant ensuite dans la moelle épinière, dont la moitié gauche contient ainsi les conducteurs venus du cerveau droit, et la moitié droite ceux du cerveau gauche. Les recherches multipliées que l'auteur a faites depuis quatre ans à l'égard des effets des irritations des diverses parties de l'encéphale sur des cobayes, des lapins, des chiens, des chats et des singes (surtout des macaques) ont donné des résultats absolument contraires à ces doctrines. Voici le résumé des résultats obtenus :

A. D'après les théories reçues, on devrait trouver que l'irritation mécanique ou galvanique des parties considérées comme motrices, depuis la zone excitable de la surface cérébrale jusqu'au pont de Varole, sinon plus bas, donne lieu uniformément à des mouvements de l'un ou des deux membres du côté opposé à celui de l'irritation. Or il n'en est pas ainsi, comme le montrent les faits suivants : 1° l'irritation d'un côté du pont de Varole ou du bulbe, et même celle de la pyramide antérieure, produit, huit ou neuf fois sur dix, chez le même animal, des mouvements de l'un ou des deux membres du côté correspondant. On obtient encore très souvent des mouvements du côté correspondant à celui de l'irritation, lorsque, après une section transversale d'une moitié latérale du bulbe, on irrite, soit par le galvanisme, soit mécaniquement, l'extrémité supérieure du pont, dans sa partie considérée comme motrice; 2° l'irritation du pédoncule cérébral, dans ses parties supposées motrices comme dans les autres, donne souvent lieu à des mouvements des membres du côté correspondant. On obtient ce résultat cinq ou six fois sur dix, quand on irrite la portion inférieure du pédoncule, et deux ou trois fois sur dix quand l'irritation porte sur l'extrémité supérieure; 3° lorsqu'on galvanise les masses de fibres qui, de la couronne radiée et des corps striés, se rendent aux pédoncules cérébraux, on observe assez souvent des mouvements des membres du côté que l'on irrite. Si l'on coupe transversalement ces parties, à droite ou à gauche, l'irritation mécanique ainsi produite met assez rarement les membres en mouvement; mais, si cet effet a lieu, c'est fréquemment dans le côté correspondant à l'excitation; 4° même la zone excitable de la surface cérébrale donne lieu quelquefois, comme l'a déjà signalé M. Couty, à des mouvements du côté correspondant. Mais il y a plus : si, comme je l'ai constaté un très grand nombre de fois, on galvanise cette zone motrice après avoir coupé la moitié latérale du bulbe ou du pont de Varole, du côté de l'irritation, on trouve que les mouvements, loin de ne plus se produire dans les membres du côté opposé, s'y montrent, en général, avec plus d'énergie qu'avant la section des conducteurs, que l'on croit être les seuls capables de transmettre l'irritation de cette zone à ces membres.

B. D'après les doctrines reçues, si l'on a coupé transversalement une moitié latérale de la moelle cervicale, au niveau de la seconde paire de nerfs, et si l'on irrite alors galvaniquement ou mécaniquement les diverses parties de l'encéphale, soit du côté correspondant, soit du côté opposé à celui de la lésion médullaire, il devrait, dans les deux cas, ne se produire aucun mouvement ou qu'un très faible mouvement dans les membres du côté de cette lésion. Or je trouve que les deux moitiés de l'encéphale sont capables d'agir avec énergie sur ces membres. En effet, suivant les parties alors irritées, suivant aussi les variations d'excitabilité qui se produisent pendant une série très nombreuse d'irritations sur un même animal, j'ai pu constater, dans des cas où j'avais coupé l'une ou l'autre moitié de la moelle, les effets divers que voici : tantôt un mouvement bipède diagonal ou latéral, gauche ou droit, tantôt un mouvement de trois membres, tantôt enfin un mouvement des quatre membres. Une seule moitié de la moelle épinière peut donc suffire pour transmettre aux membres, des deux côtés du corps, les excitations causées mécaniquement ou galvaniquement dans l'une ou l'autre moitié de l'encéphale.

C. D'après les doctrines reçues, la section transversale des deux moitiés latérales de la base de l'encéphale, celle de l'une des moitiés, faite à la distance de 1 centimètre ou plus de celle de l'autre, devrait détruire toute communication ou à peu près entre la moelle épinière et les parties de l'encéphale au-dessus de la section supérieure, de telle façon que toute irritation galvanique ou mécanique de cette partie devrait ne produire aucun effet moteur sur les membres d'un côté ou de l'autre. Or, je trouve que, non seulement les prétendus centres psycho-moteurs peuvent être alors capables, sous l'influence d'une excitation galvanique, d'agir comme à l'état normal sur les membres, mais encore que les parties considérées comme motrices, depuis les corps opto-striés jusqu'au voisinage des sections, peuvent en général mettre les membres en mouvement, sous l'influence d'irritations galvaniques ou mécaniques, l'effet moteur ayant lieu alors, comme à l'état normal, le plus souvent du côté correspondant à celui de l'irritation.

D. D'après l'analyse que j'ai faite de plus de 500 cas de convulsions unilatérales, à la suite de lésions diverses de l'encéphale, le même résultat général existe chez l'homme que chez les animaux : la base de l'encéphale et les parties motrices qui l'avoisinent, contrairement aux doctrines reçues, donnent lieu plus souvent à des convulsions du côté d'une irritation que du côté opposé. Les parties superficielles du cerveau (celles qui ne sont pas considérées comme motrices, de même que celles que l'on suppose être des centres moteurs) produisent surtout des convulsions croisées, mais toutes ces parties peuvent, sous l'influence d'une irritation, chez l'homme comme chez les animaux, produire des mouvements dans les membres du côté où existe l'irritation.

Conclusions. — 1° Il faut considérer comme ayant perdu toute valeur l'une des bases principales sur lesquelles sont fondées, et la doctrine des centres psycho-moteurs et la théorie généralement admise à l'égard des relations entre un côté de l'encéphale et le côté opposé du corps pour les mouvements volontaires et aussi pour les convulsions unilatérales; 2° il faut admettre que la zone excito-motrice de la surface cérébrale, ainsi que toutes les parties excitables de l'encéphale, sont capables de mettre en mouvement les membres du côté correspondant, comme ceux du côté opposé, et qu'elles peuvent produire ces effets après la section transversale d'une moitié latérale du pont de Varole, du bulbe ou de la moelle cervicale, ou même après deux sections, l'une de la moitié droite, l'autre de la moitié gauche de la base de l'encéphale, à la condition qu'un certain intervalle existe entre ces deux sections.

DÉSINFECTANTS. — M. *Aubert* soumet au jugement de l'Académie un mémoire sur l'assainissement des casernes au moyen de l'acide sulfureux. (Renvoi à la commission des arts insalubres.)

ÉTUDE SUR LES PROPRIÉTÉS ANTISEPTIQUES DE L'ACIDE SALICYLIQUE. Note de MM. *E. Robinet* et *H. Pellet*. — Ces expériences ont été faites sur les moûts et les vins; elles sont confirmatives des résultats obtenus par l'un des auteurs, et qui ont été publiés en 1877.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 16 MAI 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

M. le ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts demande à l'Académie de lui désigner des délégués au Congrès International d'hygiène qui va se réunir à Genève au mois de septembre prochain.

M. le ministre du commerce adresse des demandes en vue d'exploiter, pour l'usage médical, la source Berthe à Vals, appartenant à M. Lafayette-Giraud et la source Clémentine à Labégude (Ardèche), propriété de M. Suchon. (*Commission des eaux minérales.*)

M. le docteur *Dumas*, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, envoie un pli cacheté, dont le dépôt est accepté.

M. le docteur *Levieux*, correspondant de l'Académie, adresse une *Note sur les progrès réalisés à Bordeaux au point de vue de l'isolement des maladies contagieuses*.

M. le docteur *Lubelski* (de Varsovie), à propos de la demande faite à l'Académie par M. le ministre de l'instruction publique sur la *durée de l'isolement des contagieux dans les bâtiments scolaires*, signale un édit de 1779 qui fixait déjà cette durée à quarante jours.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° de la part de M. *Wehenkel* (de Bruxelles), un *Rapport sur l'état sanitaire des animaux domestiques en Belgique pendant l'année* 1880; 2° au nom de M. le docteur *Janicot*, un ouvrage intitulé : *Travaux scientifiques de feu le docteur A. C. Reynaud*; 3° de la part de M. le docteur *Rohlfs* (de Berlin), une brochure portant le titre suivant : *Ueber medicinische Systeme, die Cellularpathologie und eine neue Phase der deutschen Medicin*; 4° un *Précis de thermométrie clinique* du docteur *Da Costa Alvarenga* (de Lis-

bonne), traduit par M. le docteur *Lucien Papillaud ;* 5° une lettre de M. *Taylor*, membre du parlement britannique, à M. le docteur Carpenter sur les *Erreurs courantes sur le vaccin.*

M. *Hardy* présente, au nom de M. le docteur *Laissus*, une brochure intitulée : *Les eaux thermales de Brides-les-Bains et de Salins-Moutiers (Savoie).*

M. *Laboulbène* fait hommage, de la part de M. le docteur *Wiart* (de Caen), des *Mémoires d'un microbe.*

M. *Polaillon* dépose une observation de M. le docteur *Daniel Mollière* (de Lyon), intitulée : *Luxation ancienne de l'épaule, irréductibilité, section sous-cutanée des adhérences, réduction.* — Ce mémoire est renvoyé à MM. Polaillon et Léon Le Fort.

M. *Lagneau* offre une étude sur l'*Ethnologie de la péninsule du sud-ouest de l'Europe.*

M. *Larrey* dépose une série de volumes envoyés par sir *Joseph Fraser*, chirurgien général de l'armée anglaise, à l'appui de sa candidature au titre de correspondant étranger.

M. *Germain Sée* présente, au nom de M. le docteur *Janicot*, les trois premiers fascicules d'un *Traité des eaux de Pougues.*

M. *Billod* (d'Angers), correspondant national, fait hommage de son nouveau livre sur les *Maladies mentales et nerveuses* et dépose le volume de l'*Enquête sur la pellagre en Italie*, faite par les soins du ministère de l'agriculture de ce pays.

DÉCLARATION DE VACANCES. — L'Académie déclare une vacance dans la 2e section (pathologie médicale) en remplacement de M. Bouillaud, et une autre vacance dans la 10e section (physique et chimie médicales), par suite du décès de M. Briquet.

MICROZYMAS. — M. *Armand Gautier* relève les diverses assertions émises par M. Béchamp dans sa communication de l'avant-dernière séance sur les microzymas, et maintient la réalité des découvertes qu'il a récemment signalées à l'Académie sur les granulations insolubles retirées de la pepsine et des glandes pepsinigènes.

PAPULOSE FILARIENNE. — Tel est le nom sous lequel M. le docteur *Nielly* (de Brest) désigne la maladie de l'enfant qu'il a présenté à la séance du 11 avril dernier ; il s'agissait d'une affection cutanée de nature vésiculo-pustuleuse caractérisée par la présence de nématoïdes analogues aux filarides ou aux anguillules. M. *Rochard* vient faire connaître les recherches complémentaires qu'a faites M. Nielly depuis cette époque : l'enfant a été vite guéri à l'aide de bains gélatineux et savonneux et de frictions pratiquées avec un glycérolé au tannin ; peu à peu les parasites ont disparu des pustules ; l'examen du sang et des autres liquides de l'économie a toujours donné des résultats négatifs. M. Nielly n'a pas manqué de s'efforcer de découvrir la source à laquelle le petit malade a puisé ses filaires ; il n'en a trouvé chez aucun des habitants du pays où l'enfant vivait avant d'entrer au service de la flotte, mais il a rencontré des nématoïdes analogues dans les eaux stagnantes. Quoi qu'il en soit, il faut admettre l'existence sur un point du département du Finistère, d'une maladie cutanée d'origine parasitaire, analogue au craw-craw de la côte d'Afrique et que M. Nielly propose d'appeler papulose filarienne ; cette maladie a pour caractère l'apparition de papules siégeant surtout sur les membres et se transformant promptement en vésiculo-pustules renfermant une ou plusieurs filaires ; elle n'est pas transmissible, en raison de la mort rapide du parasite dès qu'il est retiré de son milieu ; enfin elle est très probablement causée par l'ingestion d'eau stagnante renfermant des nématoïdes analogues, et comme le craw-craw avec lequel elle a de grandes analogies : elle guérit d'ailleurs lorsqu'on abandonne le pays où l'on en a ressenti les premières atteintes.

Vaccination des eczémateux. — On connaît un certain nombre de cas dans lesquels des enfants atteints d'eczéma, ayant été vaccinés, ont éprouvé quelques jours après une éruption vaccinale généralisée. M. *Guéniot* rapporte un cas de ce genre qu'il vient d'observer ; MM. Blot, Hervieux, Marrotte en citent d'autres exemples. S'agit-il d'une sorte d'auto-inoculation ou d'une éruption provoquée, voire même d'une éruption constitutionnelle : les avis sont partagés à cet égard. Ils le sont également sur la question de savoir si l'on doit vacciner cependant un enfant dans ces conditions : oui, répondent MM. Guéniot et Hervieux ; non, répliquent MM. Blot et Marrotte, sauf, cela va de soi, en cas d'épidémie de variole. Quelle que soit d'ailleurs l'étendue considérable que prend cette éruption, comme chez la malade de M. Guéniot, au point de couvrir toutes les parties supérieures du corps et de déterminer un écoulement extrêmement abondant de liquide séro-purulent, quel qu'en soit le retentissement sur l'organisme, jamais, ainsi que le signale M. Hervieux d'après les 15000 vaccinations qu'il a faites depuis trois ans à l'Académie, la mort des petits malades n'est survenue et l'on conçoit alors que l'on ne doit pas hésiter, même en présence de cet inconvénient, à mettre à l'abri contre la variole. M. Guéniot d'ailleurs conseille, en pareils cas, de vacciner le plus loin possible des parties du corps habituellement atteintes par l'eczéma et de ne faire qu'un petit nombre de piqûres, une à chaque cuisse seulement, par exemple.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 12 MAI 1882. — PRÉSIDENCE DE M. MILLARD

Parasites de l'impaludisme : M. Laboulbène. — Œdème de l'avant-bras : M. Guyot. — De quelques symptômes du mal de Bright : M. Dieulafoy. — Chute des ongles chez un ataxique : M. Roques.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Laboulbène* fait passer sous les yeux de ses collègues les planches du travail de T. Crudelli sur le parasite de l'impaludisme. Il rappelle que la question a passé par trois phases successives qui semblent affirmer la nature parasitaire de la malaria : Salisbury a décrit des infusoires caractéristiques de l'impaludisme ; T. Crudelli et Klebs pensent que le microbe spécial à cette maladie est une bacille de nature végétale, enfin M. Laveran a fait connaître un parasite nouveau qu'il pense appartenir au règne animal.

— M. *Guyot* présente une malade âgée de soixante ans et qui est atteinte, depuis quatre ans, d'un œdème considérable de l'avant-bras droit ; elle est entrée dans son service le 12 juillet dernier pour une hémiplégie droite qui a depuis lors presque entièrement disparu. Cette femme est syphilitique depuis longtemps. On ne constate, au niveau du membre atteint, aucune lésion pouvant expliquer l'œdème persistant, aucun trouble de la circulation ; tous les traitements employés jusqu'ici sont restés sans résultat.

— M. *Dieulafoy* fait connaître le résultat de ses recherches relatives à quelques symptômes, peu étudiés jusqu'ici, du mal de Bright : 1° l'envie fréquente d'uriner, indépendante de la polyurie, et qu'il propose de nommer *pollakiurie ;* 2° les *démangeaisons cutanées ;* 3° la sensation de *doigt mort.* (Voy. plus haut, p. 321.)

— M. *Roques* communique une observation de *chute des ongles chez un ataxique.* Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans qui éprouve depuis plus d'un an des douleurs continues dans le côté et le bras gauches ; ces douleurs présentent des exacerbations irrégulières, mais qui n'offrent pas les caractères des douleurs fulgurantes ; il n'existe aucun phénomène analogue du côté des membres inférieurs. Ce malade ressentit bientôt des douleurs viscérales, de la dysurie et du ténesme ; enfin apparut une névralgie cubitale irradiant dans l'annulaire et le petit doigt. Il présente depuis six mois environ des troubles de la vue : l'œil gauche se fatigue rapidement ; il y a de la dilatation pupillaire ; pas de strabisme ni de diplopie. On constate de l'anesthésie plantaire avec anesthésie thermique, ainsi que la suppression presque complète des reflexes tendineux et plantaires, principalement du côté gauche. Dans le décubitus dorsal, le malade conserve la précision des mouvements, même les yeux fermés ; la force musculaire est intacte. Lorsqu'il est debout, il traîne un peu les pieds, mais n'offre pas la démarche caractéristique des

ataxiques; l'occlusion des yeux ne modifie pas ce symptôme. On porta chez cet homme le diagnostic d'ataxie locomotrice probable, à forme fruste. Le malade présente en outre des traces non douteuses de syphilis. Il y a trois mois environ, il éprouva au niveau des deux gros orteils une sensation de froid et d'onglée, ses doigts lui semblaient *morts :* il n'y eut d'ailleurs à cette époque aucun refroidissement notable, ni aucun traumatisme. Bientôt apparurent une coloration noirâtre à la base de l'ongle du gros orteil gauche, puis une ecchymose sous-onguéale s'étendant au pourtour de l'ongle; celui-ci est aujourd'hui presque entièrement détaché. Les mêmes lésions existent du côté droit. Des cas analogues ont été publiés par Arloing et Pitres, mais c'était chez des ataxiques confirmés et la chute complète de l'ongle s'était opérée en quinze jours environ. M. Joffroy, qui en a également observé un cas, s'est demandé si l'ecchymose sous-ongnéale, qui amène le décollement de l'ongle, n'est pas de même ordre que certaines ecchymoses, signalées par M. Strauss chez les ataxiques à la suite des crises de douleurs fulgurantes. Or, dans le cas de M. Roques il n'y a pas de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs; peut-être un traumatisme a-t-il pu passer inaperçu à cause de l'anesthésie existant au niveau des orteils.

M. *Joffroy* a été conduit à voir dans la chute des ongles chez un ataxique un phénomène dépendant de la maladie médullaire, à cause de la symétrie de la lésion et de sa spontanéité. Dans le cas qu'il a observé, il y avait ecchymose sous-onguéale, mais elle n'existait pas chez les malades observés par Pitres : il semble donc que c'est là un accident inconstant, qui n'est pas nécessaire pour amener la chute de l'ongle; celle-ci se produit sans doute par suite d'un trouble trophique spécial. On peut d'ailleurs observer le même fait chez d'autres individus que les ataxiques. Tel est le cas d'un homme de quarante-deux ans qui, antérieurement bien portant, fut pris, à l'occasion d'une violente émotion, de convulsions avec perte de connaissance, suivies de délire pendant près de quinze heures; il conserva, à partir de ce moment, des douleurs dans les orteils, surtout à gauche, enfin de la roideur des jambes, amenant de l'équinisme et bientôt accompagnée d'épilepsie spinale et d'hyperesthésie. Il présenta également de l'atrophie musculaire du côté des mains, avec amincissement et rougeur de la peau au niveau de l'éminence hypothénar; perte de sensibilité dans les fosses nasales et le conduit auditif; amblyopie et suppression de l'odorat du côté gauche. Tous les quinze jours environ, ce malade est atteint de pertes de connaissance incomplètes, lui permettant d'entendre ce qui se dit autour de lui; il a parfois de nouvelles crises convulsives. C'est là sans doute un cas de sclérose en plaques, au cours de laquelle est survenue la chute des ongles des orteils. — Hayem a signalé le même accident à la suite d'un traumatisme d'un nerf périphérique; et Follet (de Lille) chez un diabétique. On voit, par suite, que la chute de l'ongle du gros orteil peut s'observer en dehors de l'ataxie locomotrice et peut-être même en dehors de toute lésion primitive du système nerveux.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 10 MAI 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Correspondance. — Fistules recto-vaginales. — Sur la température des articulations. — Opération césarienne; procédé de Porro. — Ostéotomie tarsienne dans le pied bot invétéré. — Fracture du crâne.

M. *Larrey* présente une brochure sur les abcès des os, travail posthume de Chassaignac.

— M. *Trélat* a opéré, il y a vingt-cinq jours, une malade atteinte de fistule recto-vaginale; la guérison est solide et définitive. Pour la deuxième fois, M. Trélat a mis en pratique le procédé suivant : il conseille d'opérer la fistule recto-vaginale comme une périnéorrhaphie qu'on ferait pour une déchirure incomplète du périnée. A 12 millimètres en arrière de la fistule, on fait partir une incision à droite et une à gauche, passant latéralement à 12 millimètres de la fistule et tombant sur la nouvelle fourchette (la fourchette normale étant déchirée). On avive l'espace compris entre ces incisions et on suture les bords au vagin et au périnée; enfin, on fait deux points de suture profonde.

— M. *Nicaise* lit un rapport sur un travail de M. *Rédard*, relatif à la température locale des articulations à l'état normal et à l'état pathologique. La température des membres est inférieure à celle du tronc; celle des mains et des pieds est inférieure à celle de la racine des membres. M. Rédard a fait ses recherches avec un appareil thermo-électrique.

A l'état normal, la température des articulations peut varier de 4, 5 ou 6 degrés, selon la température extérieure. Dans l'entorse, la contusion des articulations, la température varie selon le degré d'inflammation. Dans les arthrites, il y a 2 ou 3 degrés d'augmentation, mais en aucun cas on ne trouve une température dépassant celle du corps. Dans les ankyloses fibreuses, si la température est encore élevée, on attendra pour faire les mouvements que la température soit redevenue normale.

— M. *Guichard* (d'Angers) : Une femme de vingt-cinq ans entre à l'hôpital; elle est enceinte de quatre mois. Elle raconte qu'elle marcha à l'âge de douze ans seulement; alors elle était déjà contrefaite. On voit sur le corps des traces de périostites suppurées. Les membres inférieurs sont très développés; cyphose dorsale, sternum saillant; le tronc avec la tête ne mesure que 33 centimètres.

Le ventre tombe sur les jambes, l'utérus ne pouvant être contenu dans l'abdomen. La déformation du bassin porte surtout sur le détroit inférieur. Le 10 mai, le ventre était très développé; on constatait les mouvements actifs du fœtus. On arrivait au terme de la grossesse; l'intervention chirurgicale était indispensable.

L'opération fut pratiquée le 22 mai 1881. Précautions antiseptiques. Chloroforme. Par l'opération césarienne, on extrait un enfant du sexe masculin pesant 2^{kil},750. Décollement du placenta.

Avec une broche formée de deux fils de fer, on traverse l'utérus et on serre de chaque côté avec le serre-nœud de Cintrat. Puis, on excise une partie de l'utérus, les ovaires et les trompes. Suture abdominale. Le moignon utérin est maintenu à l'angle inférieur de la plaie et badigeonné avec le perchlorure de fer. Pansement de Lister. L'opération avait duré une heure.

Dans la soirée, il se fit une hémorrhagie par le pédicule utérin; on l'arrêta avec une ligature en caoutchouc. Bouillon; lait; eau-de-vie; glace. Le 24 mai, le pouls est à 140; langue sèche; ponctions capillaires pour évacuer les gaz de l'estomac et de l'intestin. Mort dans la soirée.

A l'autopsie, on ne trouve aucune trace de péritonite. Le bassin est oblique ovalaire. Les sept dernières vertèbres dorsales sont déformées et soudées en un seul os. (Cette observation est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Guéniot, Polaillon et Lucas Championnière.)

— M. *Bauregard* (du Havre) lit un mémoire sur l'ostéotomie du tarse comme traitement du pied bot invétéré; il rapporte trois nouvelles observations (MM. Chauvel, Marchand et Polaillon).

— M. *Schwartz* communique une observation de fracture avec enfoncement de la voûte crânienne; issue de matière cérébrale; trépanation; variole; méningo-encéphalite avec hernie du cerveau; mort; autopsie (MM. Pozzi, Farabeuf et Chauvel).

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 13 MAI 1882. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Effets moteurs des excitations de la base de l'encéphale : M. Brown-Séquard. — Action de l'hélénine : M. de Korab. — Siège cérébral des images consécutives : M. Parinaud. — Résorption des séquestres : MM. Lannelongue et Vidal. — Lésions cérébrales dans certaines catégories d'idiotie : M. Bourneville. — Tumeurs des doigts : M. Laborde.

M. *Brown-Séquard* fait une communication relative aux effets moteurs des excitations de la base de l'encéphale. (Nous résumerons cette communication dans notre prochain numéro.)

— M. *de Korab* a étudié l'action physiologique de l'un des principes que renferme l'*Inula Helenium*: *l'hélénine* est une huile essentielle oxygénée; les extraits de l'inula paraissent produire une diminution notable de toutes les sécrétions et surtout des sécrétions trachéo-bronchiques; ces mêmes substances agissent comme antiseptiques.

— M. *Parinaud*. Les images consécutives ou accidentelles, localisées dans la rétine par tous les physiologistes, entre autres par Plateau, Fechner, Helmholtz, Giraud-Teulon, ont leur siège dans le cerveau d'après M. Parinaud. Il base son opinion sur plusieurs expériences dont voici les conclusions :

1° Une image consécutive produite par l'impression d'un seul œil peut être extériorée par celui qui n'a pas reçu l'impression.

2° Les images consécutives qui suivent les mouvements intentionnels de l'œil ne se déplacent pas quand on dévie l'axe optique par pression du globe à l'aide du doigt.

Au sujet d'une communication faite par M. Pouchet dans une séance précédente, M. Parinaud établit une distinction entre les images consécutives ordinaires dont il vient de parler, lesquelles succèdent immédiatement à l'impression d'un objet, et celles qui se développent plusieurs jours et mêmes plusieurs semaines après. Les faits de ce genre, observés sur eux-mêmes par Newton et Andral, se rapprochent de l'hallucination. Ils démontrent que certaines causes peuvent provoquer l'extérioration d'une image cérébrale antérieurement reçue avec un état mental parfaitement régulier. Dans cet ordre d'idées, M. Parinaud cite l'observation d'une de ses malades, atteinte de thrombose de l'artère centrale de la rétine, qui, sans aberration du jugement, eut une hallucination de ce genre.

— MM. *Lannelongue* et *Vignal* exposent que malgré les expériences de Billroth, qui montrent qu'une cheville d'ivoire implantée dans un os se résorbe, quelques doutes restent encore dans l'esprit de beaucoup de chirurgiens sur le sort des séquestres vraiment morts et entourés de bourgeons charnus, et que la preuve expérimentale de la résorption des séquestres n'a pas été faite. Pour combler cette lacune, ils ont introduit dans le tibia d'un lapin un séquestre artificiel formé par un fragment d'os humain macéré, en prenant toutes les précautions pour éviter la suppuration. Deux mois après son introduction le séquestre artificiel était presque entièrement résorbé par des bourgeons charnus, qui avaient non seulement rongé sa surface, mais pénétré dans les canaux de Havers qu'ils avaient dilatés. En même temps un os de nouvelle formation s'était déposé en certains points sur l'os mort, et était en contact intime avec lui. Ils considèrent que la résorption est due aux cellules embryonnaires et aux vaisseaux des bourgeons charnus, comme Cornil et Ranvier l'avaient déjà dit. Ils rejettent la théorie de Kölliker qui admet que la résorption de l'os vivant et des séquestres est due aux ostéophages (myéloplaxes). MM. Lannelongue et Vignal concluent, de leurs expériences, que les séquestres environnés de bourgeons charnus peuvent se résorber, que dans la suture osseuse les chevilles d'os seront préférables aux chevilles d'ivoire, qu'une expérience comparative leur a montré offrir une bien plus grande résistance à la résorption.

M. *Vignal* dit qu'au moyen du chlorure d'or il a constaté, non seulement dans l'intérieur des gros tubes nerveux des crustacés, l'existence du faisceau central de fibrilles que Remak y avait signalé en 1844, et qu'il compara au cylindre d'axe des nerfs des vertébrés, mais il a aussi trouvé que les petits tubes nerveux contenaient de ces fibrilles réunies en un faisceau central ou dispersées dans leur intérieur.

De plus il a vu que ces fibrilles avaient leur origine dans l'intérieur du globe ganglionnaire des cellules nerveuses.

— M. *Bourneville* a étudié une catégorie de lésions cérébrales chez des sujets idiots dont il rapporte l'histoire. Ces lésions sont tellement analogues à celles de la méningo-encéphalite chronique généralisée qu'il faut connaître l'âge du sujet pour pouvoir les en différencier en présence d'un cerveau qui les présente.

— M. *Laborde* présente deux petites tumeurs enlevées au bout des doigts d'un enfant nouveau-né, et qui seront soumises à l'examen histologique.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 10 MAI 1882. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Anesthésie par le chloroforme, l'éther et le bichlorure d'éthylène : M. N. Gueneau de Mussy. — Caractères distinctifs de l'huile de faîne : M Mayet. — Nouvel emplâtre vésicant : M. Limousin.

M. *N. Gueneau de Mussy* analyse les expériences instituées en Angleterre par la commission chargée d'étudier en quoi consistent les dangers de l'anesthésie par le chloroforme et s'il n'existe pas d'autre anesthésique exempt de ces dangers. Ces travaux, publiés en décembre 1880, démontrent l'action délétère des vapeurs de chloroforme sur les centres nerveux respiratoire et circulatoire; cette action se manifeste tout d'abord sur le centre respiratoire, et l'on voit, chez le chien, la respiration se suspendre alors que les battements du cœur persistent encore. En expérimentant sur les batraciens, chez lesquels la solidarité entre les fonctions de circulation et de respiration est moins complète, on voit que l'anesthésie par l'éther n'amène à aucune période l'arrêt du cœur. Chez le lapin, si l'on pratique la respiration artificielle, on détermine, au bout d'un certain temps, l'arrêt du cœur, lorsqu'on emploie comme anesthésique le chloroforme, tandis que, avec l'éther, on ne peut obtenir le même résultat; l'anesthésie est du reste plus rapide avec le chloroforme. Les expérimentateurs anglais ont fait des recherches analogues avec divers autres anesthésiques : la benzine, l'acétone, le bichlorure de méthylène, l'aniline, le chlorure d'éthyle et de butyle, le bichlorure d'éthylène; ce dernier corps seul a donné des résultats satisfaisants. Chez la grenouille, l'anesthésie fut obtenue au bout de cinq minutes, et les battements cardiaques continuèrent pendant vingt minutes; chez le lapin, l'anesthésie fut également rapide, il n'y eut pas d'arrêt du cœur et peu de modifications des fonctions respiratoires : on remplaça, pendant l'expérience, l'éthylène par le chloroforme, et les contractions ventriculaires furent bientôt suspendues. Passant ensuite à l'analyse des gaz du sang pendant l'anesthésie, la commission constata que les inhalations de chloroforme augmentent dans de notables proportions la quantité de l'acide carbonique. Des expériences pratiquées sur l'homme par trois chirurgiens de Glascow, il ressort qu'avec l'éthylène l'anesthésie est plus rapide qu'avec le chloroforme, qu'il faut le même temps dans les deux cas pour obtenir le réveil, que la quantité d'agent anesthésique employé est un peu plus considérable, mais que

les vomissements se montrent deux fois moins fréquemment; chez cinquante sujets endormis avec l'éthylène, les pulsations et la respiration n'ont pas subi de notables modifications, sauf dans deux cas : avec le chloroforme, au contraire, le pouls et les mouvements respiratoires ont présenté une dépression très marquée. Le chloroforme amène en outre un abaissement considérable de la pression artérielle, qui peut même tomber parfois brusquement à zéro ; l'éther ne présente pas sensiblement d'influence analogue; l'éthylène aurait des effets intermédiaires. Il résulte de la connaissance de ce phénomène qu'il est prudent de surveiller attentivement, jusqu'au réveil complet, les malades soumis à la chloroformisation, l'effet de l'anesthésique se prolongeant alors même qu'on a cessé son administration et la pression dans les artères pouvant par suite tout à coup devenir nulle.

Ces différents anesthésiques ont également une influence marquée sur la circulation pulmonaire et l'état anatomique du poumon ; on voit, pendant leur emploi, chez les grenouilles en expérience, les capillaires pulmonaires être oblitérés en divers points par des amas d'hématies réunies en piles : la circulation se suspend à ce niveau et de proche en proche, dans des vaisseaux de calibre progressivement croissant. C'est là sans doute la principale cause de la dilatation des cavités droites du cœur chez les individus morts pendant l'anesthésie par le chloroforme. Si l'on fournit de nouveau à l'animal de l'air pur, la circulation se rétablit peu à peu au bout d'un temps variable. Il faut, pour amener la stagnation dans les capillaires, trois minutes avec l'éthylène, une minute et quart avec le chloroforme et quatre minutes et demie avec l'éther; il est besoin d'employer moins de chloroforme, tandis qu'il faut, dans ce cas, une plus grande quantité d'air pur pour rétablir la circulation suspendue. De ces diverses expériences la commission pense devoir tirer les conclusions suivantes : 1° l'anesthésie se produit avec le bichlorure d'éthylène plus rapidement qu'avec le chloroforme, et exige une moindre dose de l'agent anesthésique ; 2° les nausées et les vomissements se montrent dans les deux cas, mais sont moins persistants avec l'éthylène ; 3° les troubles de la circulation et de la respiration sont plus marqués avec le chloroforme; il y a plus de tendance au ralentissement du cœur ; 4° le chloroforme augmente très notablement la quantité d'acide carbonique exhalé; 5° le chloroforme abaisse plus encore que l'éthylène la pression artérielle; l'éther n'a pas d'effet analogue; 6° le chloroforme agit parfois sur le cœur d'une manière imprévue : tout à coup la pression artérielle devient nulle et le cœur s'arrête; cet accident peut se produire alors même que l'administration de l'anesthésique est suspendue depuis une minute et plus; 7° l'éthylène n'a pas cette action funeste subite; 8° les inhalations de chloroforme peuvent tuer les chiens par arrêt successif de la respiration, puis du cœur; l'éthylène ne produit pas l'arrêt du cœur; 9° si l'on pratique la respiration artificielle, le chloroforme suspend parfois un certain nombre de systoles ventriculaires, les oreillettes continuant à se contracter; les battements cardiaques sont, dans ces conditions, ralentis, mais non suspendus, avec l'éther ou l'éthylène; 10° on observe, avec le chloroforme, le ralentissement et l'arrêt de la circulation dans les capillaires pulmonaires, puis dans les artérioles.

Le bichlorure d'éthylène semblerait donc être préférable au chloroforme, mais la difficulté de sa préparation chimique a été jusqu'ici un obstacle à la vulgarisation de son emploi ; en Amérique, le chloroforme est complétement abandonné ; en Angleterre, on lui préfère l'éther, en dépit de sa lenteur d'action et de l'agitation qu'il détermine au début de l'anesthésie.

— M. *Mayet* lit, au nom de son fils, une note sur les *caractères distinctifs de l'huile de faîne pure.* Cette huile a été employée en thérapeutique, surtout comme dissolvant de la créosote, pour remplacer, dans cet usage, l'huile de foie de morue ; on lui a parfois substitué, à tort, d'autres huiles, à cause de la difficulté de se procurer de notables quantités d'huile de faîne pure. On peut la reconnaître aux caractères suivants : sa densité est de 0,9205 à 0,9207 ; elle se fige à — 17°,05. Si l'on verse 10 grammes d'huile de faîne sur un mélange d'acide sulfurique et d'acide nitrique pur, on voit, à la ligne de séparation des deux liquides, apparaître une coloration rouge ; dans les mêmes conditions la coloration est orange avec l'huile œillette, et citron avec l'huile de sésame ; il ne s'en produit pas avec l'huile d'olive. Si l'on agite dans un vase 5 grammes d'huile de faîne avec 1 gramme d'acide chlorhydrique et 1 gramme d'acide sulfurique, le mélange prend une teinte vert olive ; il en est de même avec l'huile d'olive ; mais l'huile d'œillette et l'huile de sésame donnent par ce procédé une coloration café au lait, et l'huile d'arachide devient brun noirâtre.

— M. *Limousin* dépose sur le bureau de la Société un emplâtre vésicant qu'il nomme *vésicatoire en feuilles*, et qu'il a préparé de façon à éviter les inconvénients de l'emplâtre bordé de diachylum ou ceux des sparadraps, vésicants, au point de vue de l'application et de la contention du révulsif à la surface de la peau. M. Limousin a disposé l'emplâtre vésicant ordinaire entre deux feuilles de papier mince et non collé, en interposant, d'un côté, une couche de camphre pulvérisé; l'emplâtre se conserve ainsi sans aucune altération pendant fort longtemps. Pour l'employer, il suffit de mouiller légèrement le papier de la face non camphrée, sur une étendue égale à celle du vésicatoire prescrit, et de le décoller; on applique alors l'emplâtre sur un morceau de diachylum et on met l'autre face camphrée en contact avec la peau : on laisse sur cette face, ou on enlève à volonté, le papier qui la recouvre, suivant que l'on redoute plus ou moins l'apparition des accidents du cantharidisme.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Pathologie et traitement de certaines formes de névralgie, par le docteur Lange (de Copenhague).

Dans plusieurs cas de sciatique rebelle le docteur Lange (de Copenhague) a employé avec succès comme moyen thérapeutique, la cautérisation de l'hélix de l'oreille, au moyen d'une pastille de pâte de Vienne. Il cite les observations de huit malades chez lesquels cette médication a été mise en usage. Dans cinq cas l'amélioration fut durable, mais dans les trois autres, ce traitement demeura sans effet. Il est vrai que dans deux de ces derniers, la névralgie sciatique était, chez l'un, de cause réflexe (présence d'un calcul rénal), chez le second de cause périphérique. D'après l'auteur, ce traitement n'a pas d'autre inconvénient que de produire une cicatrice sur l'oreille externe.

Le docteur Lange remarque que les névralgies sus-orbitaires ont souvent des caractères auxquels on ne donne pas une importance assez grande. Souvent elles présentent un type intermittent régulier. Et alors on leur attribue un origine paludéenne; mais le docteur Lange met en doute cette opinion. Souvent aussi leur marche est périodique, c'est-à-dire qu'elles durent pendant une ou deux semaines, pour disparaître et se reproduire après un intervalle de temps plus ou moins long.

La douleur se montre tantôt d'emblée des deux côtés, tantôt elle débute par un côté sur lequel elle reste confinée, puis, après un certain temps, elle passe du côté opposé, pour disparaître d'un côté plus tôt que de l'autre. Enfin, se mon-

trant de préférence sur les jeunes sujets, cette maladie a rarement un pronostic grave et est toujours justiciable des courants continus, un pôle étant placé au-dessus du nerf sus-orbitaire.

Dans son mémoire, le docteur Lange envisage aussi la question du diagnostic du *tabes dorsalis* dans certaines régions. Dans un cas, la douleur faisait défaut, ce qui est assez rare d'ailleurs. Quelquefois il a vu la douleur débuter dans le thorax avant d'apparaître dans les membres inférieurs, et être suivie d'anesthésie du tronc et de dysesthésie des mains, tandis que l'anesthésie et la dysesthésie faisaient défaut dans les membres inférieurs. Dans un cas, le malade n'avait éprouvé qu'une douleur thoracique, n'ayant pas le caractère névralgique tandis que chez un autre malade on observait les symptômes d'une névralgie intercostale. Enfin on a pu observer sur le même sujet de la constriction douloureuse du cou, de l'anesthésie limitée au tronc et aux membres inférieurs et de l'ataxie des bras. Dans une autre observation, on a vu la douleur et la dysesthésie et plus tard l'ataxie se montrer dans les bras seulement et non dans les membres inférieurs. Un autre obstacle au diagnostic du tabes est la limitation du symptôme à une région pendant un certain temps, le plus souvent au tronc. Dans plusieurs cas, le tabes fut aigu et rapide mais toujours précédé de phénomènes prémonitoires. Dans un cas, l'exposition au froid humide et dans un second cas la convalescence d'une affection aiguë précédèrent le développement de la maladie. L'absence de ce phénomène a une importance considérable pour le diagnostic. Enfin dans cette période de la maladie on observe quelquefois une force et une activité anormales de la respiration. (*The London med. Report.*)

Deux observations d'angine de poitrine dans l'hystérie, par M. MARIE.

Si, dans les ouvrages classiques, l'hystérie figure parmi les causes de l'angine de poitrine, cette relation étiologique ne s'appuie que sur un petit nombre de faits, fort peu concluants; d'où l'intérêt des deux observations fournies à M. Marie par M. Charcot. Il est à remarquer que chez ces deux hystériques on observa, en dehors des crises angineuses, des phénomènes vaso-moteurs très accusés. A ce titre, ces observations peuvent être invoquées en faveur de la théorie « dite vaso-motrice » de l'angine de poitrine. Il semble, autant qu'il est permis de se prononcer d'après un très petit nombre de faits, que le syndrome offre, chez l'hystérique, peu de gravité ; du moins, aucun des malades ne succomba. (*Revue de médecine*, 1882, n° 4.)

Sur une forme particulière curable de myélite centrale diffuse chronique, par M. DÉJERINE.

Relation très détaillée de deux faits de myélopathie généralisée chronique terminés par une guérison complète et définitive. Il s'agit là, comme le prouve l'auteur par une description très serrée, d'une affection spéciale de la moelle qui, en raison de sa curabilité, doit être abstraite de la myélite centrale diffuse dont elle a les principaux caractères cliniques : paralysie et atrophie progressives, trépidation épileptoïde, exagération des réflexes tendineux, contractures, enfin analgésie et anesthésie qui disparaissent en même temps que les troubles moteurs. (*Revue de médecine*, 1882, n[os] 3 et 4.)

De la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis, par M. P. SPILLMANN.

L'auteur a pratiqué dans huit cas l'excision du chancre syphilitique ; dans deux cas, ce traitement a semblé donner un succès complet; dans quatre autres, la vérole a été bénigne; dans les deux derniers, enfin, elle a été fort grave. En résumé, cette opération qui, d'ailleurs, n'offre aucun danger quand on emploie un pansement antiseptique, n'a pas encore fait ses preuves; elle n'empêche pas, dans la majorité des cas, la syphilis de se généraliser, et cela dans des conditions plus fâcheuses que si, dès le début, on avait employé le traitement spécifique. En tout cas, l'excision doit être pratiquée le plus tôt possible, avant que les ganglions ne soient pris. (*Ann. de dermat. et de syphilig.*, 25 mars 1882.)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel d'histoire naturelle médicale, par J.-L. DE LANESSAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 3 vol. in-18 jésus. — Paris, 1879-1882, O. Doin.

Commencée en 1879, la publication du *Manuel d'histoire naturelle médicale* de M. de Lanessan n'a été terminée qu'au commencement de cette année. Dès que le premier fascicule en eut paru, un de nos collaborateurs le signala à l'attention des lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* (Voy. 1879, p. 194); mais, tout en rendant hommage au talent d'exposition et à l'esprit de méthode du naturaliste, il crut devoir faire toutes réserves au sujet des doctrines philosophiques exposées dans l'*Introduction*. Aujourd'hui, ce collaborateur est empêché, et comme, sur ces questions de philosophie scientifique, la *Gazette* s'est maintes fois expliquée, nous nous bornerons à rendre compte, aussi succinctement que possible, de cet important ouvrage, dont le plan est conçu dans un esprit tout différent de celui des ouvrages de même nature publiés jusqu'à ce jour.

Ainsi que l'indique le titre, le *Manuel* de M. de Lanessan se compose de trois volumes, consacrés, le premier et le second à la Botanique, le troisième à la Zoologie.

1° BOTANIQUE. — La première partie de la Botanique traite de la morphologie, de la structure et des propriétés générales des Végétaux. L'ordonnance en est des plus logiques. De la cellule, l'auteur passe aux tissus, aux organes, puis aux propriétés biologiques. Après avoir exposé que ces propriétés peuvent, comme celles de tous les êtres vivants, être rangées sous quatre chefs : la *nutrilité*, l'*évolutilité*, la *mobilité* et la *sensibilité*, il étudie successivement chacune de ces propriétés, les fonctions à l'aide desquelles elles sont mises en jeu et l'action qu'exercent sur leur manifestation les divers agents extérieurs.

Les chapitres qui traitent de la nutrition et de la respiration présentent un intérêt tout particulier en ce qu'ils résument les travaux des physiologistes modernes. Conformément à l'opinion émise par Meyer, l'auteur considère la *fonction chlorophyllienne*, c'est-à-dire l'ensemble des actes qui s'accomplissent dans les corpuscules chlorophylliens, comme un phénomène intime de la nutrition, et il s'élève contre l'erreur grave que commettent certains auteurs classiques en désignant cette fonction sous le nom de *respiration diurne*.

Dans les ouvrages de botanique, on confond ordinairement, sous la dénomination de *chlorophylle*, le pigment et le protoplasma qu'il colore. Au chapitre intitulé « Produits cellulaires », M. de Lanessan critique, à juste titre, cette manière de voir, et, pour distinguer ces deux objets, dont la séparation est d'ailleurs facile, il nomme *protoplasma chlorophyllé* la substance protoplasmique qui sert de substratum à la matière colorante verte, et donne à cette dernière le nom de *pigment chlorophyllien*. Quant à la constitution de ce pigment, l'opinion qui lui semble la plus probable est celle de Verdeil, qui a été reprise récemment par M. Pringsheim et confirmée par les recherches de M. A. Gautier, opinion d'après laquelle, contrairement aux assertions de MM. Frémy

et Kraus, le pigment chlorophyllien serait une espèce chimique simple, dont la phylloxanthine, la phyllocyanine, l'étioline, l'anthoxanthine, la xanthophylle et la phycoérythrine ne seraient que des dérivés.

Vient ensuite l'exposé des modifications que subissent les membranes cellulaires, soit normalement, soit accidentellement, et qui donnent lieu à la production de différents corps (aleurone, amidon, inuline, sucres, mannes, matières grasses et cireuses, mucilages, gommes, etc.), à l'étude desquels sont consacrés autant de chapitres dont l'étendue est proportionnée à leur importance au point de vue médical. Pour les *matières grasses*, les *huiles essentielles*, les *résines*, les *baumes*, les *gommes résines*, les *oléo-résines* et les *latex*, l'auteur reproduit, d'après le *Traité pratique de la détermination des drogues simples d'origine végétale*, de M. G. Planchon, une série de tableaux synoptiques résumant les caractères distinctifs des différentes sortes employées en thérapeutique.

La seconde partie de la *Botanique médicale* renferme l'histoire de la Phanérogamie et celle de la Cryptogamie.

L'auteur débute par un exposé très clair et très complet des connaissances actuelles sur la morphologie, la structure, la physiologie et le rôle des divers organes des plantes phanérogames, qu'il divise en deux classes : les Métaspermes (*Dicotylédones* et *Monocotylédones*) et les Archispermes (*Gymnospermes* Auct.), celles-ci établissant le passage aux Cryptogames vasculaires. Puis il passe à l'étude des familles, dont plusieurs, notamment les Magnoliacées, les Saxifragacées, les Rutacées, les Papavéracées, les Géraniacées, les Malvacées, les Rubiacées, les Térébinthacées, etc., sont traitées dans les limites que leur a assignées M. le professeur H. Baillon, dans son *Histoire des Plantes*. A l'exemple de Payer (*Leçons sur les familles naturelles des plantes*), l'auteur donne, pour chaque famille, l'exposé des caractères *constants* et des caractères *variables*, la diagnose des tribus, l'indication des genres principaux, l'habitat et la description, souvent très détaillée, des espèces qui intéressent, soit directement, soit par leurs produits, la matière médicale ou la thérapeutique. A ce point de vue, plusieurs familles ont reçu des développements particuliers ; telles sont principalement les Renonculacées, les Magnoliacées, les Rosacées, les Légumineuses, les Rutacées, les Euphorbiacées, les Ombellifères, les Solanacées, les Amomacées, etc. Beaucoup de figures très bien faites et un grand nombre de détails organographiques et de coupes histologiques accompagnent les descriptions de la plupart des espèces ou des substances utiles.

Pour les plantes cryptogames, M. de Lanessan traite également avec une certaine étendue les différentes familles, en insistant tout particulièrement sur le polymorphisme et sur les phénomènes si remarquables que présentent ces végétaux en ce qui concerne leur fécondation et leur reproduction. Au point de vue de la classification, on remarquera que les *Lichens* sont réunis aux *Champignons* et que les *Volvox*, ces êtres ambigus considérés par certains auteurs comme des animaux, sont placés parmi les *Algues*. D'autre part, nous devons signaler, à la suite des *Saccharomycètes*, dont les principales espèces sont longuement décrites d'après Luerssen, le très remarquable article dans lequel sont résumées aussi clairement que possible les opinions des Pasteur, Schützenberger, Liebig, Berthelot, Béchamp, Bréfeld, Traube, Mayer, etc., sur la question si discutée de la fermentation alcoolique, puis l'important chapitre qui traite des *Schizomycètes* et du rôle que jouent ces organismes dans les fermentations visqueuse, lactique, ammoniacale, butyrique, cellulosique, putride, etc. L'auteur y reproduit, d'après Wunsche, le tableau synoptique des genres et la description des espèces actuellement connues.

La *Botanique médicale* se termine par une table analytique et par le tableau des médicaments d'origine végétale qui figurent dans le droguier de la Faculté de médecine de Paris avec l'indication de leurs caractères et la description sommaire des plantes qui les fournissent.

2° Zoologie. — Tandis que le règne végétal est étudié en rétrogradant des plantes phanérogames aux Schizomycètes, le règne animal procède des Protozoaires aux Vertébrés. Pour ce dernier règne, la classification adoptée diffère notablement de toutes celles qui ont été suivies jusqu'à présent dans les Traités de Zoologie. M. de Lanessan divise les Animaux en Protozoaires (*Monériens*, *Amœbiens*, *Foraminifères*, *Radiolaires*, *Grégariniens*, *Infusoires*) et en Métazoaires ; ceux-ci se distinguant essentiellement « en ce qu'ils se reproduisent tous à l'aide de cellules femelles nommées *œufs* qui, après avoir été fécondées par leur fusion avec une cellule mâle ou *spermatozoïde*, se segmentent toujours pour produire un *embryon* ou individu rudimentaire pluricellulaire. » Les *Métazoaires* se composent : 1° des Cœlentérés, en tête desquels sont placée les *Spongiaires ;* 2° des Vers, dont les limites dépassent beaucoup celles qu'on leur accorde d'ordinaire, puisque l'auteur y fait rentrer, non seulement les *Plathelminthes*, les *Némathelminthes*, les *Annélides*, les *Rotifères*, les *Briozoaires* et les *Géphyriens*, mais encore les *Echinodermes*, les *Brachiopodes* et les *Mollusques;* 3° des Arthropodes, dans lesquels viennent se ranger, outre les *Péripatidés*, considérés comme constituant le passage aux Vers supérieurs, les *Crustacés*, les *Arachnides*, les *Myriapodes* et les *Insectes;* 4° les Protovertébrés, groupe de création absolument nouvelle, comprenant d'une part les *Ascidiens* (*Tuniciers* des auteurs), d'autre part les *Leptocardiens* ou *Acraniens* que M. de Lanessan considère comme ayant donné naissance à tous les Vertébrés ; 5° enfin les Vertébrés, renfermant les *Poissons*, les *Amphibiens*, les *Reptiles*, les *Oiseaux* et les *Mammifères*.

Quant à la méthode mise en pratique pour faire connaître l'organisation, le développement, la manière de vivre et les propriétés diverses des Animaux, elle est tout à fait différente de celles qui sont suivies dans les ouvrages de même nature. L'auteur procède du simple au composé. Il étudie d'abord successivement les principaux types de chaque division, en faisant porter son exposition sur une espèce déterminée, choisie autant que possible parmi celles que les médecins ont le plus d'intérêt à connaître ; il suit pas à pas l'évolution de cette espèce depuis son état le plus rudimentaire jusqu'au moment où elle a atteint la forme adulte et est devenue apte à se reproduire. Puis, après avoir examiné en détail les principales formes d'un groupe, il résume leurs caractères en faisant ressortir les relations et les différences qui existent entre elles et en déterminant la place que le groupe entier doit occuper dans la classification. Plus de huit cents figures, ayant trait surtout à l'anatomie et à l'embryologie, ajoutent encore à la clarté et à la précision des descriptions qu'il donne des animaux qui ont quelque importance au point de vue médical.

En résumé, on doit considérer le *Manuel d'histoire naturelle médicale* de M. de Lanessan, comme le tableau le plus complet qui ait encore été publié de l'état actuel des connaissances acquises en Botanique et en Zoologie. A ce point de vue surtout, l'ouvrage nous paraît appelé à rendre de grands services.

Ed. L.

Index bibliographique.

Étude sur les myélites syphilitiques, par M. Savard, thèse de Paris. — Delahaye et Lecrosnier, 1882.

Cette bonne thèse nous apporte un aperçu des données actuelles sur les myélites syphilitiques, qui pourrait être considéré comme complet, si l'ataxie syphilitique y avait une plus large place.

Les déterminations médullaires de la syphilis appartiennent

presque toujours à la période tertiaire, débutent quatre ou cinq ans après l'accident initial; les lésions répondent au processus scléreux et occupent les méninges, la névroglie, surtout les vaisseaux (endo et péri-artérite). Elles sont généralement diffuses, et l'auteur semble même incliner, — sans fournir de preuves à l'appui de cette opinion — à nier l'existence des myélites systématisées dans la syphilis. Quant aux symptômes, ils n'offrent rien de particulier; cependant, en général, l'impuissance, les troubles du côté des sphincters ouvrent la scène morbide; les altérations de la sensibilité sont d'ordinaire peu accusées. La marche de ces myélites est le plus souvent lente, à poussées successives, avec tendance aux récidives ou aux rechutes. Les cas aigus sont rares. Le pronostic doit toujours être très réservé, quelle que soit l'énergie du traitement spécifique ou local.

VARIÉTÉS

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour trois places de chirurgiens du Bureau central.* — Par suite de la démission de M. Berger, retenu par un deuil de famille, le jury du concours est ainsi définitivement composé : MM. Le Dentu, Duplay, Lannelongue, Panas, Richet, Terrier, Terrillon, Tillaux et Gombault. — Le concours a commencé le lundi 8 mai.

Hôpital des enfants malades (149, rue de Sèvres). — *Clinique et cérébroscopie.* — M. le docteur Bouchut reprendra ses leçons cliniques, le mardi 23 mai 1882, et commencera par l'étude de la *cérébroscopie* au moyen de projections lumineuses des images du fond de l'œil dans les maladies du cerveau. — Les réunions auront lieu tous les mardis, à huit heures et demie.

Prix Riberi de 20 000 francs. — Le sujet adopté par l'Académie de médecine de Turin pour le concours au prix Riberi 1886 est le suivant : *Recherches embryologiques pour l'avancement de nos connaissances sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'homme.*

Les conditions du concours sont les suivantes : 1° pour être admis au concours, les travaux imprimés ou manuscrits doivent être écrits en italien, en français ou en latin; 2° les travaux doivent être publiés postérieurement à 1881, et ils devront être envoyés en double exemplaire et franc de port à l'Académie; 3° les manuscrits doivent être écrits lisiblement; l'Académie conserve l'original et permet à l'auteur d'en tirer des copies à ses frais; 4° si l'Académie confère le prix à un travail manuscrit, l'auteur devra, avant de recevoir le prix, le publier et remettre à l'Académie deux copies de la publication.

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Edouard-Frédéric-Antoine Labarraque, ex-interne des hôpitaux de Paris, ex-médecin du Bureau de bienfaisance du X° arrondissement, membre honoraire de la Société anatomique, membre de la Société médico-pratique, de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance et de celle du X° arrondissement, décédé le 10 mai courant, à l'âge de trente-six ans. Le docteur Edouard Labarraque, qui par son savoir, son honorabilité, son dévouement à la profession, continuait les traditions paternelles, était fils de notre sympathique confrère M. Henri Labarraque.

Mortalité a Paris (19° semaine, du vendredi 5 au jeudi 11 mai 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1140, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 36. — Variole, 20. — Rougeole, 33. — Scarlatine, 9. — Coqueluche, 0. — Diphthérie, croup, 68. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 12. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 58.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 236. — Autres tuberculoses, 15. — Autres affections générales, 73. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 47. — Bronchite aiguë, 27. — Pneumonie, 91. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 48; au sein et mixte, 27; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 83; de l'appareil circulatoire, 60; de l'appareil respiratoire, 51; de l'appareil digestif, 43; de l'appareil génito-urinaire, 31; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 3. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 1; causes non définies, 0. — Morts violentes, 38. — Causes non classées, 12.

Conclusions de la 19° semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1203 naissances et 1140 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1208, 1300, 1341, 1177. Le chiffre de 1140 décès relevé dans le bulletin de ce jour est donc inférieur à chacun des chiffres des quatre dernières semaines. La comparaison avec la 18° semaine des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir : une atténuation pour la fièvre typhoïde (36 décès au lieu de 37 pendant la 18° semaine), la variole (20 au lieu de 25), la rougeole (33 au lieu de 38), l'infection puerpérale (5 au lieu de 10); — une aggravation pour la scarlatine (9 décès au lieu de 4), la diphthérie (68 au lieu de 52), l'érysipèle (12 au lieu de 6).

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

Sommaire du n° 1 du tome II de *l'Encéphale.* — *Travaux originaux :* Considérations sur un cas d'hallucinations de l'ouïe consécutives à une inflammation de l'oreille moyenne. *Communication faite à l'Académie de médecine,* par M. le professeur B. Ball. — Contribution à l'étude des lésions du quatrième ventricule dans le diabète spontané, par M. le docteur J. Luys. — De l'insanité dans la paralysie-agitante, par M. le professeur B. Ball. — Note sur un cas de névrose viscérale avec hypochondrie, par M. le docteur E. Chambard. — Folie simulée par une aliénée inculpée de tentative d'assassinat, par M. le docteur Marandon de Montyel. — De la surdimutité par otopiesis, par M. le docteur Boucheron — Un mot sur la superstition et la folie chez les nègres du Zambèze, d'après les notes de M. R. Gaffard, par M. le docteur E. Régis. — Onanisme avec troubles nerveux, par M. le docteur Zambaco. — *Archives cliniques :* Athétose consécutive à une hémiplégie infantile, par M. le docteur E. Chambard. — *Revue analytique des Sociétés savantes.* — *Bibliographie française et étrangère.* — *Revue des journaux français et étrangers.* — *Variétés.* — *Faits divers.* — *Nouvelles.* — *Nécrologie.* — *Index bibliographique.* — Paris, G. Masson, éditeur.

Sommaire du n° 4, du 25 avril 1882, des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie.* — *Mémoires originaux :* I. Des folliculites vulvaires externes, par Gougenheim et Soyer. — II. Etude sur la lèpre, par Frédéric Erklund. — III. Sur une nouvelle espèce de seringue uréthrale, par Balmanno, Squire. — *Recueil de faits :* Accidents tardifs de syphilis apparaissant en d'anciens foyers traumatiques, par Malécot. Note revue par M. Verneuil. — *Revues générales.* — *Revue de dermatologie étrangère.* — *Variations.* — *Bibliographie.* — Paris, G. Masson, éditeur.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Travaux d'obstétrique et de gynécologie, précédés d'Éléments de pratique obstétricale, par M. le professeur Pajot. 1 vol. in-8 de 679 pages. Paris, Lauwereyns. 12 fr.

Du traitement des fractures des membres. nouvelle méthode dispensant du séjour au lit et permettant le transport immédiat, sans douleur au moyen de nouveaux appareils en zinc laminé, par M. Raoult Deslonchamps. 1 vol. in-8 de 440 pages avec figures. Paris, J. B. Baillière et fils. 6 fr.

La technique de la palpation et de la percussion, par MM. les docteurs Ch. Lasègue et J. Grancher. 1 brochure in-8 avec figures. Paris, Asselin et C°. 1 fr. 50

Le progrès en médecine par l'expérimentation. Leçons de pathologie comparée faites au Muséum d'histoire naturelle (1880-1881), par M. H. Bouley. 1 vol. in-8 de 700 pages. Paris, Asselin et C°. 12 fr.

L'enfant. Causeries sur la manière d'élever les enfants, par M. le docteur Tony Blanche. 1 vol. in-18. Paris, Asselin et C°. 2 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imprimerie Emile Martinet, rue Mignon, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité,* chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 18 mai 1882.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DES MALADIES PAR RALENTISSEMENT DE LA NUTRITION. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine.

Notre très distingué confrère M. Mathias Duval a été élu mardi membre de l'Académie de médecine dans la section d'anatomie et de physiologie. Son tour, comme on dit, était venu : aussi a-t-il obtenu une très forte majorité. L'Académie se trouvait du reste en présence d'une liste de candidats qui ne faisait pas courir à ses suffrages le risque d'être mal placés.

Deux rapports ont été lus par un des plus zélés membres de la compagnie M. Woillez, l'un concernant un mémoire lu en séance au mois de septembre de l'année dernière (*Gaz. hebd.*, 1881, p. 597) par M. le docteur Smetter et relatif *à la respiration par le nez et la bouche;* l'autre sur un *procédé de secours aux asphyxiés* proposé par M. le docteur de Chilly. Ce procédé, qui consiste à convertir la cage thoracique en un soufflet dont les fausses côtes constituent les ailes, en exerçant des pressions successives avec les doigts fortement enfoncés sous le rebord costal de chaque côte, n'imite que bien imparfaitement, comme le rapporteur le fait remarquer, le procédé de la nature, dans lequel la grande, la principale aile du soufflet est représentée par le diaphragme, qui est inerte chez les asphyxiés. Cependant, il peut avoir de l'avantage sur les pressions latérales du thorax, et l'auteur rapporte un exemple de succès dont l'importance mérite considération.

Quant aux questions soulevées par le rapport de M. Lagneau sur le *recrutement militaire*, elles reviendront dans la prochaine séance avec la nouvelle conclusion que MM. Lagneau, Larrey et M. Perrin ont été priés d'arrêter en commun.

Des maladies par ralentissement de la nutrition.

La génération médicale qui a fait notre éducation scientifique s'est toujours montrée indifférente et même hostile à toute tentative de synthèse, à tout essai de systématisation en médecine. C'est en vain que Chauffard lutta contre les tendances trop exclusives de son époque, et son éloquence, souvent entraînante, toujours chaude de conviction, n'a guère trouvé d'écho. Tel ne sera pas le sort de son successeur à l'École ; aujourd'hui, de larges horizons s'ouvrent de-

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

La colectomie. — Ce que devient la gastro-stomie. — L'ovariotomie au Chili. — Le congrès médical allemand à Wiesbaden. — La dernière séance du congrès de Londres. — Quelques réflexions au sujet des comptes rendus des congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences.

Encore un mot nouveau pour désigner une chose déjà vieille : COLECTOMIE, ce qui veut dire : résection du côlon. L'opération consiste à ouvrir l'abdomen comme dans toutes les gastrotomies et à réséquer la portion d'intestin affectée de cancer ; ensuite, les uns abouchent le bout supérieur de l'intestin dans le bout inférieur, et les autres suturent les deux bouts dans la plaie comme dans l'opération de l'anus contre nature ordinaire. L'inventeur du mot est M. John Marshall, professeur de chirurgie à University college, mais la chose avait été mise à exécution, en 1833, par Reybard (de Lyon) avec plein succès, puisque le malade survécut dix mois, dont six avant la moindre apparence de récidive. Cet heureux résultat n'avait pas toutefois encouragé les opérateurs, car jusqu'en 1877 aucun chirurgien n'osa recommencer la tentative de Reybard, bien qu'elle fût signalée dans tous les livres classiques. En 1877, Güssenbauer, alors à Liège, enleva aussi un cancer de l'S iliaque; son opéré ne survécut que quinze heures. Baum (de Dantzig) fut un peu plus heureux en 1878, car l'infortuné sujet qu'il entreprit ne mourut que neuf jours après. Martini (de Hambourg), dans l'espoir d'un meilleur succès, renouvela la tentative de ses collègues, mais il n'eut pas le temps d'en voir ni d'en publier les résultats, car il mourut lui-même peu de jours après l'opération. Nous connaissons, par la thèse d'agrégation de M. Peyrot, l'histoire de la colectomie pratiquée par le professeur Guyon : l'opéré mourut quelques heures après (1879). Czerny (de Heidelberg), en 1880, et Bryant (de Londres), en 1881, obtinrent un succès opératoire

vant la pathologie générale, et cette rénovation, qui a pour point de départ, non plus « des vérités traditionnelles », mais des notions acquises par les procédés de l'observation la plus rigoureuse, promet d'être d'autant plus féconde que la thérapeutique comme la prophylaxie sont grandement intéressées à la solution des problèmes actuellement débattus.

Ces notions, qui constituent en quelque sorte la clef de voûte de l'édifice doctrinal nouveau, nous les devons d'une part aux recherches contemporaines relatives à l'influence pathogénique des organismes inférieurs et, d'autre part, aux travaux modernes sur les phénomènes nutritifs dans les conditions normales ou pathologiques.

Le livre de M. Duclaux sur les ferments vient de fournir à un de nos collaborateurs l'occasion d'esquisser ici l'état actuel de la science au sujet des processus infectieux; c'est pour nous une bonne fortune de pouvoir montrer que certaines perversions du mouvement nutritif doivent être envisagées comme causes de maladies, en prenant pour guide le remarquable ouvrage de M. le professeur Bouchard qui vient de paraître (1). Analyser, même à grands traits, une œuvre de cette portée, si nourrie de faits, serait chose impossible; mais qu'il nous soit permis d'en indiquer l'idée maîtresse, montrer la haute valeur pratique des idées qu'elle vulgarise, au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique générales et spéciales.

I

« Dans un temps donné, l'homme sain transforme complè-
» tement une quantité déterminée de matières organiques
» alimentaires, et par des étapes successives digestives et nu-
» tritives, les fait passer définitivement à l'état d'eau, d'acide
» carbonique et d'urée. Si, dans le même temps, l'homme
» ne peut faire passer à l'état de combustion parfaite qu'une
» quantité moindre de matières, ou si, dans le même temps,
» il n'amène la même quantité de matières qu'à des degrés
» inférieurs de métamorphose, s'il livre aux émonctoires
» non plus l'eau et l'acide carbonique, mais des acides or-
» ganiques fixes et volatils, non plus l'urée, mais un excès
» d'acide urique et de matières extractives, il y a alors, sui-
» vant l'expression de Beneke, nutrition ralentie ou retar-
» dante. » C'est à la torpeur du mouvement nutritif, définie dans ces termes par M. Bouchard, qu'il faut rapporter un grand nombre de processus morbides dont les affinités avaient depuis longtemps frappé les observateurs. En raison de la parenté étiologique qui existe entre le rhumatisme ou la goutte et diverses maladies, telles que l'obésité, la lithiase biliaire, la gravelle, le diabète sucré, on en était venu à rattacher ces espèces morbides à une diathèse commune, l'arthritis. Mais cette synthèse, pour être utile en nosologie, n'élucidait en aucune façon le problème pathogénique, puisque les conditions productrices de l'arthritis étaient inconnues. C'est donc une notion nouvelle que M. Bouchard introduit dans la science, en montrant que toutes ces maladies ont une origine commune, le ralentissement des mutations nutritives, dont elles ne sont que des expressions symptomatiques. La formule si vague de diathèse arthritique fait ainsi place à une conception bien plus satisfaisante; car elle s'étaie à la fois sur les données étiologiques, sur l'analyse clinique, sur la chimie biologique, et enfin sur l'expérimentation.

(1) *Des maladies par ralentissement de la nutrition.* Cours de pathologie générale professé à la Faculté de médecine de Paris pendant l'année 1879-1880, par M. Ch. Bouchard. Recueilli et publié par le docteur H. Frémy (Paris, Savy, 1882).

Certes, ce trouble nutritif, la *bradytrophie*, pour employer l'heureuse dénomination proposée par Landouzy, n'est pas incompatible avec un état de santé au moins apparent; mais du moment où divers principes immédiats, les acides organiques, la graisse, les matières protéiques sont incomplètement oxydés dans l'économie, ou qu'une proportion plus élevée d'oxygène devient nécessaire pour en effectuer la combustion, l'équilibre organique est singulièrement ébranlé. La moindre cause provocatrice, la plus légère infraction à l'hygiène, pourra dès lors amener un éclat soudain, et donner lieu à un processus pathologique, épiphénomène aigu du trouble humoral latent ou passé inaperçu depuis des années; tel est le cas pour certaines crises de colique hépatique, pour certains accès de goutte dont une médication opportune eût pu peut-être empêcher l'apparition.

La torpeur de la nutrition a pour résultat l'accumulation tantôt des acides organiques, tantôt des graisses, de la cholestérine en particulier, tantôt du sucre; suivant que tel ou tel de ces principes échappe en partie à l'oxydation, et devient ainsi une véritable matière peccante, on voit se produire telle ou telle maladie. On peut donc, théoriquement, étudier à part la lithiase biliaire due à l'accumulation de la cholestérine dans le foie, la polysarcie provenant de l'oxydation incomplète des graisses, le diabète qui tient à un défaut de l'assimilation de sucre par les tissus, enfin la gravelle, causée par un excès d'acide urique dans les voies d'excrétion. Mais, si la distinction de ces divers genres morbides est indispen-

---

aussi beau que celui de Reybard, car l'opéré du premier survécut sept mois et demi, et celui du second était encore en bon état au bout de cinq mois. L'opéré de M. Marshall mourut, cinquante-deux heures après l'opération, de péritonite généralisée. Je ne puis entrer ici dans les détails de tous ces cas. Les huit colectomies, toutes faites sur des cancéreux, ont donné quatre morts, trois succès et un résultat inconnu. Quand on fera l'histoire de cette opération, on ne manquera pas, je pense, de signaler les lésions viscérales trouvées à l'autopsie des opérés morts de l'intervention chirurgicale, car c'est là le *clou* de la question.

— Une autre gastrotomie qui a bien fait son chemin depuis quelques années, grâce au procédé préconisé et au succès obtenu par le professeur Verneuil, c'est la gastro-stomie. Je serais bien embarrassé s'il me fallait dire à quel chiffre se montent actuellement les opérations et les succès, mais je crois bien ne pas exagérer en disant que, depuis 1876, on a pratiqué quarante fois la gastro-stomie avec quinze bons résultats et vingt-cinq mauvais. J'appelle bons résultats ceux qui ont permis aux malades de vivre sans trop de peine pendant quelques mois, alors qu'ils étaient voués à la mort à bref délai si on eût gardé l'expectation pure et simple; les mauvais résultats sont ceux qui n'ont procuré aux opérés qu'une amélioration minime ou nulle, ou même qui ont accéléré leur fin. Les meilleures de toutes sont données par l'opération faite en cas de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, lorsque la muqueuse de l'estomac n'a été que peu ou pas altérée par le caustique; car parfois celui-ci, avalé intempestivement, produit en même temps des eschares sur la paroi œsophagienne, (d'où le rétrécissement qui nécessite l'opération) et sur la paroi stomacale; or, ces dernières empêchent la digestion des aliments portés directement dans l'estomac après la gastrostomie, et les opérés succombent à l'inanition comme si on n'avait rien fait. Les plus mauvais résultats s'observent chez les cancéreux. Ceux-ci, en effet, supportent mal la gastro-stomie,

sable, à l'exposition didactique, elle, est moins fondée en pratique; car il est rare que ces processus se produisent à l'état isolé.

On conçoit *a priori* qu'alors même « qu'un principe immédiat est plus particulièrement soustrait à la destruction, les autres principes immédiats, à des degrés divers, subissent également un arrêt ou un ralentissement dans leurs transformations nutritives ». Ainsi, pour prendre un exemple, la chimie biologique explique comment le défaut d'oxydation des acides, ayant pour conséquence une élaboration insuffisante de la cholestérine, devient un des facteurs de la lithiase biliaire.

D'un autre côté, l'étude des coïncidences morbides, et l'analyse des antécédents personnels montrent qu'à chaque maladie caractérisée par la combustion imparfaite d'un principe immédiat s'associent, le plus souvent, divers processus morbides dûs à l'accumulation d'autres substances organiques. Les statistiques, fournies par M. Bouchard, d'autant plus probantes qu'il les emprunte à son observation personnelle, ne laissent place, sur ce point, à aucun doute.

L'influence héréditaire est tout aussi évidente et l'observateur sagace peut suivre, à travers les familles, les diverses modalités cliniques qui sont symptomatiques de la nutrition retardante. La diathèse bradytrophique ne fait ainsi souvent que s'accentuer des ascendants aux descendants, alors surtout que les générations successives ont le même genre de vie.

Entre tous les exemples à invoquer, nul n'est plus saisissant que celui que la race juive fournit à M. Bouchard. Prédilection pour les professions sédentaires, pour le travail de comptoir ou de bureau, répugnance, au contraire, pour les métiers manuels, pour les exercices physiques qui demandent la vie en plein air, existence aussi confortable que possible, alimentation abondante et recherchée, ce sont autant de facteurs dont l'action séculaire n'est pas contre-balancée par des croisements; ainsi s'explique l'extrême fréquence, chez les Juifs, de toutes les maladies d'origine bradytrophique, depuis l'obésité et la lithiase biliaire, jusqu'à la goutte et surtout, en raison de leur névrosisme, le diabète.

Il faut remarquer d'autre part que, chez les bradytrophiques, tous les processus morbides, quelle qu'en soit la nature, ont une évolution spéciale, qu'une bronchite, qu'une blennorrhagie par exemple, affectent chez eux des allures toutes particulières; la bradytrophie a donc tous les caractères d'un « tempérament morbide », d'une diathèse.

Or, qui dit diathèse, dit état permanent. Et cependant, dans maintes circonstances, le trouble nutritif est passager, parce qu'il tient à des causes accidentelles, comme une alimentation défectueuse ou une hygiène mal entendue. Tel est le cas pour le rachitisme, maladie imparfaitement connue dans son essence, mais dont les rapports étiologiques avec une hygiène vicieuse ne sauraient être contestés; de même l'obésité peut tenir à certaines circonstances accidentelles, comme le passage d'une vie active à une existence sédentaire, chez l'homme adulte, comme les diverses péripéties de la vie génitale chez la femme. La grossesse nous offre, en quelque sorte, le type de la bradytrophie aiguë et passagère; d'où la gravité, chez la femme enceinte, de certains processus morbides généralement bénins, comme un ictère catarrhal; d'où la production fréquente, à la suite de couches, chez les prédisposées, de toutes les manifestations bradytrophiques, obésité, lithiase biliaire, etc. Et cependant, question obscure, pourquoi la goutte est-elle si rare dans le sexe féminin?

Anomalie d'autant plus remarquable qu'il faut voir dans la *goutte* la détermination par excellence de la diathèse bradytrophique. C'est chez le goutteux, en effet, que l'étude des coïncidences morbides, des antécédents personnels ou héréditaires, démontre le plus nettement la parenté étiologique des processus que nous avons en vue dans cet article; c'est chez lui que l'on trouve réunis tous les caractères de la nutrition retardante. Sans doute l'uricémie joue un rôle considérable dans la pathogénie de la goutte; mais, comme le prouve surabondamment M. Bouchard dans sa remarquable étude de cette maladie, l'uricémie n'est qu'un des éléments de trouble nutritif, qui, portant dans ce cas directement sur les substances organiques de l'ordre le plus relevé, les matières protéiques, et indirectement au moins sur tous les principes immédiats, peut par suite donner lieu à toutes les manifestations de la nutrition retardante. A en juger par la multiplicité des accidents de la goutte dite larvée ou métastatique, on voit combien le domaine de la bradytrophie est étendu.

Si nous n'avons pas encore parlé du *rhumatisme*, c'est qu'en réalité la pathogénie de cette maladie est encore fort obscure; analogies symptomatiques, anatomiques, étiologiques, existence d'un certain état, mal déterminé encore, de dyscrasie acide, ce sont autant d'arguments en faveur de la théorie qui met le rhumatisme sous la dépendance de la nutrition retardante. Mais, comme il n'est pas démontré qu'en

---

comme toutes les autres opérations; quand ils ne meurent pas dans les quelques jours qui la suivent, leur survie se divise en trois périodes bien nettes: une période d'amélioration pendant laquelle, pouvant ingérer des aliments en assez grande quantité par leur bouche artificielle, ils reprennent de l'embonpoint et des forces, — une période de *statu quo* très courte en général, — puis une période d'affaiblissement qui se termine plus ou moins rapidement par la mort. Dans les cas les plus favorables jusqu'ici, tout ce drame s'est déroulé en six mois au plus. M. Thomas Bryant, l'habile chirurgien de Guy's Hospital, à Londres, vient de publier un fait remarquable de ce dernier genre (*The Lancet*, 6 mai). Grâce à un procédé encore perfectionné, sur les mérites duquel nous ne pouvons discuter ici, le malade a très bien guéri de l'opération, et l'amélioration a duré sept semaines; depuis, son poids a commencé à diminuer, et depuis un mois il s'affaiblit de jour en jour. Au cinquième mois (2 mai), la déchéance organique continuait.

— Les hasards de la chronique nous amènent à parler encore d'une autre espèce de gastrotomie: l'ovariotomie. Cette opération a été pratiquée jusqu'à présent treize fois au Chili. La première fut faite par notre compatriote M. le docteur Thévenot, qui, à la fin de son internat, en 1865, croyons-nous, est allé tenter à Santiago la fortune; celle-ci ne fut pas trop cruelle envers lui, et entre autres faveurs lui accorda celle de mener à bonne fin une opération difficile, et de guérir son opérée. La seconde fut faite par le docteur Page, sans succès; la troisième par le docteur Thiele (Allemand) avec succès; la quatrième et la cinquième, sur la même personne, par le docteur Dessauer (Allemand) avec succès; la sixième et la septième par le docteur Cooper (Anglais) avec succès; la huitième par le docteur Schrœders (Finnois) avec succès; la neuvième, qui fut double et sans succès, par le docteur Cannon (Irlandais); la dixième, par le même, avec succès; la onzième, à Conception, avec succès; la douzième et la treizième, pratiquées dans les hôpitaux généraux de Valparaiso et de San-

réalité il dérive de cette acidité des humeurs, comme la délimitation des maladies rhumatismales n'est pas encore bien établie, cette doctrine, quelque séduisante qu'elle soit, reste toujours à l'état d'hypothèse.

La question se complique encore quand l'enquête physiologique porte sur les pseudo-rhumatismes des maladies générales, blennorrhagie, puerpéralité, scarlatine, pyohémie, etc. Quelle place faut-il leur faire en nosologie? S'il n'est pas permis de se prononcer d'une manière absolue, il semble cependant qu'on peut, à la lueur des idées modernes sur les altérations humorales et les processus infectieux, donner une solution satisfaisante de ce problème, objet de tant de controverses. Les lésions des séreuses articulaires ou viscérales, les congestions, les inflammations rhumatismales de toute nature seraient dues à des décharges de matières peccantes sur certaines régions de l'économie, matières peccantes qui tantôt sont les produits d'une désassimilation imparfaite, comme dans le rhumatisme vrai, tantôt des organismes inférieurs, comme dans les maladies infectieuses, tantôt enfin des substances toxiques, comme dans les arthropathies saturnines.

On pourrait voir dans les accidents dits rhumatismaux le trait d'union entre les deux grandes familles morbides, qui absorbent presque toute la pathologie, maladies par vice de la nutrition et maladies infectieuses.

II

« En médecine, toute théorie doit être jugée par la clinique, par l'application au malade. Or, la véritable application d'un système, son criterium par excellence, c'est la thérapeutique. » On voit par cette citation que la pathologie générale d'aujourd'hui ne perd jamais de vue le but à atteindre, que ses efforts tendent toujours à l'institution d'une thérapeutique rationnelle. Grâce à elle, on sort de l'ornière empirique pour grouper, à propos de chaque maladie, tous les moyens de traitement autour des indications thérapeutiques qui découlent de la théorie pathogénique. Aussi les développements de cet ordre, d'autant plus nécessaires qu'il s'agit de maladies chroniques, qui demandent une intervention incessante, occupent-ils dans les leçons de M. Bouchard une large place.

Malheureusement, l'analyse perd tous ses droits dans ces questions de détail, car chacune des maladies qui relèvent de la nutrition retardante demande un traitement spécial, selon que l'un ou l'autre des principes immédiats échappe à la combustion. Qu'il s'agisse, par exemple, du diabète, on devra restreindre l'introduction du sucre par une alimentation bien comprise, qui apporte à l'économie une quantité suffisante de matières plastiques et combustibles, lutter contre la déshydratation des tissus, enfin faciliter l'élimination du sucre par les voies d'excrétion. Et, à ce propos, M. Bouchard fait voir pourquoi la voie rénale est préférable aux autres. Les spoliations aqueuses, par les intestins, par la peau, sont plus nuisibles qu'utiles; car 1 litre de sueur n'emporte que 5 grammes de sucre, et 1 litre de sueur diminue de 1 litre la quantité des urines, et 1 litre d'urine pourrait éliminer jusqu'à 140 grammes de sucre.

Et ce qui est vrai pour le sucre, ne l'est pas moins pour l'urée et d'autres produits excrémentitiels. C'est ce qui explique que les sudations provoquées ont souvent des effets désastreux, chaque fois que l'économie doit se débarrasser d'une substance nocive, quand, par exemple, elle est sous le coup de l'intoxication urémique.

Mais, au-dessus de ces indications spéciales, propres à chaque maladie, se place nécessairement l'indication « dominante » commune à toutes, qui est d'activer le mouvement nutritif. Comme, le plus souvent, il s'agit d'un état constitutionnel, congénital, il faut, dès l'enfance, surveiller l'hygiène des prédisposés. Vie en plein air, à la lumière, au soleil, loin des bastilles de l'internat, frictions sèches, lotions froides, hydrothérapie, travail intellectuel modéré, alimentation réparatrice, mais non exclusive; telles sont les lignes principales de cette éducation physique. Et plus tard, si telle ou telle maladie qui a ses sources dans la torpeur de la nutrition vient à se manifester, c'est encore dans une hygiène bien entendue que le malade trouvera sa sauvegarde.

Sur tous ces points, M. Bouchard ne craint pas d'entrer dans des détails parfois minutieux; et nul de ceux qui liront cet ouvrage, — et, grâce au soin que M. H. Frémy a apporté à la rédaction de ces leçons, c'est chose attrayante, — nul, je crois, n'hésitera à en ratifier la conclusion: « La doctrine permet de choisir, parmi les indications innombrables et confuses de l'empirisme; elle simplifie et éclaire la thérapeutique; elle guide la prophylaxie, sous la réserve de la vérification et du contrôle de l'expérience. »

L. Dreyfus-Brisac.

---

tiago, furent suivies de mort. On a ainsi comme résultat une proportion de 68 pour 100 de guérisons, résultat que l'on peut considérer comme excellent, si l'on tient compte des mauvaises conditions hygiéniques qui règnent encore en maîtresses dans les hôpitaux du Chili où ont été faites la plupart des ovariotomies dont nous venons de parler.

— Les congrès se multiplient de plus en plus; chaque année en voit éclore de nouveaux. En 1882, ce sont les médecins allemands qui viennent de se réunir à Wiesbaden pour y discuter sur la néphrite et la maladie de Bright, sur l'étiologie et le microbe de la tuberculose, sur le traitement antipyrétique, etc. Ce premier congrès médical allemand s'est ouvert le 20 avril dernier, sous la présidence du professeur Frerichs, et en présence de cent cinquante membres environ. M. Frerichs, dans son discours d'ouverture, très bref d'ailleurs, a signalé la tendance actuelle de la médecine à se scinder en spécialités multiples, tendance qui exista autrefois pendant un certain temps à Alexandrie, et à Rome parmi les contemporains de Galien. Parlant de la médecine allemande, il dit qu'elle se tenait sur son propre fonds, et que pendant très longtemps elle n'eut besoin d'aucun guide étranger, ni d'aucune impulsion venue du dehors; qu'au demeurant, elle a toujours été prête à rendre sur ce point à César ce qui appartenait à César.

Le discours de M. Frerichs laisserait supposer que la médecine allemande n'a que rarement emprunté à ses voisins, et que quand par hasard elle l'a fait, elle a eu soin d'indiquer au lecteur de ne pas s'y tromper et de ne pas prendre pour de l'allemand ce qui n'était que du français, de l'anglais, de l'italien, etc. Certes, personne plus que moi ne désire croire à la loyauté d'autrui, et puisque M. Frerichs dit qu'on n'a jamais emprunté dans sa patrie sans le reconnaître, je le crois, ou plutôt je crois qu'il pense que ce qu'il dit est vrai. Malheureusement, je crains que M. Frerichs n'ait quelque peu oublié les querelles de priorité qui se sont élevées bien

Contributions pharmaceutiques.

SIROP LAXATIF D'AMUSSAT

La formule que nous donnons ci-après n'a jamais été publiée; cependant elle a été appliquée pendant une quarantaine d'années, et avec succès, par les docteurs Amussat père et fils contre les constipations opiniâtres et dans tous les cas où il était besoin de conserver la liberté du ventre :

Pr.	Gayac râpé.............	} àâ 100 grammes.
	Racines de chicorée.......	
	— de bardane.......	
	— de patience......	
	Sommités de fumeterre.....	
	— de pensée sauvage.	
	Follicules de séné.........	500 grammes.

Concassez les substances; faites une infusion de douze heures avec : eau bouillante, 5 kil. Passez et faites une deuxième infusion avec : eau, 3 kil. Passez avec expression. Clarifiez les colatures au papier et faites, avec 3 kil. de miel et 3 kil. de sucre, un sirop que vous clarifierez aussi au papier et passerez quand il marquera 31 degrés au densimètre de Baumé.

Ce sirop, d'un goût agréable, se prend à la dose de une à deux cuillerées par jour. Il peut servir à remplacer, au printemps, le suc d'herbes; de là le nom de *Sirop de suc d'herbes* qui lui a été improprement donné.

P. V.

LA CUILLÈRE A BOUCHE MÉDICINALE

Dans la règle scientifique, la cuillère à bouche doit contenir 20 grammes d'eau; mais en pratique, dans les pharmacies, on la considère généralement comme ne contenant que 15 grammes d'eau et 20 grammes de sirop, parce que les cuillères dont on se sert dans les ménages n'ont pas habituellement la capacité voulue par la règle et que, pour l'emploi des préparations, elles ne sont presque jamais remplies.

Les chiffres ci-dessus indiqués ont d'ailleurs l'avantage d'être faciles à retenir. Le médecin veut-il prescrire du bromure, de l'iodure de potassium ou un sel quelconque; il compte 5 grammes pour 100 grammes s'il s'agit d'un sirop; et 2 grammes par once s'il s'agit de l'eau. L'once, actuellement exclue des formules, n'en reste pas moins très propre à faciliter le calcul. On se rend ainsi bien mieux compte du nombre de cuillerées à administrer par rapport au poids du produit médicamenteux. Ainsi on mettra 10 grammes de sel dans un flacon de 5 onces, 20 dans un de 10 onces, sachant que le volume correspond à 10 et 20 cuillerées d'eau.

P. V.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie spéciale.

LES DERMATOMYCOSES, par Ernest BESNIER et F. BALZER.

(Fin. — Voy. n° 20.)

IV. — CONDITIONS D'ORIGINE, DE TERRAIN, DE CULTURE; DÉVELOPPEMENT, ÉVOLUTION

La condition absolue d'origine pour le pityriasis versicolore réside (est-il nécessaire de le dire?) dans le dépôt sur le tégument, et la pénétration dans les lacunes de la couche cornée de l'épiderme, des éléments du parasite. La transmissibilité du même parasite d'un sujet à un autre est également une vérité du même ordre, bien qu'il ne soit pas aussi facile qu'on a pu le supposer de démontrer (scientifiquement) cette transmission.

Heinrich Köbner, dans ses belles recherches sur les dermatomycoses (1), recherches qui n'ont pas reçu dans notre pays la vulgarisation qu'il eût été juste et utile de leur donner, a réalisé expérimentalement le premier, et seul à notre connaissance, cette transmissibilité à l'homme et aux animaux.

Voici ce qu'il dit du *Microsporon furfur* après avoir rapporté ses expériences sur le trichophyton :

« Nous avons été moins heureux dans les recherches sur la production du pityriasis versicolore, à l'aide des méthodes épidermoïdale et sous-épidermoïdale. Le résultat de nos tentatives resta longtemps négatif. A la fin cependant, l'ensemencement du microsporon sur mon sternum réussit, sous la forme de taches brunes et sèches. Sur des lapins le microsporon produisit une abondante desquamation durant de cinq à sept semaines, entremêlée de petites conidies et de mycélium grêle. »

Quelle est la durée de la germination du *Microsporon furfur*, ou autrement, combien faut-il de temps pour que le parasite semé devienne cliniquement visible? Voilà une question essentielle, sans la solution de laquelle il est tout à fait impossible d'étudier sérieusement ce qui a trait à la

(1) *Klinische und experimentelle Mittheilungen aus der Dermatologie und Syphilidologie*, von Dr HEINRICH KÖBNER, Arzt in Breslau. Erlangen, 1864.

---

des fois entre ses compatriotes et les nôtres, et dont les échos de ce journal ont gardé le souvenir; je crains bien encore que si M. Frerichs a toujours fait aux travaux de ses confrères étrangers, qui ont inspiré ou aidé les siens, l'honneur de les citer, tous les membres du congrès de Wiesbaden n'aient pas pu en dire autant.

— Le comité exécutif du congrès médical international de Londres a tenu sa dernière séance le 15 mai, sous la présidence de sir J. Risdon Bennett. L'ordre du jour était le compte rendu des recettes et dépenses relatives au congrès. L'*avoir* était de 9030 livres sterling (225 750 francs) et le *doit* de 8730 livres sterling (217 250 francs). Il restait donc 300 livres sterling (7500 francs) qu'un vote du comité fit verser entre les mains du docteur S. Wilks, trésorier de l'Association pour l'avancement de la médecine par l'expérimentation. Les recettes avaient été fournies par les membres qui avaient versé 3180 cotisations à une guinée, soit plus de 3300 livres sterling, et par les dons de 1105 personnes qui s'étaient élevés à plus de 5700 livres sterling; en outre, 126 souscripteurs avaient assuré un fonds de garantie de 1200 livres sterling pour le cas où les fonds versés par les membres du congrès ne suffiraient pas à en couvrir les frais; mais on n'eut pas besoin de cette ressource extraordinaire. L'impression du volume des *Extraits*, préparé pour l'ouverture du congrès, et celle des quatre volumes des actes du congrès qui fut terminée en moins de cinq mois, coûtèrent à elles seules environ la moitié de la recette totale (plus de 110 000 francs). La séance se termina par un vote de remerciements à l'adresse du trésorier honoraire, M. W. Bowman, et du secrétaire général honoraire, sir W. Mac Cormac. Nous y ajoutons cordialement les nôtres.

— La chose qui nous a frappé le plus dans le compte rendu de cette séance, ce n'est ni le chiffre des recettes ni celui des dépenses, ni les 1500 livres sterling (37 500 francs) qu'on

contagion de l'affection. Mais comme Köbner a oublié, dans le travail cité ci-dessus, de dire ce qu'il en était, les auteurs ne s'en sont pas autrement inquiétés et n'ont pas soulevé cette question indiscrète. Cependant le savant professeur avait consigné dans ses notes la durée de cette germination qui n'a jamais été inférieure à trois ou quatre semaines (1) (il a bien voulu relever ses notes sur ce point à notre demande), et il en avait d'autre part signalé l'indication précise en 1867 dans le *Jahresbericht der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur, medicinische Section, pro* 1866, page 181, d'après la démonstration qu'il a faite devant cette Société d'une inoculation réussie. C'était alors la première, et elle est restée isolée dans la littérature médicale.

Cliniquement, la démonstration de la contagion du pityriasis versicolore est plus complexe encore, mais les occasions de constater l'affection à la fois sur deux conjoints ne sont pas tout à fait aussi rares que cela a été dit. Ici, l'enquête doit être directe et non orale; plus d'une fois, nous avons pu retrouver des nappes de pityriasis versicolore sur des sujets qui en ignoraient absolument l'existence, et niaient avoir aucune éruption sur la peau. On ne doit donc considérer comme faits absolument négatifs que ceux dans lesquels le médecin a pu constater *de visu*, après examen *suffisant*, que le conjoint du sujet pityriasique était absolument indemne. Ces faits négatifs, nous n'avons garde de le nier, existent; nous voulons dire seulement qu'ils ne sont pas aussi peu nombreux que cela a été généralement enseigné.

D'ailleurs, il n'est pas nécessaire d'avoir un contact direct avec un sujet atteint pour être exposé à l'action du pityriasis versicolore; maint autre moyen d'ensemencement peut arriver au même résultat, ne serait-ce que le linge de corps par exemple.

L'un de nous a déjà rapporté, dans une note de la traduction de Kaposi, le fait personnel rapporté par notre savant collègue et ami Lancereaux. « Voulant, dit cet anatomo-pathologiste éminent, placer dans mon *Atlas d'anatomie pathologique* un dessin microscopique du *Microsporon furfur*, je me rendis à l'hôpital Saint-Louis, où je recueillis sur une feuille de papier ce champignon que j'avais gratté à la surface de la peau d'un malade; puis je mis cette feuille de papier dans la poche de mon gilet, et j'eus la maladresse de l'y laisser pendant plusieurs jours. Or, environ un mois plus tard, ma femme me fit remarquer qu'elle portait sur la poitrine des taches qu'elle n'avait jamais vues, et qui n'étaient autre chose qu'une éruption de pityriasis versicolore. M'étant alors examiné moi-même, je me trouvai porteur de la même affection qui, sans doute, m'avait été communiquée par les spores du champignon rapporté de l'hôpital Saint-Louis. » (*Anat. path.*, t. Ier, p. 265. Paris, 1875, 1877.)

Nous ne rapportons pas ce fait (est-il nécessaire de le dire?) comme étant propre à démontrer la réalité du mode de transmission supposé par l'auteur, car nous pensons que le pityriasis dont il s'agit existait antérieurement à la récolte faite à l'hôpital Saint-Louis, et que le mois écoulé entre cette récolte et la constatation de l'affection n'est pas suffisant pour le premier cas et encore moins pour le second; mais nous avons tenu à le citer à la fois pour donner une observation authentique de pityriasis versicolore chez des conjoints, et pour montrer combien il est nécessaire de préciser la durée de l'incubation des divers parasites au point de vue de leur étude clinique.

Si les conjoints ne sont pas plus fréquemment atteints, cela ne veut dire autre chose que l'inégalité des téguments devant le *Microsporon furfur*. Voyez, par exemple, les enfants et les vieillards; le pityriasis versicolore ne se rencontre pas chez eux : on pourrait à vrai dire faire remarquer que la promiscuité tégumentaire fait communément défaut chez ceux-ci; mais elle ne manque assurément pas chez les enfants. Ajoutez à cela, qu'à condition cutanée égale, le parasite trouve dans les habitudes individuelles, sudation, vêtements, ablutions, etc., des éléments favorables ou défavorables à sa culture; que l'un des individus en contact direct ou médiat fasse des ablutions fréquentes, et l'autre non, vous pouvez être assuré que ce dernier sera seul atteint. La germination du parasite est tout à fait impossible sur un champ d'épiderme qui serait chaque jour soumis à des lotions savonneuses.

L'évolution du pityriasis versicolore varie selon diverses conditions. Pendant la saison froide, en l'absence de toute ablution, sous des vêtements de flanelle, etc., le développement peut se faire avec une rapidité assez grande pour que les progrès en puissent être suivis de semaine en semaine par exemple. Mais dans un très grand nombre de cas, pendant la saison chaude particulièrement, dans les conditions inverses des précédentes, la lenteur de l'évolution peut être extrême, et les progrès difficiles à apprécier.

La durée du pityriasis versicolore n'est pas indéfinie; sa disparition peut être spontanée, et son absence chez le vieillard a été, il y a déjà longtemps, indiquée par Hebra comme la preuve de ce mode d'évolution. Mais l'observation directe montre également cette disparition spontanée chez certains sujets qui n'en avaient présenté que des traces peu étendues. En fait, la durée de l'affection est fort longue, indéterminée si rien n'est fait pour la combattre; elle reparaît avec une grande facilité pour la raison que nous avons déjà indiquée,

(1) A la vérité Unna pense que dans certaines circonstances la marche peut être plus rapide (pityriasis versicolore annulaire) et évoluer par journées; mais c'est là un point que nous réservons, et qui est connexe à une question litigieuse soulevée ailleurs par nous, et qui consiste à savoir si, sur une même surface donnée, le même parasite peut donner lieu à des formes cliniques aussi atypiques.

---

aurait encore pu dépenser; nous savons que les Anglais savent faire grand quand ils le veulent et ils l'ont bien prouvé au dernier congrès médical international; ce qui nous a le plus frappé, c'est la rapidité avec laquelle les quatre volumes des actes du congrès, les *Transactions*, ont été imprimés et distribués à tous les membres. Nous ne sommes pas habitués en France à une pareille rapidité et c'est pourquoi nous tenons à signaler celle de nos voisins, gens pratiques que nous ne pouvons mieux faire que d'imiter. Par exemple, l'Association française pour l'avancement des sciences, que nous aimons de tout cœur et que, pour cette raison, nous nous permettrons de critiquer sur ce point, met en moyenne un an à publier le volume de ses comptes rendus; celui d'Alger aura même demandé près de dix-huit mois. Il y a là un gros inconvénient qui a déjà frappé beaucoup de nos collègues, et sur lequel nous croyons devoir insister.

Cet inconvénient peut s'énoncer ainsi : « Le volume des actes d'un de nos congrès ne paraissant qu'un an après la session, les travaux originaux que contient ce volume sont déjà publiés un peu partout, et celui-ci ne renferme plus en grande partie que des travaux déjà reproduits ou que de simples résumés. L'intérêt de notre publication est donc par cela même considérablement amoindri. »

La cause de cet inconvénient est que la plupart des membres du congrès, au moment où ils font leurs communications, ont à peine écrit à la hâte quelques notes et prennent ensuite tout le temps nécessaire pour les rédiger. De là, retard considérable dans l'impression du volume; de plus, les auteurs qui sont prêts envoient à leur journal de prédilection leur travail, qui ainsi paraît souvent plusieurs mois avant les bulletins du congrès. Un autre inconvénient, frère du précédent, car il a la même origine, est le suivant : les comptes rendus des séances du congrès qui paraissent dans les journaux sont ou incomplets ou même parfois erronés, parce que les auteurs, ne laissant pas de résumé aux secrétaires, les journalistes ne peuvent vérifier certains passages de leurs notes dont ils ne

à savoir la difficulté de déloger le parasite des innombrables lacunes cutanées dans lesquelles il est recélé.

V. — Diagnostic

Le diagnostic du pityriasis versicolore est traité par les auteurs d'une manière généralement insuffisante, et tous les cas de confusion possible ne sont pas assez nettement signalés. Assurément, dans la grande majorité des circonstances, la difficulté est nulle, mais encore faut-il savoir les erreurs principales à éviter, et être prévenu que certains cas, et certaines localisations surtout, peuvent prêter à ambiguïté.

Il n'est pas rare, tout d'abord, que le pityriasis versicolore échappe au médecin, si celui-ci n'examine pas la surface du corps, ou si la regardant il ne la voit pas d'un œil suffisamment attentif, ou sous un jour favorable.

Au premier rang des éliminations à faire se placent les taches hyperchromiques ou dyschromiques, ainsi que diverses colorations accidentelles du tégument.

En aucun cas, les taches hyperchromiques vraies ne peuvent donner par le *coup d'ongle* le lambeau desquamatif chargé de microphytes, pathognomonique du pityriasis versicolore; traitées par la teinture d'iode, elles ne s'imprègnent pas d'un excès d'iode au même titre que les champs de microsporon, et en général toutes les taches phytodermiques, excellent signe pratique qui n'a peut-être pas encore été signalé.

Dans cet ordre, on évitera de confondre la syphilide pigmentaire du cou, les macules syphilitiques de tout genre, le chloasma (masque des femmes enceintes), et toutes les mélanodermies cachectiques ou parasitaires, localisées, consécutives aux irritants, vésicatoires, applications de teinture d'iode, etc.

Dans les dyschromies, on évitera surtout la confusion avec le vitiligo et avec la lèpre maculeuse, confusion que nous avons vu faire plus d'une fois; dans ces deux formes de peau maculeuse, la distinction peut toujours se faire immédiatement, du fait de la coïncidence de l'achromie centrale et de l'hyperchromie périphérique, phénomènes absolument caractéristiques des dyschromies.

On se tiendra en garde, là comme il le faut faire constamment en dermatologie, contre les taches simulées, contre les amas séborrhéiques, contre les crasses de tout ordre; l'eau chaude et le savon serviront de moyen diagnostique péremptoire.

En dehors des taches pigmentaires, la roséole maculeuse pourrait, à la rigueur, être confondue avec du pityriasis versicolore en gouttes, si la possibilité de cette erreur n'était pas dûment signalée. Dans tous ces cas enfin, l'examen histologique pourra toujours être invoqué aisément par tous, en raison même de son extrême simplicité qui met la constatation de ce mycoderme à la portée des moins experts.

Si le pityriasis versicolore n'existait que sur les surfaces libres, aucune ambiguïté réelle de diagnostic clinique n'existerait, mais les difficultés commencent aussitôt qu'il est question de surfaces de contact, sillon intermammaire, creux axillaire, pli du coude, région fémoro-anogénitale, creux poplité. Dans ces régions qui constituent des champs de culture excellents pour tous les mycodermes, l'irritabilité spéciale du tégument, l'abondance des sécrétions sudorale et sébacée, l'absence de soins suffisants, etc. atténuent les caractères cliniques différentiels de chacun des parasites, ou donnent lieu aux lésions communes de l'intertrigo (érythème, desquamation, eczéma, etc.) qui masquent plus ou moins les caractères typiques.

Histologiquement, les difficultés ne le cèdent en rien aux difficultés cliniques, et se compliquent souvent de la coexistence chez le même sujet, ou sur le même point du tégument, de plusieurs parasites.

En signalant la coïncidence fréquente du pityriasis versicolore avec l'érythrasma et leur confusion possible, Köbner, l'un des premiers, le premier peut-être, a eu la notion précise de ces difficultés. De son côté, Kaposi a très explicitement indiqué qu'en certaines régions, le pityriasis versicolore pourrait être confondu avec l'*Herpes tonsurans*. Cette dernière remarque est très exacte, mais elle ne saurait avoir toute l'étendue que lui a assignée son auteur, car plusieurs des efflorescences que Kaposi et ses élèves admettent comme *Herpes tonsurans*, ont des caractères mycologiques différents, ou trop décidément frustes pour qu'il soit possible de les rapporter ainsi, d'autorité, au trichophyton. Quand une lésion est vraiment trichophytique, hormis les cas très anciens ou déformés par l'intensité des altérations inflammatoires, ou par l'activité d'une intervention thérapeutique antérieure, on trouve à l'examen histologique les caractères si nets de la végétation de ce mycoderme, et on les constate toujours, au moins dans les poils de duvet de la périphérie.

Beaucoup plus difficile encore est l'affirmation, ou la négation, dans quelques-unes de ces formes curieuses d'érythème circiné furfuracé, de pityriasis rosé, d'érythème papuleux desquamatif, d'eczéma circiné et marginé, si fréquents en avant du sternum et dans la région dorsale. Dans la plupart de ces cas, les caractères histologiques sont frustes (spores banales), ou se rapprochent plutôt de ceux du *Microsporon furfur* que de ceux du trichophyton; dans tous, il faut se mettre en garde contre la *coïncidence* des divers parasites, et notamment du *Microsporon minutissimum* de Burchardt (*Med. Zeit.*, 1859, Berlin, voy. trad. française de Kaposi, 1881, t. II, note 2 des traducteurs), et du *Microsporon anomœon* de E. Vidal (*Ann. de dermatologie*, 1882).

---

sont pas sûrs, conséquence forcée de l'abondance des communications, et qu'ils rédigent leurs comptes rendus tant bien que mal. On pourrait remédier à ce double inconvénient en imitant la conduite des organisateurs du congrès médical international de Londres.

D'abord, on a exigé des membres du congrès, longtemps avant la séance d'ouverture, un résumé de la communication qu'ils devaient faire; puis leur communication une fois faite, on les a priés de remettre aux secrétaires de leur section le texte de leur communication, avant la fin de la séance. Des milliers de petites feuilles volantes, de format in-8°, rappelant aux membres du congrès cette obligation de remettre leurs communications avant la fin de la séance, sous peine de n'être pas représentés dans les actes du congrès, étaient distribuées partout : il y en avait sur toutes les tables, sur tous les murs des lieux de réunion, dans tous les programmes des séances, et il était impossible de n'y pas songer à toute heure du jour. Aussi, toutes les communications, ou à peu près, ont-elles été remises en temps utile aux secrétaires, et l'impression des volumes n'a-t-elle rencontré aucun obstacle de ce côté. Rien ne serait plus facile que de faire la même chose pour notre Association française. Peut-être ne serait-il pas aussi facile d'obtenir que de demander, car une mauvaise habitude prise depuis dix années ne doit pas être aisée à déraciner; mais en y mettant de la persévérance et en exécutant sans pitié les retardataires, dont on ne publierait pas les travaux s'ils n'étaient remis avant une époque donnée, on arriverait, au bout d'une année ou deux, aux mêmes résultats que nos collègues de Londres. Il serait toujours bon d'essayer.

L. H. Petit.

Sur le thorax, le pityriasis versicolore est absolument commun, le microsporon de Burchardt et le parasite de Vidal assez fréquents, le trichophyton plus rare; la fréquence supposée de ce dernier est venue, à notre sens, de sa confusion avec quelques-uns des autres mycodermes, et de l'annexion qui lui a été faite, abusivement selon nous, d'efflorescences jugées parasitaires sur des caractères histologiques que nous déclarons insuffisants.

Dans les plis axillaires, antibrachiaux, le trichophyton est relativement rare, le pityriasis versicolore commun, et l'érythrasma assez fréquent; dans le pli inguino-génital, aux points de contact du scrotum avec la cuisse, tous les parasites sont communs, y compris l'érythrasma, et la difficulté de diagnostic clinique y est souvent très ardue. Si l'affection y est très ancienne, médiocrement irritative, les disques uniformes sur toute la surface, l'érythrasma est plus probable; si les disques sont nettement circinés, très irritatifs à la périphérie, si l'affection a évolué avec rapidité, le trichophyton est presque certain; si les caractères sont douteux, l'irritation dermique peu intense ou nulle, la desquamativité facile, le pityriasis versicolore existe probablement. Mais il faudra presque toujours le contrôle microscopique qui sera facile et éclatant s'il s'agit de microsporon furfur ou de trichophytie récente. Pour le *Microsporon minutissimum*, la délicatesse du parasite rend l'appréciation vraiment difficile pour les médecins peu versés dans ces recherches.

Nous ne voulons pas prolonger ici, à cause des développements qu'elle réclamerait, cette étude pleine d'intérêt, mais réellement ardue pour les médecins qui ne sont pas voués spécialement aux études dermatologiques. Nous avons jugé nécessaire, cependant, de signaler l'écueil et les difficultés de ce diagnostic du pityriasis versicolore qui a été vraiment trop simplifié par les auteurs; dans un article spécial, nous mènerons plus avant l'exposé de tous ces points délicats en réunissant parallèlement les dermatophyties mal connues, mal classées, ou non déterminées.

VI. — Traitement

On se fait une idée généralement inexacte du principe de la curation des affections parasitaires d'ordre végétal, en assimilant ce principe à celui de la curation des affections parasitaires d'ordre animal; dans ces dernières, il s'agit de détruire des animaux inférieurs contre lesquels la matière médicale est armée plus qu'il n'est nécessaire. Hormis le cas où des lésions graves du tégument ont été déterminées par les parasites animaux, il est toujours aisé de détruire ceux-ci immédiatement, sans léser sérieusement la peau, alors même qu'il s'agit des dermatozoaires véritables, c'est-à-dire des parasites qui pénètrent le tégument et y demeurent cachés. Il y a donc pour les parasites animaux des agents destructeurs, des *parasiticides* au sens exact du mot.

Mais il n'en est plus de même pour les parasites végétaux; ceux-ci sont infiniment plus résistants à tous les agents toxiques ou caustiques sans exception, que les cellules épithéliales de tout ordre qui sont leur aliment, leur champ de culture, leur habitacle. Il n'y a pas pour ces cellules envahies de réhabilitation possible, leur élimination ou leur destruction est inévitable, et c'est grâce à elle seulement que la curation de la dermatomycose peut être provoquée. Guérir une dermatomycose, c'est éliminer les parties envahies, ou les rendre impropres à la culture du parasite. Lorsque le parasite végétal, quel qu'il soit, microsporon, trichophyton, favus, occupe seulement la couche cornée de l'épiderme, la destruction immédiate est d'une extrême facilité à l'aide de tous les agents éliminateurs de cette couche cornée: savons de potasse, teinture d'iode, etc., mais ces topiques ne sont dans ce cas, en aucune manière des parasiticides, ce sont des agents éliminateurs, des parasitifuges. C'est là la clef véritable de la difficulté qui s'attache à la guérison de plusieurs dermatomycoses en ce sens qu'il n'est pas possible de faire éliminer à volonté l'épithélium des culs-de-sac glandulaires, des cavités pilaires comme on le fait pour la couche cornée plane, et c'est l'erreur persistante des thérapeutistes qui cherchent véritablement la pierre philosophale en poursuivant la recherche de substances qui détruisent en place les parasites végétaux, sans altérer les parties qui en sont le siège. Nous aurons l'occasion de démontrer ces propositions à satiété dans la suite de ces articles, et de montrer combien cette notion inexacte de la réalité des choses détourne le plus grand nombre de la conception exacte du traitement des dermatomycoses, et mène beaucoup de médecins à une pratique toujours inutile, souvent nuisible par l'abus des préparations mercurielles de tout ordre.

L'application des principes de thérapeutique générale des dermatomycoses que nous avons énoncés ci dessus, se fait de la manière la plus immédiate et la plus élémentaire, à la fois, au pityriasis versicolore. Celui-ci comporte, on se le rappelle, un double siège du parasite, le premier dans le plan corné épidermique superficiel, le second dans les lacunes de l'épiderme, dans l'infundibulum pilaire en particulier. Pour la couche épidermique plane, rien de plus aisé, il suffit, pour faire disparaître les champs de la végétation parasitaire, de faire tomber rapidement cette couche avec une ou plusieurs applications de teinture d'iode, ou avec deux ou trois frictions de savon mou de potasse. Le premier moyen est le plus simple, et le moins offensif; il peut être employé directement par le médecin, et appliqué par lui avec discernement selon l'étendue, le siège de la lésion, et suivant la sensibilité variable des sujets. C'est ce moyen que nous employons dans le traitement externe de l'hôpital, et deux applications, trois au plus suffisent. Quand le malade est soumis à notre surveillance, et hospitalisé, c'est le traitement par le savon mou de potasse que nous employons, jusqu'à ce que l'examen histologique ne trouve plus nulle part de parasite; c'est là la cure vraiment *radicale*.

Toutes les fois où le médecin le pourra faire, il devra surveiller lui-même, sinon appliquer, la thérapeutique qu'il a conseillée; lui seul est apte à constater par l'examen de la totalité des régions envahies, si l'expulsion du parasite a été vraiment complète, seul moyen de s'opposer à la récidive.

Dans les cas où l'élimination aiguë par le savon de potasse ou par la teinture d'iode ne serait pas adoptée, maint autre moyen peut arriver au même but; frictions avec une pommade propre à faire éliminer la couche cornée superficielle, et contenant 3 à 6 pour 100 de soufre précipité ou sublimé, de turbith minéral, de calomel, etc., suivies de savonnages à l'eau chaude et avec un savon ponce fin. Quelques bains sulfureux avec frictions savonneuses dans ce bain compléteront avantageusement l'une ou l'autre de ces séries thérapeutiques.

Enfin, on n'omettra pas de faire désinfecter à l'étuve humide et au savon les chemises de laine, les gilets de corps, que portent la plupart des sujets atteints.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Congrès médical de Séville (1).

(Fin. — Voyez le n° 19.)

Eaux minérales. — Le daltonisme. — Du tympanisme sous-claviculaire. — Question de criminalité. — De l'air en thérapeutique. — Méthode antiseptique. — Staphylome de la cornée. — Le diabète au point de vue chirurgical. — La pellagre. — Instruments de chirurgie. — Mortalité infantile.

M. *Duhauréant*, Mémoire *sur l'emploi des eaux de Cauterets dans la phthisie pulmonaire.*

(1) Nous donnons de nouveau avis aux lecteurs que, sauf à l'égard de quelques médecins français, dont nous tenions à signaler la participation aux travaux du Congrès, nous mentionnons seulement les communications sur lesquelles le compte rendu sommaire de *El Siglo* nous permet de donner des indications utiles. La *Gaceta medica Catalanea* du 15 mai est muette sur le Congrès.

M. *Carr eras Arago. Sur le meilleur moyen d'apprécier le daltonisme.* — Ce mémoire est lu par un dessecrétaires, et le compte rendu ne dit pas en quoi consiste le moyen proposé. M. *Osio* a fait remarquer que ce moyen est consigné dans tous les ouvrages spéciaux. Suivant lui, il faut toujours employer, pour constater le daltonisme, la méthode de Holmgren, et, pour mesurer l'acuité visuelle, celle de Snellen, Dor, etc.

M. *Grancher* fait une communication *sur le tympanisme sous-claviculaire étudié au point de vue des épanchements pleurétiques.*— Nous croyons savoir que l'auteur portera bientôt cette question devant une Société française.

M. *Cazaux. Sur les eaux minérales dans le traitement de la phthisie.*

M. *Jacquemet.* Mémoire ayant pour titre : *Est-il juste de fonder la criminalité du coupable sur le temps que les blessures mettent à guérir?* — Un débat s'élève auquel prennent part MM. *Munos Barreda* et *Pizjuan*, et la majorité incline vers la négative.

Le même auteur communique un travail *sur l'emploi de l'air comme agent thérapeutique.*

M. *Rodriguez* lit une note *sur la guérison d'une plaie de l'avant-bras, avec division complète de la main, par le pansement antiseptique.* — L'étendue et la profondeur de la plaie donnent un intérêt réel à cette observation.

M. *Osio* fait une communication verbale *sur les staphylomes opaques de la cornée.* — Il faut avoir en vue de rendre praticable ultérieurement l'emploi d'un œil artificiel. Si le staphylome est de médiocre étendue, après y avoir passé, par la partie inférieure, deux ou trois aiguilles courbes enfilées avec du catgut, on en excise une partie sous forme de demi-lune à convexité supérieure; on rapproche les fils et on les noue. Si le staphylome est très considérable, il faut recourir à une méthode que M. Osio nomme *sutura previa*. Un même catgut est enfilé dans deux aiguilles. « Avec une de ces aiguilles on transperce le staphylome, on revient au point de section, un peu en dessus, et avec l'autre aiguille on traverse la tumeur. On pose de la même manière deux ou trois points. On coupe le staphylome avec soin pour éviter les fils, et à mesure que celui-ci se sépare on serre les fils, empêchant ainsi les grandes pertes d'humeur vitrée qui ont lieu par les méthodes connues, et on termine en faisant un nœud. Comme l'objet principal est de conserver l'œil pour n'avoir qu'à mettre un œil artificiel, on fait ensuite un tatonage, et sous le point de vue plastique, on a obtenu tout ce qui était possible. »

M. *Verneuil* fait une communication relative *au diabete considéré au point de vue chirurgical.* (Voy. ci-dessous l'*Addition* au compte rendu du Congrès.)

M. *Poussié* traite de la *pellagre*, qui doit être attribuée, suivant lui, à l'usage du maïs. Cette opinion est combattue par MM. *Roël* et *Sola*.

M. *Collin* (de Paris) présente divers instruments de chirurgie.

M. *Novella. Des causes de la mortalité infantile dans les grands centres de population.* — Dans le débat qui suit cette communication, M. *Tânon* constate que si la mortalité des enfants est grande dans les différentes capitales de l'Europe, elle l'est plus encore en Espagne, et surtout à Séville. Il présente une statistique de laquelle il résulte que, de 1871 à 1878, il est mort à Séville plus de 50 pour 100 des enfants de un à sept ans. Il attribue ce résultat au défaut de soins hygiéniques de la part des mères, dont l'éducation est trop négligée. A cette occasion, M. *Pizarro* demande l'établissement, en Espagne, de maisons d'allaitement artificiel, et la création à Séville d'une Société d'hygiène; et M. *Lasso* se plaint de l'insuffisance de l'éducation populaire.

M. *Blanco. De la guérison du tétanos par les injections intraveineuses de chloral.* — M. *Osio* regarde ce traitement comme rationnel et indiqué dans une maladie aussi grave; il rappelle seulement que les injections intra-veineuses de chloral ont leur danger.

M. *Grancher* fait sur la *tuberculose* une communication qui a, remarque le compte rendu, un grand succès.

ADDITION AU COMPTE RENDU.

Voici les conclusions déposées par M. le professeur Verneuil à la suite de ses deux communications, et qu'il a bien voulu nous communiquer.

SUPPLÉMENT.

I. *De la pulvérisation prolongée ou continue comme procédé de la méthode antiseptique.*

La doctrine septicémique reposant sur cette donnée que les accidents généraux consécutifs aux plaies sont dus à la pénétration dans l'organisme d'un poison créé ou élaboré dans ces plaies elles-mêmes, la méthode antiseptique doit remplir les différentes indications qui suivent :

A. Prévenir la formation du poison;
B. Le détruire dans les foyers locaux où il s'est formé;
C. Empêcher la pénétration dans le torrent circulatoire;
D. S'il y a pénétré, le poursuivre pour tâcher de le neutraliser;
E. Favoriser au moins son élimination par les émonctoires naturels.

Remplir la première indication est chose relativement facile quand on peut protéger complètement et assez longtemps la plaie récente contre le contact des agents extérieurs.

Nous sommes beaucoup plus en peine de satisfaire aux trois dernières, car nous ne savons guère comment nous opposer sûrement à l'infection de l'économie, comment, en d'autres termes, barrer le chemin à l'agent toxique.

Nous savons encore moins de quelle manière l'atteindre et l'anéantir quand il est mélangé à nos humeurs ou combiné à nos tissus solides.

A peine enfin nous connaissons les voies que l'économie adopte pour l'expulser. Si donc ces voies sont obstruées, nous n'avons pas le pouvoir de les rendre libres.

En revanche, nous pouvons plus aisément obéir à la seconde indication, à celle qui consiste à détruire dans les plaies elles-mêmes le poison qu'elles recèlent. Nous devons tendre d'autant plus à ce résultat que le meilleur moyen d'empêcher l'ennemi d'entrer dans la place est de l'exterminer en dehors des remparts, et que maintes fois on a pu arrêter des accidents généraux déjà sérieux rien qu'en désinfectant localement les plaies dont ils étaient partis.

Sinon prévenir, du moins détruire l'agent septique, tel est, réduit à sa plus grande concision, le programme actuel de la méthode antiseptique.

Le zèle que les chirurgiens modernes ont mis à la prophylaxie des accidents traumatiques leur a fait trop perdre de vue les cas encore extrêmement nombreux où les plaies anciennes ou récentes, spontanées, accidentelles ou opératoires recèlent des produits septiques, produits dont la destruction est impérieusement commandée si l'on veut écarter les chances, sans doute incertaines, mais toujours menaçantes, d'un empoisonnement septicémique.

C'est à ces cas que je veux consacrer cette note.

Les plaies en suppuration, les plaies anfractueuses, les plaies cavitaires, celles qui sont compliquées de corps étrangers divers, d'inflammation phlegmoneuse ou gangréneuse, etc., ne bénéficient guère des célèbres pansements antiseptiques de Lister et d'Alphonse Guérin.

Pour hâter la détersion, corriger les mauvaises qualités du pus, désinfecter les eschares, aller jusqu'au fond des sinus et des clapiers, il faut indispensablement des pansements liquides, pénétrant partout, et parvenant, sans irriter les plaies, à les baigner assez souvent et assez longtemps pour neutraliser la matière septique pour toujours, ou encore au fur et à mesure qu'elle se forme.

Les irrigations, les injections, les bains antiseptiques rendent des services, mais ils s'appliquent mal à certaines régions du corps et présentent quelques inconvénients.

La pulvérisation telle qu'elle est usitée dans le pansement de Lister, à titre de moyen accessoire et adjuvant, peut, avec quelques modifications dans son mode d'emploi, devenir un mode de pansement distinct, un procédé particulier de la méthode antiseptique.

Le jet de vapeur chargé de substance antiputride est porté directement sur la plaie, tantôt d'une manière intermittente, tantôt d'une façon continue. Deux ou trois séances de deux heures de durée en moyenne suffisent à la plupart des cas.

On peut employer divers topiques à un degré de concentration d'autant plus faible que les séances devront être plus longues. La solution de chloral, les solutions phéniquées à 1 ou 2 pour 100 sont les deux plus généralement employées.

La pulvérisation est appliquée aussi longtemps qu'on veut à l'aide d'appareils fort simples où l'eau est chauffée par la lampe à alcool.

La pulvérisation s'applique dans toutes les régions du corps, elle présente des avantages particuliers là où les pansements antiseptiques ordinaires secs s'adaptent mal, là aussi où le bain antiseptique est d'un emploi difficile; elle convient très bien au cou, au thorax, à l'aisselle, au ventre, aux sphères génitales et anales dans les deux sexes.

Elle a été mise en usage déjà avec le plus grand succès dans les plaies articulaires en suppuration, dans la désarticulation coxo-fémorale, dans les plaies contuses avec escharesgangréneuses, dans les inflammations de mauvaise nature, dans les brûlures septiques, dans les lymphangites et certains érysipèles.

Loin d'incommoder les malades, elle les soulage si vite et si complètement qu'ils en réclament sans cesse l'usage.

Les précautions à prendre sont fort simples. Le prix de revient, quand on possède un appareil convenable, est insignifiant.

II. *Sur un point de l'histoire du diabète qui intéresse particulièrement les chirurgiens; du diabète latent, diabète* sine saccharo.

1° Les chirurgiens ne doivent plus, comme ils l'ont fait jusqu'à ce jour, laisser aux médecins la tâche de tracer l'histoire du diabète. Ils doivent étudier cette maladie par eux-mêmes et pour les exigences de leur pratique.

2° Ils ont, en effet, besoin de la connaître dans les trois circonstances suivantes : *A*. Lorsqu'ils rencontrent des affections d'ordre chirurgical qui sont des manifestations externes de l'hyperglycémie ; *B*. Lorsqu'ils ont à soigner des blessures chez les diabétiques; *C*. Enfin, quand ils doivent pratiquer chez ces mêmes sujets des opérations chirurgicales.

3° Il faut surtout qu'ils n'oublient jamais la gravité particulière de ces affections, blessures ou opérations, pour régler sur elle, non seulement le choix des moyens thérapeutiques, mais encore la question, toujours délicate, des indications et contre-indications opératoires.

4° Ignorer cette gravité ou n'en pas tenir compte expose le praticien à des désastres d'autant plus regrettables qu'on aurait pu les éviter, soit en choisissant un moment plus opportun, soit en employant des procédés opératoires spéciaux, soit enfin en s'abstenant d'une intervention qui n'était ni indispensable, ni urgente.

5° Le diabète est plus commun qu'on ne le pense, et peut aisément passer inaperçu; aussi le chirurgien, avant toute opération, fait-il sagement d'y songer, et de faire le nécessaire pour constater son existence ou son absence.

6° Malheureusement le diagnostic, contrairement à ce qu'on répète toujours, est souvent difficile, parfois même impossible. Cette obscurité peut avoir en pratique les conséquences les plus funestes; on soupçonne la maladie, on recherche le signe réputé pathognomonique, c'est-à-dire la glycosurie; on ne trouve point de sucre dans l'urine ; on se rassure et l'on espère. Bientôt éclatent des accidents graves; la glycose reparaît dans l'urine, et la mort survient comme chez les diabétiques avérés. Il est probable que ces cas ne sont pas très rares, car j'en ai observé deux dans ces dernières années.

7° L'absence de glycosurie s'observe également dans des cas moins graves, où il ne s'agit que d'affections chirurgicales spontanées ou de complications traumatiques légères; elle conduit à méconnaître le diabète et à négliger l'emploi des moyens qui conduiraient le plus sûrement à la guérison.

8° Il devient donc nécessaire d'admettre une variété particulière de diabète qu'on appellera, si l'on veut, *hyperglycémie latente*, diabète latent, diabètes *sine saccharo*.

9° Si le diabète est ainsi méconnu, et s'il en résulte des conséquences fâcheuses, voire même fatales, la responsabilité tombe moins sur les chirurgiens que sur les pathologistes, qui ont fait de la glycosurie le signe fondamental, exclusif, pathognomonique du diabète, tandis qu'elle n'en est que le symptôme principal.

10° Le diabète étant essentiellement caractérisé par l'accumulation anormale du sucre dans le sang, c'est dans l'examen même de ce fluide qu'il faudrait, dans les cas douteux, chercher les éléments du diagnostic.

11° En attendant qu'on trouve un procédé sûr et inoffensif pour constater au lit du malade l'hyperglycémie, il faudra, en cas de diabète latent, accorder plus de valeur qu'on ne le fait aux autres symptômes et signes du diabète, et s'en contenter souvent pour porter le diagnostic de la maladie, et agir en conséquence.

12° Il faudra se rappeler surtout que la glycose étant souvent remplacée temporairement par l'albumine, par l'excès d'urée (azoturie) ou de phosphates (phosphaturie), ou d'acide urique (uricémie), le chirurgien ne doit pas se contenter d'une analyse sommaire, et il doit savoir si l'urine, en dehors du sucre et de l'albumine, présente bien la moyenne normale de ses éléments principaux.

13° Il convient de savoir, en effet, qu'au point de vue des complications et des accidents chirurgicaux, il y a grande analogie entre l'albuminurie, la glycosurie, l'azoturie, l'inosurie et même l'uricémie et l'oxalurie. Tous ces états compromettent d'une manière sérieuse la marche du processus réparateur.

14° On n'oubliera pas que le diabète, comme toutes les dyscrasies durables, est sujet à des alternances de repos et d'activité, qu'il peut disparaître pendant un temps plus ou moins long, et reparaître sous l'influence des causes pathogéniques générales : émotions morales, excès physiologiques, froid, traumatisme, etc. Il faudra donc tenir le plus grand compte des antécédents, et tenir pour certain que tout sujet qui a été glycosurique à une époque quelconque de sa vie peut le redevenir à la moindre occasion.

15° En exigeant l'acquisition préalable des notions précédentes, on rend la pratique chirurgicale plus compliquée et plus difficile en apparence, mais en réalité on lui donne, en retour de quelque labeur, une précision, une sûreté, une efficacité même qu'elle n'a jamais possédé jusqu'à ce jour, malgré les efforts immenses de nos ancêtres et de nos contemporains.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 15 MAI 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

MÉCANISME DE LA FERMENTATION PUTRIDE DES MATIÈRES PROTÉIQUES. Note de MM. *A. Gautier* et *A. Etard*.

« La viande de bœuf, cheval, poisson, contenue dans des tonnelets de chêne étanches ou des touries de verre, a été abandonnée durant les plus fortes chaleurs de l'été de 1881... Au début, les muscles de bœuf ou de cheval étaient acides et sans odeur. Après quelques jours, alors *même que l'on met par certains artifices la matière à l'abri de tout vibrion*, le muscle dégage une odeur acide, et laisse suinter, sans se désagréger, un liquide clair, sirupeux, qui paraît résulter d'un commencement de digestion de la chair musculaire, grâce à un ferment qui lui est propre. Cette liqueur, analogue à un sérum épais, presque incolore, contient 21 à 22 grammes par litre d'*albumine coagulable par la chaleur* et une très minime proportion de caséine. Dans ce milieu, les fermentations lactique et butyrique ne tardent pas à s'établir sous l'influence de grands bacilles à trois ou quatre articles, de bactéries en huit et de granulations mobiles... Les gaz se dégagent alors régulièrement...

Dès les premiers jours, il se dégage surtout de l'acide carbonique et de l'hydrogène, gaz qui, vers le onzième jour, et souvent dès le sixième, sont à peu près à volumes égaux, comme si un hydrate de carbone se transformait à la fois en acides lactique et butyrique :

$$2C^6H^{12}O^6 = 2C^3H^6O^3 + C^4H^8O^2 + \underset{4^{vol}}{2CO^2} + \underset{4^{vol}.}{4H}$$

En même temps, il se dégage une trace seulement d'hydrogène sulfuré et phosphoré; mais *nous n'avons jamais observé la moindre proportion d'hydrogènes carbonés*.

Tel est le phénomène initial qui précède la vraie fermentation putride. Il paraît dû, dans la viande des animaux à sang chaud, à la destruction d'hydrates de carbone musculaires. Les acides contenus dans cette liqueur sont : l'acide *lactique ordinaire*, et non sarcolactique, l'acide butyrique normal et homologues, et quelques acides à sels de zinc amorphes et peu solubles, réducteurs du nitrate d'argent.

Vers le quatrième ou cinquième jour, en été, l'azote libre commence à apparaître; on le voit, le vingt-sixième jour, arriver à 11,5 pour 100, tandis que l'hydrogène a disparu.

C'est avec l'apparition de l'azote que commence la véritable fermentation putride. Les grands bacilles et bactériums disparaissent, remplacés par des bacilles *très petits*, souvent trémulants et à tête très réfringente, droits ou sinueux, mélangés à des ferments punctiformes. Ceux-ci, attaquant la molécule albuminoïde par son côté uréique, en dégagent de l'acide carbonique et de l'ammoniaque, et le milieu devient bientôt alcalin. A ce moment, la molécule protéique se réduit en partie, comme l'indiquent l'azote, l'hydrogène sulfuré, l'hydrogène phosphoré qui se produisent; mais la grande masse de la molécule passe à l'état de leucines et de leucéines qu'accompagne, comme l'on sait, une petite quantité de phénol, de scatol, d'indol et, d'après nos recherches, de carbylamines et de ptomaïnes.

Le dégagement d'azote à l'état libre a été vérifié avec soin dans une expérience faite à part sur 1 kilogramme de viande...

La fermentation acide du début est un épiphénomène qui n'est pas nécessaire et ne touche pas à la molécule albuminoïde. La putréfaction de la chair de poisson est une nouvelle et évidente preuve. Celle-ci, dès le début de l'expérience, est alcaline. Dans une opération, 600 kilogrammes de *Scomber scombrus*, placés dans une bonbonne, ont bientôt donné un vif dégagement gazeux... Dès le début, il ne se fait qu'un très faible dégagement d'hydrogène, signe de la production d'un peu d'acide butyrique, aussitôt saturé par l'ammoniaque et la méthylamine accompagnés d'hydrogènes sulfurés et phosphorés divers, produisant dans les sels de cuivre un précipité jaune peu abondant.

Comme dans le cas de la viande de bœuf, le dégagement gazeux s'arrête ici bientôt; mais le travail de transformation moléculaire du muscle continue. La liqueur, qui contenait au début 21 grammes d'albumine par litre, ne renferme plus ni albumine, ni caséine au bout de quelques mois. La masse de la molécule s'est transformée en produits extractifs solubles dans l'alcool, très analogues, comme aspect et odeur, à ceux de l'extrait de viande, et qui, après l'action de la chaleur et la concentration dans le vide, cristallisent en grande partie, formés qu'ils sont de leucines, leucéines, sels ammoniacaux et alcaloïdes putréfactifs, qui seront l'objet d'une prochaine note. »

SUR L'EMPOISONNEMENT CHRONIQUE PAR L'ARSENIC. Note de MM. *O. Caillol de Poncy* et *Ch. Livon*. — Dans une première note (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1879, p. 398), les auteurs ont fait connaître les résultats de leurs recherches relativement à la localisation de l'arsenic dans le cerveau. Les résultats ci-après portent sur la marche de l'empoisonnement chronique et sur les altérations de certains organes. Les expériences ont été faites sur des chats. Ceux-ci engraissent d'abord, puis dépérissent et meurent.

A l'autopsie, tous les muscles, y compris le cœur, sont d'une pâleur extrême; le foie, les poumons et les reins présentent à l'œil nu tous les caractères de la dégénérescence graisseuse, et, fait particulier, les ganglions mésentériques sont tous très hypertrophiés et ont subi aussi la dégénérescence graisseuse. MM. Cornil et Brault ont déjà signalé la dégénérescence graisseuse du foie, des poumons et des reins dans l'empoisonnement aigu, mais rien n'a encore été dit à propos des ganglions mésentériques. Or, ces ganglions, la portion périphérique surtout, la région folliculaire, sont en certains points envahis complètement par la dégénérescence graisseuse. Mais cette dégénérescence ne se borne pas aux follicules, elle envahit le ganglion par larges plaques, aussi bien dans la région périphérique que dans la région centrale. Les parties dégénérées sont pleines de grosses cellules à contenu granuleux et graisseux, comme le montre l'acide osmique.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 23 MAI 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

MM. les docteurs *Gariel* et *Javal* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de physique et de chimie.

M. le docteur *Rousselot-Beaulieu* (de Périgueux) prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un *pli cacheté*.

M. *Bonjean* envoie, pour le concours du prix Itard de 1882, un *Mémoire pratique sur l'emploi médical de l'ergotine*.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, au nom de M. le docteur *Mauriac*, une brochure intitulée : *Contribution à l'étude de l'épidémie de variole qui a sévi à Bordeaux pendant les années* 1880 *et* 1881.

M. *Giraud-Teulon* offre, de la part de MM. Héron de Villefosse et Thédenat, le tome 1er d'un ouvrage renfermant la *Description d'un certain nombre de cachets d'oculistes romains*.

M. *Léon Colin* présente un mémoire de M. le docteur *Robinski*, intitulé : *Du développement du typhus exanthématique sous l'influence des eaux malsaines et d'une mauvaise alimentation*.

M. *Chatin* dépose, au nom de M. le docteur Brame (de Tours), une brochure portant le titre suivant : *Revision semestrielle du formulaire inséré dans la Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*.

M. *Vulpian* présente une note manuscrite de M. le docteur H. Arnaud (de Saint-Gilles-du-Gard) sur *les fonctions et appareils de l'hématose et du rhythme respiratoire*.

ÉLECTION. — M. *Mathias Duval* est élu membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie par 50 voix sur 76 votants ; M. Charles Richet obtient 15 voix ; M. Laborde, 9 et M. Farabeuf, 2. La section avait établi dans ce même ordre la liste de présentation.

MÉCANISME DE LA RESPIRATION PAR LE NEZ ET PAR LA BOUCHE. — M. le docteur *Smetter* a donné communication, l'année dernière, à l'Académie d'expériences instituées par lui, qui lui paraissaient démontrer que la respiration s'effectue chez l'homme par le nez ou par la bouche exclusivement, même lorsque ces deux voies sont ouvertes, mais non par ces deux voies simultanément. M. *Woillez*, chargé de faire un rapport à ce sujet, discute les détails du dispositif expérimental imaginé par M. Smetter; il rappelle ensuite que l'explication donnée par l'auteur est basée sur ce que des contractions musculaires spéciales obstruent le parcours buccal ou nasal pour isoler la circulation de l'air par la voie laissée libre; cet isolement constant de la respiration par le nez ou par la bouche, lorsque des voies restent ouvertes, paraît cependant trop exclusif, et M. Smetter admet d'ailleurs que certains individus peuvent, à la rigueur, mais en faisant beaucoup d'efforts, respirer à la fois par ces deux orifices. M. Woillez fait remarquer que dans l'état de repos musculaire la respiration peut se faire simultanément par le nez et par la bouche, si celle-ci reste demi-close, de manière à égaliser la capacité des parcours dans les deux conduits; il est évident, en effet, que si l'un des conduits est plus largement ouvert que l'autre, l'air pénétrera ou sortira de préférence par le conduit le plus grandement ouvert.

SECOURS AUX ASPHYXIÉS. — M. *Woillez* lit un second rapport sur un nouveau procédé de secours aux asphyxiés par causes diverses, proposé par M. le docteur *de Chilly* (de Vaucouleurs) : il est un moyen mécanique, dit celui-ci, d'une application facile pour faire immédiatement respirer un asphyxié à pleins poumons ; c'est de convertir la cage thoracique en un soufflet dont les fausses côtes constituent les ailes. Pour obtenir ce résultat il suffit que, le sujet étant couché sur le dos, et autant que faire se peut sur un plan incliné, l'opérateur, placé à l'un de ses côtés et la face tournée vers les pieds, enfonce les quatre derniers doigts fléchis de chaque main, et le plus haut possible, sous les fausses côtes de chaque côté, et derrière elles, en refoulant fortement la peau, et en les serrant entre les extrémités des doigts et la paume de la main. Cette préhension doit se faire sur les points où la paroi thoracique fait la plus grande saillie en bas. Alors l'opérateur exécute des mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement qui donnent à la poitrine toute son ampleur ou toute sa dépression, car le mouvement imprimé aux fausses côtes se propage à toute l'étendue des parois thoraciques.

M. Woillez se borne à faire remarquer que la respiration ne doit pas avoir lieu à pleins poumons en pareil cas, chez certains sujets tout au moins, et que la dilatation obtenue est contrariée et amoindrie par l'ascension du diaphragme déterminé par ces manœuvres chez les asphyxiés ; il faudrait donc, au point de vue théorique, savoir quelle quantité d'air cette méthode peut attirer dans la poitrine. En ce qui concerne la pratique, chez les sujets obèses, il sera difficile de saisir convenablement le rebord des côtes avec les doigts fléchis et chez les maigres il sera utile de prendre garde à ne pas faire subir d'attrition au rebord du foie.

STATISTIQUE MÉDICALE. — M. *Lagneau* lit un rapport sur les études statistiques et médicales de M. Antony, médecin-major, sur le recrutement dans le département de la Marne. Dans ce département, les habitants de petite taille, d'origine celtique, sont beaucoup plus nombreux dans les cantons de l'ouest que dans les cantons de l'est, anciennement envahi

par les immigrés de grande taille venus du nord-est. L'aptitude militaire des jeunes gens s'accroît par suite d'une moindre proportion d'exemptés pour infirmités; mais le nombre des naissances diminuant, bien que les mariages soient un peu plus nombreux que précédemment, la proportion des jeunes gens inscrits, c'est-à-dire en âge d'être appelés au service, tend à diminuer, quoique la population de ce département s'accroisse. Cet accroissement de population porte exclusivement sur les arrondissements industriels et viticoles de Reims et d'Epernay. Les autres arrondissements de Sainte-Ménehould, de Vitry-le-Français et de Châlons voient leur population diminuer, ainsi que ceux de l'arrondissement de Réthel du département voisin, des Ardennes; les habitants de ces trois derniers arrondissements tendent à émigrer vers Reims et Epernay. A propos de cette immigration des ruraux vers les grandes villes, vers les professions commerciales et industrielles, M. Lagneau remarque que ce mouvement migratoire est général en France, comme d'ailleurs dans d'autres pays. Depuis le dernier dénombrement, celui de décembre 1881, notre population, en cinq années, s'est élevée de 36 millions 905 788 à 37 millions 321 186 habitants, c'est-à-dire de 415 398 individus, soit annuellement de 22 sur 10 000. Or, ce faible accroissement porte presque exclusivement sur quarante des villes ayant plus de 30 000 âmes, ces villes s'étant accrues de 488 993 habitants. Les populations des campagnes et des autres villes ont donc présenté une légère diminution. Faisant remarquer que la population de quarante cinq de nos départements a diminué, alors que celle de quarante-deux seulement a augmenté, et tenant compte que les conditions démographiques sont généralement beaucoup moins bonnes dans les grands centres manufacturiers que dans les campagnes, M. Lagneau considère comme très fâcheuse pour l'avenir de notre nation cette immigration des ruraux vers les villes. Convaincu de l'utilité d'une enquête générale sur l'état physiologique et pathologique de la population de la France, enquête déjà demandée en 1867 par MM. Larrey et Bergeron, M. Lagneau croit devoir proposer à l'Académie de demander au ministre de la guerre de vouloir bien charger le conseil de santé des armées de faire rassembler et coordonner par cantons tous les documents statistiques déjà recueillis lors des opérations du recrutement.

Après un échange d'observations entre MM. Larrey, Perrin, Bergeron et M. le rapporteur, les conclusions du rapport de M. Lagneau sont renvoyées à la commission pour être modifiées suivant les observations présentées.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 17 MAI 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Recherches expérimentales sur la greffe de l'os mort dans l'os vivant. Résorption des séquestres. — Opération césarienne suivie de la résection de l'utérus et de ses annexes.

M. *Lannelongue*. La question de la résorption des séquestres n'est pas suffisamment élucidée; on n'en a pas donné la preuve expérimentale. Un séquestre véritable se montre sous deux conditions; tantôt il baigne dans le pus, tantôt il est entouré par une membrane granuleuse dont les bourgeons s'appliquent sur ses faces et ses anfractuosités.

I. Dans le premier cas, l'expérimentation et l'observation clinique ont prononcé. Le séquestre conserve indéfiniment sa forme et ses caractères; il n'est l'objet d'aucun processus qui en amoindrisse le volume.

II. Les séquestres immédiatement recouverts par des fongosités ou une membrane granuleuse peuvent être l'objet d'une résorption plus ou moins considérable. Les expériences de Billroth sur le mécanisme de la résorption de l'ivoire implanté dans les os et les tissus vivants, jointes aux observations de Langenbek, Dieffenbach, ont donné à cette opinion un appui considérable. Volkmann et beaucoup de chirurgiens français et allemands la partagent sans hésitation. On trouvait à la surface des chevilles d'ivoire des anfractuosités, des dépressions qui indiquaient la résorption. Mais on n'avait pas vu un séquestre libre disparaître complètement.

M. Lannelongue a pris un morceau d'humérus humain qui depuis dix ans servait aux démonstrations dans les laboratoires; il a taillé un cube de 6 millimètres de longueur sur 3 millimètres de largeur. Cette cheville fut introduite dans le tibia trépané d'un lapin adulte, après lavage de ce séquestre dans l'eau phéniquée. La même opération fut faite sur l'autre tibia avec une cheville d'ivoire pareille à la cheville osseuse. La même expérience fut répétée sur un autre lapin. Au bout de deux mois et trois jours on a sacrifié les deux animaux.

A peu près toute la portion d'os introduite dans le canal médullaire du tibia a disparu et est entouré par de l'os nouveau; dans le tissu compact, la résorption est moins avancée. A la surface du tibia on voit un os périostal nouveau qui recouvre la cheville. Les canaux de Havers du séquestre étaient remplis de cellules embryonnaires et de vaisseaux; le séquestre était comme rongé; il n'en restait que le cinquième environ. Au bout du même temps, la résorption de la cheville d'ivoire était beaucoup moins avancée; la surface en était grenue dans le canal médullaire, encore polie dans le tissu compact. On voit qu'une portion d'os mort introduite dans un os vivant peut disparaître, être résorbée et remplacée par un os nouveau. Chez l'homme, les séquestres peuvent se trouver dans ces conditions et être résorbés.

Conclusions. — La résorption des séquestres est un fait qui se démontre par l'expérimentation.

La suppuration dans la capsule séquestrale autour du séquestre lui-même est un obstacle à cette résorption; mais cette suppuration peut n'avoir qu'une durée temporaire, et s'il lui succède une végétation embryonnaire, les bourgeons charnus accolés au séquestre s'engageant dans les anfractuosités même les plus minimes qu'il présente, produisent sa résorption par un mécanisme dont on suit toutes les phases expérimentales.

La résorption de l'os mort a lieu plus facilement et plus promptement que celle de l'ivoire; de plus, elle est suivie de la formation d'un os nouveau. Aussi doit-on préférer l'os à l'ivoire dans la pratique des résections, si on veut assurer le maintien des fragments en place par l'un ou l'autre de ces moyens; l'os préparé pour ce but sera désinfecté au préalable avec soin.

M. *Trélat*. Un certain nombre de faits cliniques sont conformes aux expériences de M. Lannelongue. On a observé depuis longtemps, que dans les ostéomyélites, quand il se forme une cavité séquestrale, et qu'on l'évacue, on rencontre immédiatement sous le périoste une couche de nouvel os; on la traverse pour tomber dans la cavité contenant fongosités et séquestres; ces derniers sont rongés et ressemblent à de la dentelle.

— M. *Lucas-Championnière* lit un rapport sur l'observation présentée à la précédente séance par M. Guichard (d'Angers).

M. Lucas-Championnière a fait quatre fois l'opération de Porro, et l'a vu faire deux fois. Il analyse l'observation de M. Guichard; la céphalotripsie n'était guère praticable, l'utérus n'étant pas dans le bassin. Quand le bassin mesure 7 centimètres, la céphalotripsie est peu dangereuse; entre 6 et 7 centimètres elle est plus grave; au-dessous de 6 centimètres elle est très souvent mortelle. Avec les procédés actuels, l'opération césarienne doit lui être préférée. La statistique semble indiquer que l'opération de Porro n'ajoute pas à la gravité de l'opération césarienne.

La résection de l'utérus est toujours une chose grave, mais il restera toujours des cas où l'opération de Porro sera indiquée. Il faut inciser la paroi abdominale le plus loin possible

du pubis; l'utérus sera ouvert à sa partie supérieure et on en réséquera le moins possible. L'énorme pédicule extérieur sera morcelé en trois ou quatre parties, et on ne le rentrera pas tout entier dans le ventre parce qu'il doit être le siège de lochies; il faut immobiliser absolument le pédicule en retardant le premier pansement.

M. Lucas-Championnière repousse le procédé de Muller qui sort l'utérus de l'abdomen afin de le vider sans laisser tomber du liquide dans le péritoine. Le lien élastique autour du pédicule est inutile, il vaut mieux poser des pinces sur les vaisseaux ouverts. La méthode antiseptique sera appliquée dans toute sa rigueur.

M. *Théophile Anger* se demande si la malade de M. Guichard n'a pas été intoxiquée par l'acide phénique; elle a eu de l'apnée, des sueurs abondantes, des urines noires. A la suite des grandes plaies et des vastes pansements phéniqués, M. Anger a vu survenir ces symptômes avec abaissement de la température au-dessous de la normale, et le pouls fréquent. Ces symptômes cessaient quand on supprimait les pansements phéniqués.

M. *Polaillon* ne partage pas l'opinion de M. Anger. Dans l'empoisonnement par l'acide phénique, le pouls est lent, il y a adynamie; les urines ne sont pas noires. Après l'hystérectomie, le système nerveux est profondément troublé; les opérés peuvent mourir sans péritonite, par choc, par épuisement du système nerveux.

M. *Marc Sée* dit que pour la ligature de l'utérus on conseille de faire une incision cunéiforme afin de rapprocher les deux parties et les unir par la suture; on ferme ainsi ce qui reste de la cavité utérine. Il y a inconvénient à diviser le pédicule en deux ou trois portions, parce qu'on établit une communication entre le péritoine et le vagin.

M. *Marchand* a pratiqué l'opération de Porro pour un fœtus passé dans le péritoine par rupture spontanée de l'utérus pendant le travail. Le fœtus et le placenta avaient passé dans le péritoine par une déchirure transversale de l'utérus. N'ayant pas à sa disposition les instruments convenables, le chirurgien appliqua l'écraseur courbe de Chassaignac pour fermer le pédicule qui ne saigna pas. Pansement antiseptique, l'écraseur restant en place. La malade mourut dans la soirée probablement d'une péritonite qui avait débuté avant l'opération.

M. *Lucas-Championnière* ne croit pas aux empoisonnements par les pansements phéniqués; les symptômes observés chez l'opérée de M. Guichard ont été constatés sur d'autres femmes hystérectomisées. Les urines noires tiennent à l'élimination par le rein d'un peu d'acide phénique. L'intoxication phéniquée n'est pas commune dans ces opérations, parce qu'on n'abuse pas de l'acide phénique.

La coupe en coin de l'utérus, recommandée par M. Sée, ne peut s'exécuter sur un utérus gravide. C'est par des étages successifs de ligature qu'on arrive à éviter des hémorrhagies et qu'on peut rentrer le pédicule dans le ventre. Mais si on ne doit pas le réduire, il est inutile de faire tant de ligatures et il vaut mieux faire le morcellement; comme on ne rentre pas le pédicule, qu'il y ait ou non des trous communiquant avec le vagin, cela n'a pas d'importance. Il y a un bon tiers des opérations de Porro qui ont été faites avec l'écraseur de Chassaignac.

L. Leroy.

Société de biologie.

ADDITION A LA SÉANCE DU 13 MAI 1882

Note de M. *Brown-Séquard* intitulée: *Faits montrant combien sont variées et nombreuses les voies de communication entre les zones motrices de la surface cérébrale et les membres.*

On admet généralement que les zones motrices corticales sont reliées aux appareils moteurs des muscles des membres par des conducteurs, passant de la capsule interne dans l'étage inférieur des pédoncules cérébraux, traversant le pont de Varole et le bulbe, après s'être entrecroisés dans ces deux dernières parties: de telle sorte que les fibres des zones motrices gauches devraient se retrouver dans la moitié droite de la moelle. Les expériences suivantes sont contraires à cette interprétation.

1° La section d'une moitié latérale de la moelle épinière ne fait pas cesser l'action des zones motrices opposées sur les membres correspondant à la section. « Non seulement la zone motrice du côté opposé à celui de cette section peut faire mouvoir ces membres et quelquefois tout aussi bien au moins qu'à l'état normal, mais encore il n'est pas rare que la zone motrice du côté même de la section médullaire, modifiée dans ses propriétés, détermine des mouvements dans l'un des membres (et même dans les deux) du côté de cette section. » Les effets variés qui suivent cette hémisection de la moelle (conservation de l'action croisée, le plus souvent) impliquent l'existence de voies de communication extrêmement nombreuses entre les zones motrices et les membres.

2° Une section transversale d'une moitié latérale du bulbe au-dessus de la décussation des pyramides fait souvent gagner en puissance la zone motrice correspondante ou tout au moins la laisse très capable d'agir, tandis que celle du côté opposé présente une diminution, sinon une perte complète de puissance. — La section longitudinale de la protubérance, faite sur la ligne médiane, n'empêche pas les zones motrices des deux côtés de continuer d'agir sur les membres.

3° La section transversale de l'un des pédoncules cérébraux laisse persister entièrement en général la puissance d'action de la zone motrice du côté correspondant; assez souvent même cette puissance est plus ou moins augmentée.

4° La combinaison de deux hémisections, l'une sur le pont de Varole à droite par exemple, l'autre sur le bulbe à gauche, n'empêche nullement les effets des excitations corticales de se transmettre aux membres. « La transmission se fait alors par des voies tout autres que celles que l'on suppose exister entre les zones excitables et les membres. »

Ces faits et quelques autres montrent que les transmissions motrices croisées s'opèrent au-dessus ou en avant du pont de Varole; qu'une moitié latérale soit du pont de Varole, soit du bulbe, soit de la moelle cervicale, est suffisante pour les transmissions des deux zones motrices corticales aux membres des deux côtés du corps; qu'un très petit nombre de conducteurs peut suffire pour la transmission des excitations des zones motrices corticales aux membres.

SÉANCE DU 20 MAI 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

Action des chlorures alcalins : M. Ch. Richet. Remarques de M. Rabuteau. — Théories du vertige : M. Leven. Remarquee de MM. Duval et Laborde. — Lésions expérimentales dee valvules tricuspidee. Pièces anatomiques. Animal opéré. Exposé des symptômes : M. François-Franck.

M. *Ch. Richet* a entrepris des expériences relatives à l'action des chlorures alcalins sur les animaux. Le chlorure de sodium, considéré comme inoffensif quand il est injecté en solution dans le sang, est au contraire toxique si les doses

arrivent à 1 gramme de sodium métallique par kilogramme. Les accidents présentés par les animaux et qui amènent la mort, sont des spasmes des muscles respiratoires tuant par asphyxie. En raison des analogies que présentent ces accidents avec ceux de la strychnine, M. Richet a pensé à employer la respiration artificielle; il a réussi à empêcher la mort avec les doses habituellement toxiques.

Dans l'empoisonnement par le chlorure de sodium, comme dans l'empoisonnement par la strychnine, M. Richet reconnaît trois phases: 1° excitabilité augmentée; 2° tétanos; 3° secousses choréiformes.

En comparant l'action des chlorures alcalins, l'auteur n'a pas retrouvé le rapport indiqué par M. Rabuteau entre le degré de toxicité et le poids atomique.

M. *Rabuteau* objecte à M. Richet qu'il ne peut être assuré de la pureté de ses produits; que, par exemple, le chlorure de sodium qui tue un chien à dose relativement faible, est vraisemblablement un chlorure impur; il ajoute que le dosage des sels déliquescents ne peut être fait avec une précision suffisante quand on n'a pas ces sels en cristaux. M. Rabuteau renvoie à ses précédentes études sur le même sujet.

— M. *Leven* discutant les théories courantes du vertige, n'admet pas la théorie de l'anémie cérébrale, et considère le vertige comme dû à un trouble de la coordination musculaire. Ce trouble résulterait lui-même des altérations fonctionnelles d'un noyau encéphalique présidant à l'équilibration des mouvements.

A ce propos MM. Duval et Laborde rappellent les recherches exécutées sur les fonctions des canaux semi-circulaires considérés comme organes de la notion de l'espace, et les expériences faites sur les lésions des noyaux bulbaires.

— M. *René* (de Nancy) adresse un travail sur la vitesse des actes nerveux, publié dans la *Gazette médicale des hôpitaux* (avril 1882).

— M. *François-Franck* montre sur le cœur d'un chien les lésions de la valvule tricuspide qu'il produit par la section intra-cardiaque des cordages tendineux. (Voy. Société de biologie, 18 février 1882.)

Il fait ensuite entendre le souffle systolique qui résulte de la même lésion chez un chien opéré depuis six jours.

A la suite de ces présentations, M. François-Franck expose l'ensemble des phénomènes présentés, à partir du moment de l'opération jusqu'à la mort, c'est-à-dire pendant une période de deux à trois mois, chez les animaux auxquels il a pratiqué des insuffisances tricuspidiennes par le procédé indiqué. Cette étude étant publiée *in extenso* dans le Compte rendu hebdomadaire de la Société de biologie, nous en signalerons ici seulement les points essentiels.

Troubles cardiaques. 1° *Le souffle systolique* remplace le premier bruit à partir du moment de la lésion. Ce souffle est d'autant plus aigu que la lésion est plus circonscrite; il est grave et s'accompagne d'un frémissement cataire intense quand la valvule est largement insuffisante. Pendant les huit premiers jours, le souffle d'abord franchement systolique, se complique d'un souffle diastolique qui paraît résulter d'un certain degré de rétrécissement dû au gonflement de la valvule (endocardite traumatique). Puis la valvule se rétractant à partir du huitième au douzième jour, le souffle redevient exclusivement systolique, le rétrécissement d'origine inflammatoire disparaissant. L'intensité du souffle de l'insuffisance s'atténue à mesure que le ventricule droit se dilate et que son énergie impulsive diminue.

2° *La fréquence des pulsations* est ordinairement plus que doublée à partir du moment où l'insuffisance est produite. Cette accélération cardiaque marche de pair avec l'accélération respiratoire, et l'auteur attribue en partie ces deux changements simultanés à la diminution de l'afflux sanguin dans les réseaux pulmonaires et dans le cœur gauche. Il signale l'anémie artérielle (diminution considérable des ondées aortiques) qui s'exagère, dans les mouvements rapides, avec efforts musculaires, au point de produire la syncope et de mettre la vie en danger. A ce propos il insiste sur la nécessité de supprimer toutes les causes d'accélération de la circulation périphérique (mouvements rapides, — chaleur excessive, — substances vaso-dilatatrices, — nitrite d'amyle, — anesthésiques, — morine (à hautes doses), chez les sujets porteurs de lésions tricuspidiennes, qui, même au repos, ont une circulation cardio-pulmonaire à peine suffisante.

Troubles de la circulation veineuse. L'insuffisance tricuspidienne s'accompagne de reflux qui se font sentir au loin sur le trajet des veines et déterminent, entre autres phénomènes, le pouls veineux vrai des jugulaires et les battements hépathiques. Ces troubles provoqués, tout à fait identiques à ceux qu'on observe en clinique, ont été suivis jour par jour et comparés entre eux grâce à l'inscription simultanée des pulsations veineuses, hépatiques, cardiaques et artérielles. Il résulte de cet examen que le pouls veineux par reflux apparaît dès le début de la lésion et simultanément dans les jugulaires et dans les veines sus-hépatiques; si le pouls jugulaire paraît plus tardif chez l'homme, c'est que les valvules de la base du cou résistent davantage.

Les reflux veineux s'étendent graduellement aux veines périphériques qui se dilatent peu à peu et dont les valvules deviennent insuffisantes: ceci doit être rapproché des faits analogues observés chez l'homme dans certains cas de varices (Verneuil, Marey, etc.).

Les troubles fonctionnels résultant des reflux veineux sont multiples.

M. François-Franck passe rapidement en revue ceux qu'il a le plus complètement étudiés et qui présentent un certain intérêt clinique: du côté des centres nerveux, les reflux se font librement sentir à cause de l'absence de valvules et entraînent un engorgement veineux permanent; pendant la vie, l'examen du fond de l'œil et l'étude de la pression veineuse dans un sinus crânien démontrent cet excès de tension veineuse; après la mort, on trouve dilatées les veines anastomotiques entre les sinus, et on observe de l'œdème cérébral. — Du côté des autres organes, et notamment de ceux du système porte, les effets de la surcharge veineuse sont très accusés: le foie augmente graduellement de volume et vient battre au-dessous des fausses côtes; l'intestin et l'estomac restent gorgés de sang veineux, et sous l'influence de cette surcharge sanguine, apparaissent successivement la diarrhée et l'ascite. Le liquide épanché dans le péritoine a été trouvé chargé de matière colorante du sang, et son exhalation s'est toujours faite presque brusquement à la fin du premier mois. La rate résiste à la distension veineuse en sa qualité d'organe contractile: quand le foie a acquis un volume énorme et pris tous les caractères du foie cardiaque, la rate se montre petite, fortement rétractée.

A ces troubles des principaux organes hémato-poiétiques paraît correspondre une profonde modification du liquide sanguin; mais l'anémie globulaire si manifeste des animaux présente des particularités qui feront l'objet d'études spéciales de la part de MM. Malassez et François-Franck. — Le système des veines caves présente un engorgement habituel très marqué, mais l'œdème n'est point encore apparu dans les extrémités après trois mois, alors que l'ascite est produite à la fin du premier mois. On observe seulement l'œdème de la paroi abdominale et de la face interne des cuisses. Les reins sont gorgés de sang veineux, mais cette congestion ne paraît pas suffisante pour produire l'albuminurie: on ne trouve d'albumine dans les cuisses qu'à la fin de la vie, alors que le sang est profondément altéré.

Les organes et les tissus sont actuellement étudiés au point de vue anatomo-pathologique par MM. Malassez et François-Franck qui donneront prochainement le résultat de cet examen.

REVUE DES JOURNAUX

Du siège de la carie vertébrale, de l'âge et du sexe des malades qui en sont atteints, par M. le docteur TAYLOR.

Dans ce mémoire, l'auteur analyse trois cents observations de carie vertébrale et conclut, relativement au siège de cette maladie, que si toutes les vertèbres peuvent être atteintes, néanmoins le lien d'élection habituel est la sixième et la septième cervicale, la huitième dorsale, la seconde et la troisième lombaire; que la région dorsale est plus souvent atteinte que la région lombaire et surtout que la région cervicale.

Si on admet que le mal de Pott a pour origine un traumatisme, ces faits expliqueraient pourquoi la maladie siège de préférence sur les points dont les mouvements sont les plus étendus et plus facilement ébranlés par les chocs extérieurs. La région dorsale est plus vulnérable, non pas seulement en raison de la convexité dorsale de la colonne spinale, mais parce qu'elle est en rapport de continuité avec les côtes et le sternum, et, par conséquent, soumise à des ébranlements plus nombreux que les régions cervicale et lombaire.

La pression exercée par les masses situées au-dessus neutralise ces vibrations dans la région lombaire et explique l'immunité de cette région. La région cervicale est protégée par les bras et l'épaule dont l'ossature est indépendante de celle de la colonne cervicale.

Relativement à l'âge, sur trois cent soixante-quinze cas, la maladie apparut deux cent vingt-six fois avant l'âge de cinq ans, soixante-huit fois entre cinq et dix ans, vingt-quatre fois de dix à quinze ans.

Enfin, sur quatre cent douze cas, on a observé cette maladie chez cent soixante-dix-sept individus du sexe féminin et sur deux cent trente-cinq du sexe masculin. (*The London medical Record*, 15 mars 1882.)

Des opérations exsangues, par J. WOLFF.

Le grand inconvénient de la méthode d'Esmarch est, comme on sait, l'hémorrhagie en nappe qui suit presque invariablement l'opération. Pour remédier à cet accident qui peut devenir grave, on a proposé des moyens différents; voici comment Wolff décrit le sien :

« Mon procédé consiste à produire, au moyen d'une suspension verticale une diminution du stade de la paralysie vaso-motrice : de comprimer la plaie pendant toute la durée de ce stade ainsi écourté, au moyen d'un bandage complet, régulièrement appliqué, antiseptique. »

Cette méthode se base sur des expérimentations sur les animaux et aussi sur les résultats de certaines opérations. On en a obtenu des résultats utiles dans de grandes amputations.

L'opération est prolongée tout au plus de quinze minutes par la suspension verticale du membre, « ce qui constitue, dit l'auteur, vis-à-vis du temps que l'on perdait à chercher et à lier une foule de petits vaisseaux, un gain réel et non sans valeur : considération importante pour ce qui concerne la chirurgie d'armée. »

L'auteur met en parallèle son procédé et ceux de Kœnig ou d'Esmarch lui-même, et lui trouve une foule d'avantages. (*Archives de Langenbeck*, t. XXVII, p. 389.)

Bandage portatif contre le pied bot, par J. WOLFF.

Ce bandage se compose essentiellement d'un appareil silicaté, que l'on doit construire d'une façon toute spéciale.

On applique d'abord une série de bandes de diachylon (d'après Sayre) destinées à remédier jusqu'à un certain point, à la déviation du pied. Par-dessus cette cuirasse de diachylon, on place une bande sèche, mince, d'une étoffe de coton molle, depuis les articulations du métatarse jusqu'à la tubérosité du tibia : puis une double couche de cette même étoffe parfaitement imprégnée du meilleur silicate. Cette partie de l'appareil, étant la plus importante, est celle qui nécessite le plus de soin et de minutie.

On applique enfin un appareil plâtré provisoire : c'est-à-dire une bande de gaze, puis une bouillie de plâtre épaisse, alternant avec des bandes de gaze. Dès que la quantité de plâtre est suffisante, le chirurgien fait maintenir le genou contre la table d'opération par un assistant, « et lui-même opère avec ses deux mains un redressement complet du pied, manœuvre qui exige un grand développement de force et devra être soutenue par un aide. Ce n'est que lorsque l'appareil plâtré est bien solidifié que les mains de l'opérateur doivent se relâcher. »

La nuit qui suit l'application du bandage est pénible pour le malade, mais déjà le lendemain les douleurs sont supportables : le troisième jour elles ne se font plus sentir. Le quatrième on enlève le plâtre en ayant soin d'envelopper d'abord l'appareil d'un linge mouillé. Le pied se trouve ainsi placé, en position normale, dans un appareil mince, léger, qui le maintient parfaitement et peut rester en place plusieurs mois, et qui peut entraîner la guérison en une seule application. (*Archives de Langenbeck*, t. XXVII, p. 374.)

Travaux à consulter.

DU DRAINAGE DE LA VESSIE APRÈS LA TAILLE, par M. TRENDELENBURG. — L'auteur préfère, à ce qu'il semble, la taille hypogastrique après tamponnement préalable du rectum. Il lave la vessie avec une solution phéniquée, y introduit un tube de drainage en T, qui se maintient facilement de lui-même, et loge l'opéré sur le ventre, la plaie à nu. Résultats encourageants. (*Berl. klin. Woch.*, 1881, n° 1.)

UN CAS D'ULCÈRE ROND DE L'ESTOMAC, par M. LITTEN. — Évoluant avec l'aspect d'une anémie pernicieuse progressive. Corrosion de l'artère liénale avec formation de thrombus et embolies secondaires de la même artère. Infarctus de la rate. L'aspect clinique de l'affection était peut-être dû à une dégénérescence du myocarde. (*Berl. klin. Woch.*, n° 49, 1880.)

HYPERTROPHIE DE LA CRÊTE URÉTHRALE, CAUSE DE RÉTENTION URINAIRE, par M. RINDFLEISCH. — Observation unique dans la science. Chez un enfant de cinq semaines les deux orifices éjaculateurs étaient imperméables, les vésicules séminales et les canaux déférents du verumontanum dilatés, ce qui avait déterminé une énorme hypertrophie de la vessie, des uretères, et une hydronéphrose. L'auteur suppose que dans ce cas, le fœtus a dû augmenter considérablement la masse des eaux de l'amnios en y excrétant son urine. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXI.)

DE L'ORIGINE DU LIQUIDE AMNIOTIQUE, par M. WIENER. — L'auteur est d'avis « qu'aucun fait ne nous porte à mettre en doute la sécrétion régulière des reins du fœtus et l'excrétion périodique de l'urine dans la cavité amniotique ». Il est probable, qu'au début de la grossesse, la surface cutanée contribue à augmenter la quantité de liquide ; que dans les mois subséquents il y a participation du sang maternel, mais il paraît hors de doute qu'il faille chercher la source principale des eaux de l'amnios dans la sécrétion urinaire du fœtus. (*Archiv für Gynæk.*, t. XVII, p. 24.)

ALTÉRATION DES GANGLIONS LYMPHATIQUES DANS LA LÈPRE, par M. IWANOWSKY. — Il est difficile d'admettre que les lésions décrites soient anatomiquement différentes de ce que l'on peut observer dans d'autres maladies. Isolées ou combinées, ces altérations sont banales. Elles consistent en une pigmentation très apparente de la zone la plus externe du ganglion lymphatique, en prolifération des corpuscules lymphoïdes avec épaississement des parois vasculaires et des trabécules du stroma, enfin en infiltration graisseuse des éléments cellulaires et de certaines portions du tissu adénoïde. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXI.)

De l'acide chrysophanique, par MM. Lewin et Rosenthal. —Expériences sur les animaux, d'où résulte que cet acide, substance active de la poudre de Goa, a la propriété d'être absorbé par la peau saine et de déterminer, par son passage, dans les reins, une irritation dont on ne peut prévoir les suites. (*Virchow's Archiv.*, t. LXXXV.)

Recherches sur l'inoculation de la pneumonie, par M. Kuhn. — Inoculation de crachats récents provenant de malades prisonniers. Résultats ambigus. Il est probable que les lapins mouraient septicémiques, ce qui est presque la règle en pareil cas. (*Berl. klin. Woch.*, n° 38.)

La quantité de fer contenu dans le foie et la rate, par M. Stahel. — Analyses chimiques de ces organes dans diverses maladies. Résultats ambigus. La plus grande quantité de fer fut trouvée dans le foie d'un *anémique*, soumis à un traitement par les ferrugineux qui d'après l'auteur n'explique pas cette accumulation du métal dans l'organe hépatique. Les quantités normales (?) pour la foie et la rate seraient respectivement : 0,167 à 0,201 ; 0,217 à 0,268. La quantité de fer ne dépend pas uniquement de la présence du sang: dans le cas cité plus haut, le foie contenait deux fois autant de fer que le même poids do sang. (*Virchow's Archiv.*, t. LXXXV.)

Des dangers de la transfusion péritoniale, par M. Mosler. — L'injection de sang dans le péritoine ayant été recommandée comme facile, sûre et surtout anodine, Mosler en fit l'essai sur un leucémique. Une première opération fut assez bien supportée: une seconde détermina une péritonite aiguë qui emporta rapidement le malade. Le moyen est donc trop dangereux pour être employé dans le traitement de la leucémie.

Le malade emporté par cette audacieuse thérapeutique était le même auquel Mosler avait déjà pratiqué seize injections de liqueur de Fowler dans le *tissu même de la rate*. Dans l'autopsie on remarque les détails suivants: « La consistance de la rate est dure, le parenchyme présente une coloration irrégulière, tachetée.., en un point on constate une traînée rouge qui s'étend à travers la rate, jusqu'à un trabécule hypertrophié. » (*Deutsches Archiv für klin. Med.*, t. XXVIII, p. 476.)

Cas singulier d'anurie, par M. Schwengers. — Anurie complète à la suite de l'arrêt d'une concrétion urinaire dans l'uretère chez un homme qui n'avait que le rein droit. Ce rein unique pesait 440 grammes au lieu de 150 et avait 16 centimètres de longueur. La concrétion, composée d'acide urique, avait la forme ovale, allongée, pointue aux extrémités. La maladie avait été reconnue et le traitement avait consisté à chercher à provoquer une diaphorèse sérieuse au moyen des bains, la pilocarpine, etc. Le malade mourut d'urémie avec une extrême rapidité. (*Berl. klin. Woch.*, 1881, n° 34.)

Recherches expérimentales sur les lésions des muscles consécutives aux sections nerveuses, par M. Bastelberger. — L'auteur combat l'opinion de Vulpian qui pensait que la dégénération (*Entartungs-reaction*) n'était pas appréciable sur le muscle et le nerf mis à nu. Pour lui, elle se caractérise typiquement de la façon suivante: *pour le muscle* : diminution jusqu'à la disparition, de l'irritabilité faradique, exagération de l'irritabilité galvanique, exagération de la contraction anodique vis-à-vis de la contraction cathodique ; *pour le nerf :* diminution et finalement disparition de l'irritabilité tant galvanique que faradique. (*Deutsch. Arch. für klin Med.*, t. XXVIII, p. 562.)

Adénome des glandes sébacées, par M. Bock. — Néoplasme observé chez une vieille femme qui le portait depuis son enfance (?) sur le cuir chevelu. La nature de la tumeur semble bien établie. C'est la première fois que l'on décrit l'adénome des glandes sébacées. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXI.)

Mensurations des artères de l'homme, par Mad. Schiele-Wiegandt. — Quatre tableaux présentent les résultats de mensurations du calibre et de l'épaisseur des parois des principales artères de l'organisme sur quatre-vingt-dix-neuf cadavres. Ces chiffres n'ont pas grand intérêt pratique: ils démontrent que l'influence principale est celle de l'âge et du sexe, et que l'épaisseur relative des parois augmente à mesure que le calibre diminue. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXII.)

Des modifications de la sonorité thoracique dues aux mouvements respiratoires, a l'état normal et pathologique, par M. Friedreich. — Mémoire extrêmement intéressant et utile à consulter mais qui ne se prête pas à l'analyse à cause de sa longueur et de la multitude de détails qu'il contient. Ces recherches n'ont pas donné jusqu'ici de résultats pratiques. (*Deutsches Archiv für klin. Med.*, t. XXVI.)

Un cas rare de chorée sénile, par M. Muellendorf. — Observé chez une femme de 83 ans. Le diagnostic anatomique porte: *Ecchondrome* sphéno-occipital en voie de ramollissement muqueux, perforation de la dure-mère, compression du pont de Varole. — Ce cas remarquable est à rapprocher de ceux que Charcot a publiés sous le nom d'hémichorée post-hémiplégique. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXVI.)

Thérapeutique des maladies du nerf vague, par M. Gerhardt. — 1° Névralgie trifaciale durant depuis 15 ans, améliorée par la compression de la carotide de ce côté. 2° Deux cas de trismus d'origine réflexe accompagné de lésions de la sensibilité, rapidement guéris par l'emploi du courant continu. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXVI.)

Recherches thérapeutiques sur les arthrites expérimentales, par M. Seidel. — Deux séries d'expériences. Dans la première l'auteur provoque des arthrites septiques, dans la seconde, des arthrites tuberculeuses. Contre les premières il emploie, sans grands succès, les inhalations de benzoate de soude et des injections de pilocarpine : contre les secondes, les inhalations d'extrait de bois de gayac, d'eau créosotée, et les injections de chlorure de zinc. Les derniers résultats ont paru beaucoup meilleurs. (*Archiv de Klebs.*, t. XII.)

De l'impetigo contagieux (Fox) avec commentaires, par M. Unna. — Affection bulleuse et ne méritant pas à proprement parler le nom d'impetigo, observée dans une école où elle se transmit d'un enfant à l'autre. Théorie très discutable. (*Vierteljschrift für Dermat.*, 1880.)

De l'influence des fièvres sur les psychoses, par M. Fiedler. — Quatre observations: 1° un mélancolique guéri par une scarlatine fort grave compliquée d'urémie ; 2° un alcoolique guéri par une phthisie aiguë; 3° un mégalomane et une lypémaniaque guéris par la fièvre typhoïde. — Suit l'indication bibliographique des cas publiés. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXVI.)

De quelques antipyrétiques nouveaux, par M. Brieger. — Le groupe des *Dihydroxylbenzols* qui comprend la catéchine, l'hydroquinone et la résorcine a des propriétés manifestement antifermentatives. Ces trois substances sont en même temps des antipyrétiques, ainsi qu'il résulte d'expériences cliniques de Brieger. La catéchine toutefois n'a pas été expérimentée sur l'homme, étant trop toxique. La résorcine, à dose de 1-3 grammes, abaisse la température, mais d'une façon très transitoire; cette action s'accompagne de phénomènes nerveux marqués et qui peuvent devenir inquiétants. L'hydroquinone produit la même action à dose de 8 décigrammes à 1 gramme. Cette dernière paraît surtout propre aux injections sous-cutanées (solution à 10 pour 100, 2 seringues de Pravaz.) (*Cent. für med. Miss.*, 1880, n° 37.)

BIBLIOGRAPHIE

Le progrès en médecine par l'expérimentation. — Leçons de pathologie comparée, professées au Muséum par M. Bouley, membre de l'Institut. In-8°. — Paris, Asselin.

En prenant possession de la chaire nouvellement créée au Muséum, M. le professeur Bouley a inauguré son enseignement sur la pathologie comparée par une étude approfondie des *progrès réalisés en médecine par l'expérimentation.* Le moment ne pouvait être mieux choisi. C'était à la fois continuer l'œuvre de Cl. Bernard, en propageant l'une de ses idées favorites, et c'était réunir en un corps de doctrine la série des travaux et des expériences à qui un illustre savant, M. Pasteur, vient de donner une si vive impulsion.

Inventa narrare non inglorium, dit modestement M. Bouley, dans sa leçon d'ouverture, mais dès les premières pages on voit tout ce que l'ouvrage contient d'idées personnelles, élevées et philosophiques. Nul ne pouvait être plus apte à entreprendre ce grand travail. Critique impartial, mais ardent dans ses convictions, expérimentateur habile et mûri par de longues études à tous les problèmes difficiles de la médecine comparée, le brillant professeur a poursuivi un double but; l'un, qui est de nous montrer tout ce qu'on peut obtenir et attendre de la méthode expérimentale appliquée à la médecine; l'autre, qui est de nous conduire à cette conclusion, que la médecine humaine et la médecine vétérinaire, autrefois considérées comme distinctes, se fusionnent aujourd'hui sur le terrain scientifique.

Quel est l'objet de la *pathologie comparée?* « C'est la recherche de la solution des problèmes de la pathologie considérée d'une manière générale à l'aide des éléments que peut fournir l'étude des faits pathologiques dans toutes les espèces animales, voire même végétales, que ces faits se présentent spontanément à l'observateur ou que leur manifestation soit déterminée par l'expérimentation. »

Ainsi, ce sont les études de médecine comparée, aidées de l'expérimentation, qui ont donné la solution de problèmes jusque-là insolubles.

Que savait-on de la *rage?* Il n'y a pas longtemps encore que le virus de la rage était considéré comme une chimère, et que la terreur seule était regardée comme la cause de la rage dans l'espèce humaine. L'expérimentation a prouvé que le virus rabique a prise sur presque toutes les espèces domestiques et sur les espèces sauvages; c'est le même virus qui a prise sur l'espèce humaine.

Que savait-on de la *morve?* Était-elle ou non contagieuse, quelle était son étiologie? Longtemps on l'a considérée comme une inflammation ulcéreuse des voies respiratoires, déterminée par des causes variées, telles que le froid, le chaud, la mauvaise qualité des aliments, les fatigues excessives, l'insalubrité des habitations, etc. « Tandis que les discours académiques coulaient à flots », Rayer fit jaillir la lumière par une seule expérience. Dans son service, à la Charité, était couché un palefrenier nommé Prost; Rayer reconnut les symptômes de la morve; il l'inocula à un cheval, et la preuve fut faite par l'expérimentation (1).

Que savait-on du *charbon* du mouton ou du *sang de rate*, terrible épizootie qui sévit de temps immémorial sur l'espèce du mouton? On savait ce que le mémoire de Delafond, basé sur l'observation pure, avait appris en 1842 : on invoquait, comme étiologie, la richesse du sol, l'excès de nourriture, la qualité exceptionnellement bonne des récoltes, en sorte que le *sang de rate* n'était autre chose qu'un excès de santé, « un trop plein, un excès de sang circulant dans les vaisseaux, et surtout une prédominance dans ce liquide des globules rouges ». Mais neuf ans plus tard, M. Boutet, vétérinaire à Chartres, armé de l'expérimentation, rendait aux faits leur vraie signification : il inocule la maladie du mouton au mouton, du mouton au cheval et à la vache, il voit que la pustule maligne de l'homme reproduit le sang de rate sur le mouton, et il prouve par l'inoculation que le sang de rate du mouton, la fièvre charbonneuse du cheval, la maladie du sang de la vache, la pustule maligne de l'homme ne constituent qu'une seule maladie variable dans ses formes et contagieuse de sa nature.

Que savait-on de la *cachexie aqueuse* du mouton, cette autre épizootie qui a fait tant de victimes? Tant qu'on s'en est rapporté à l'observation pure, on a cru que les animaux qui vivaient dans un milieu sursaturé d'humidité absorbaient, par l'air qu'ils respiraient, par les plantes qu'ils mangeaient, une telle quantité d'eau, qu'ils en demeuraient imprégnés « comme fait une éponge ».

Aujourd'hui, les travaux entrepris sur les métamorphoses et les transmigrations des helminthes (Blanchard, Davaine) ont dévoilé la véritable nature de la cachexie dite *aqueuse*. C'est une maladie parasitaire. Le parasite, la douve hépatique, habite dans le foie de l'animal et s'y reproduit. Ses œufs sont entraînés par la bile dans l'intestin d'où il est rendu. Devenu libre, l'œuf se dépose sur des larves d'insectes, sur les mollusques d'eau douce où boivent les moutons, sur des herbes qu'ils mangent, et le distome hépatique pénètre ainsi dans le canal des ruminants. Le milieu humide ou aqueux a donc une grande importance puisqu'il favorise le développement du parasite, mais son importance, on le voit, est secondaire. La connaissance exacte de la maladie conduit à des conclusions dont l'importance est grande au point de vue prophylactique.

Dans une autre partie de ce savant ouvrage, M. Bouley s'occupe de l'*inoculation* des maladies et des ressources prophylactiques que cette méthode nous procure tous les jours. De grands développements sont donnés à l'histoire de la vaccine. La vaccine, le cow-pox et le horse-pox sont minutieusement étudiés avec une rare compétence, l'auteur s'étant spécialement occupé de ces grandes questions. L'opinion de Jenner sur l'origine équine du cow-pox est aujourd'hui admise sans contestation ; le horse-pox, le cow-pox et la vaccine sont identiques puisqu'ils procèdent du même virus ; ces trois maladies n'en font qu'une.

Mais quand il s'agit d'établir nettement les rapports de la vaccine et de la variole, nous ne pouvons nier qu'il existe sur ce point quelque incertitude. Les travaux et les expériences de la commission lyonnaise (Chauveau) aboutissent à cette conclusion que la vaccine et la variole sont deux maladies absolument distinctes, et c'est l'opinion de M. Bouley; néanmoins on doit compter avec l'opinion opposée de Thiélé et Ritter que l'auteur a longuement discutée, et qui laisse, il faut en convenir, quelque doute dans l'esprit.

Après quelques leçons consacrées spécialement à l'inoculation vaccinale qui est un mode particulier de l'inoculation, l'éminent professeur aborde l'histoire de l'*inoculation* proprement dite, grande méthode, encore limitée en médecine humaine, déjà très étendue en médecine vétérinaire et destinée à donner depuis les travaux de M. Pasteur, des résultats incalculables.

L'inoculation d'une maladie a pour but de donner au sujet inoculé cette maladie aussi atténuée que possible, de façon à lui conférer l'immunité, en le mettant à l'abri des accidents que cette maladie pourrait entraîner si elle se développait dans les conditions ordinaires épidémiques ou contagieuses.

La méthode des inoculations a d'abord été appliquée à la variole; c'est la *variolisation*. Ce procédé consistait à choisir une variole des plus bénignes et à l'inoculer. Très souvent les résultats obtenus étaient excellents, et les sujets inoculés en étaient quittes pour une variole des plus légères qui les mettait à l'abri des épidémies meurtrières et de la contagion. Dans quelques cas, il est vrai, la variole même la plus bénigne engendrait des varioles confluentes, terribles et même mortelles, et cependant ce procédé eût été conservé sans l'immortelle découverte de Jenner.

L'inoculation de la *clavelée*, cette variole du mouton, donne aux moutons dans la majorité des cas une clavelée atténuée, et on en fait usage, bien que la méthode ne soit pas exempte de dangers. La clavélisation est le pendant de la variolisation ; « mêmes principes, même but, mêmes résultats ».

Ce qui constitue le côté défectueux des inoculations que nous venons de citer (variole, clavelée), c'est que le virus inoculé peut avoir une telle intensité, à l'insu de l'opérateur, que les accidents les plus redoutables en sont quelquefois la conséquence, mais du jour où M. Pasteur a trouvé le

(1) Voyez pour plus de détails l'article de M. Bouley sur la MORVE dans le *Diction. encyclop. des scienc. méd.*

moyen d'*atténuer* les virus, de leur enlever une partie de leur énergie, l'inoculation est devenue un moyen puissant et certain de prophylaxie.

C'est ce qui est arrivé pour le *choléra des poules*. Dans cette maladie le virus est un microbe (Perroncito); ce virus est si puissant qu'il suffit de piquer une poule avec une pointe d'aiguille imprégnée de virus pour la tuer. Eh bien, par l'exposition prolongée au contact de l'air pur du microbe développé dans un liquide de culture, M. Pasteur est arrivé à atténuer tellement le virus, que l'inoculation de ce virus ainsi atténué devient un préservatif, un véritable vaccin. M. Pasteur a également constaté que ce microbe, qui a perdu une partie de sa virulence par la culture, « peut faire souche de microbes dans lesquels l'énergie de la virulence se trouve contenue dans les limites mêmes où elle a été réduite chez les ascendants ». Selon l'heureuse expression de M. Bouley, ce sont des microbes « domestiqués » qui peuvent servir à l'homme comme moyen de préservation contre les atteintes terribles de la contagion naturelle.

Cette merveilleuse découverte de l'*atténuation* des virus a déjà donné d'autres résultats. M. Toussaint est arrivé à rendre le *charbon* inoculable; il a prouvé qu'on peut inoculer le charbon bactéridien atténué à des moutons et à des lapins, et leur donner ainsi une fièvre charbonneuse bénigne en les préservant de la forme maligne que revêt toujours la fièvre charbonneuse dans les conditions habituelles de contagion.

M. Bouley consacre plusieurs leçons à cette étude de l'atténuation des virus, il consigne les résultats déjà obtenus, il s'étend longuement sur l'atténuation possible du *virus rabique*, sur l'inoculation de la *fièvre aphtheuse*, et consacre les derniers chapitres de son ouvrage à l'étude des *maladies des vers à soie*, comme nouvelles preuves de la puissance de la méthode expérimentale pour l'éclaircissement des faits pathologiques.

Dans les maladies des vers à soie, *pébrine* et *flacherie*, tout était à faire, parce que tout était inconnu; l'observation s'était contentée de signaler les faits, mais entre les mains de M. Pasteur l'expérimentation les a expliqués. On sait actuellement que la *pébrine* (Quatrefages) est une maladie contagieuse, que l'agent contagieux est un corpuscule parasitaire, que ce corpuscule pénètre dans les vers sains par les voix digestives avec les feuilles qui servent de nourriture, ou par les petites plaies que se font les vers avec les crochets de leurs pattes. De ces connaissances découlent les préceptes de prophylaxie.

On ne saurait trop méditer les réflexions inspirées à l'éminent professeur du Muséum par les grandes découvertes que je viens d'énumérer.

« Quand on ne voyait les choses qu'à travers le mirage des hypothèses, la cause n'apparaissait que sous la forme bien indéterminée de l'antique *génie épidémique*, qu'on se figurait volontiers planant au-dessus des pays infestés et répandant sur tous les groupes d'animaux sains l'atmosphère délétère dont l'influence se traduisait par la manifestation de la maladie. Mais ce génie a dû s'évanouir, comme font tous les fantômes, sous les vives clartés de la science expérimentale, ou pour mieux dire la science a mis sous la métamorphose une réalité. »

Cette analyse rapide de l'ouvrage n'en donne qu'une bien imparfaite idée. On y retrouve le caractère de l'homme, et son style entraînant et imagé rappelle ses discours à la tribune académique. Parlant peu de lui, justement sévère pour les contradicteurs systématiques, épris de la vérité partout où il la trouve, heureux jusqu'à l'enthousiasme des progrès et des découvertes qu'enfante notre époque, M. Bouley laissera une œuvre qui est à la fois l'honneur de l'homme et du savant.

DIEULAFOY.

Contribution à l'étude de l'élongation des nerfs, par M. E. WIET, préparateur de physiologie à la Faculté de médecine. — Paris, Germer Baillière.

On sait la voie nouvelle que l'*élongation des nerfs* vient d'ouvrir à la thérapeutique. Des succès remarquables ont été obtenus, mais on en est encore à la période d'empirisme; on cherche, on essaie, on expérimente à l'aveugle; tous les cas paraissaient bons au début; maintenant, on ne compte plus les revers. Aussi, le besoin d'un inventaire sérieux commence à se faire impérieusement sentir; il faut séparer l'ivraie du bon grain et surtout trouver un fil d'Ariane qui puisse nous guider à travers tant de faits discordants et souvent contradictoires.

M. Wiet est entré dans cette voie et voici les conclusions de son travail à la fois physiologique et clinique : « 1° L'élongation d'un nerf mixte consistant à pratiquer directement l'étirement de l'organe central, abolit la sensibilité dans le territoire de ce nerf; elle respecte la motricité quand elle ne l'exagère pas; 2° l'élongation détermine, quand elle est exercée avec une grande force, des troubles trophiques dans la région innervée par le nerf élongé; 3° l'élongation peut servir de procédé expérimental pour la recherche du fonctionnement des nerfs; 4° l'élongation des nerfs s'attaquant particulièrement à l'élément sensibilité, c'est donc exclusivement contre les névralgies violentes et contre les douleurs fulgurantes de l'ataxie qu'on pourra l'employer. Encore devra-t-on se rappeler qu'elle peut causer de grands accidents et que même, dans certains cas, elle a déterminé la mort. »

Nous laisserons de côté la première partie de cet intéressant mémoire; nous n'avons pas la compétence nécessaire pour juger les points de physiologie qu'elle soulève; nous ne nous occuperons donc que de la partie clinique.

M. Wiet a rassemblé un grand nombre d'observations où l'élongation a été pratiquée pour obvier à des troubles de la motricité : épilepsie, tétanos, contractures, paralysie. Les résultats ont été peu satisfaisants. Nous nous rappelons les expériences tentées par M. Verneuil, en 1875, dans des cas de tétanos et de spasmes traumatiques. La « névrotripsie » qu'il pratiquait à cette époque n'eut rien d'encourageant. L'accord semble être fait sur ce point, et ce n'est guère que dans les affections douloureuses que l'élongation des nerfs semble maintenant indiquée.

Nous reprocherons vivement à M. Wiet de s'être contenté, dans cette partie clinique, de nous donner une simple compilation. Pourquoi, dans un livre signé par lui, substituer pendant soixante pages l'opinion des autres à la sienne? Pourquoi n'intervient-il pas pour grouper les faits, les analyser, en dresser une statistique correcte? Pourquoi, enfin, ne nous montre-t-il pas en quoi ces faits donnent raison à sa théorie, et, s'ils la démentent, que ne nous donne-t-il quelques explications?

C'est ainsi que nous lisons coup sur coup deux observations de tic douloureux de la face, l'une de M. Quinquaud et traitée par l'élongation du frontal externe, nerf sensitif de la cinquième paire; l'autre, de M. Baum (de Dantzig), et pour laquelle on eut recours à l'élongation du facial, un nerf moteur. Dans le premier cas il y eut amélioration, et dans le second guérison. Pourquoi rapprocher ces deux faits? Est-ce parce que la maladie était la même? Mais, comme le traitement était fort différent, des remarques et des explications n'eussent pas été inutiles.

Il est un autre point qui mérite examen : il nous semble ressortir des conclusions de M. Wiet qu'il explique les améliorations et les guérisons par ce fait que « l'élongation d'un nerf mixte, consistant à pratiquer directement l'étirement de l'organe central, abolit la sensibilité dans le territoire de ce nerf ». « L'élongation s'attaquant particulièrement à l'élément sensibilité, c'est donc exclusivement contre les névralgies violentes et contre les douleurs fulgurantes de l'ataxie qu'on

pourra l'employer. » Certes, nous n'y contredisons pas; nous le faisons d'autant moins que M. Wiet nous donne de nombreuses observations où l'allongement du nerf a produit, dans son territoire, une anesthésie plus ou moins complète. Mais qu'il explique alors, à ceux qui sont moins versés dans les subtilités de la physiologie, comment, dans certains cas, une élongation *efficace* a fait disparaître les douleurs et ramené la sensibilité abolie. Nous lisons dans la belle observation de M. Debove: « la sensibilité cutanée est émoussée, notamment aux membres inférieurs, » avant l'opération ; après l'opération « la sensibilité est plus vive d'une façon très évidente; le malade sent incomparablement mieux quand on le pique aux membres inférieurs; cette sensibilité nous paraît normale ». Et dans un fait de M. Blum ne voyons-nous pas le *rétablissement de la sensibilité*, être la conséquence d'une élongation qui, cependant, de par la théorie, devrait produire un effet contraire. M. Wiet ne voit-il pas qu'une discussion de ces faits serait nécessaire, car, après leur lecture, un grand trouble reste dans l'esprit.

Si nous faisons ces réserves, c'est pour avoir le droit d'insister sur les mérites réels du travail de M. Wiet. Il a entrepris une étude difficile; il l'a menée à bien, mais il ne devrait pas s'arrêter là; et on lui saurait un gré infini de vouloir poursuivre encore cette obscure question.

M. Wiet a eu la bonne idée de terminer son travail par un chapitre de médecine opératoire fort utile. Maintenant que cette élongation devient de la chirurgie courante, il est bon d'avoir un petit manuel que l'on consultera au besoin, et celui de M. Wiet nous paraît suffisamment précis.

Index bibliographique.

Bureaux de bienfaisance. Du traitement a domicile dans le IV[e] arrondissement de Paris, par le docteur Commenge. Broch. in-8°, Paris 1882, Germer Baillière.

Un avant-propos expose plus qu'il ne traite la question du mode de nomination des médecins des Bureaux de bienfaisance. On sait que l'arrêté du 15 février 1879, pris par M. Hérold, préfet de la Seine, qui rétablissait les dispositions de la loi du 10 janvier 1840 prescrivait le mode électif même pour les médecins déjà en exercice. La Société médicale des bureaux de bienfaisance se réunit et nomma une commission, et sur le rapport de M. d'Echérac et demanda la nomination au concours, mais sans effet rétroactif. Avec l'auteur de la brochure, avec la majorité des écrivains de la presse, nous regardons le concours comme peu susceptible de s'adapter au but qu'on se propose. L'élection, il est vrai, est un peu illusoire, le nombre des votants étant parfois très faible; il expose à certaines surprises au point de vue du mérite et de l'honorabilité des candidats; mais ces inconvénients pourraient être atténués par quelqu'un des moyens déjà proposés par divers confrères et que nous ne pouvons examiner ici.

Le fond de la brochure consiste en un compte rendu du service du traitement à domicile dans le IV[e] arrondissement pendant l'année 1879. Nous y signalons un nouvel appel à la générosité de l'Assistance publique dans les cas où les extrémités de la misère unie à la maladie réclament un secours urgent. M. Commenge rappelle les conclusions votées par la Société médicale des Bureaux de bienfaisance sur le rapport de M. le docteur Fèvre: « Tout médecin des Bureaux de bienfaisance aurait le droit de prescrire à un malade nécessiteux, dans les cas très urgents, des bons d'aliments et de chauffage, lesquels seraient délivrés par le secrétaire trésorier sur le reçu de la feuille de diagnostic. Ces bons se composeraient de pain, de viande, de lait et de chauffage ». On comprendra tout de suite les difficultés cachées au fond de cette question de charité si simple et si attrayante; mais ces difficultés il est toujours bon de s'efforcer de les montrer, de les attirer sur le terrain de la pratique : c'est le moyen de savoir ce qu'elles valent au juste.

Du somnambulisme provoqué, par M. Charles Richet. In-8 de 70 pages. — Paris, 1880. Germer-Baillière.

M. Charles Richet, se plaçant à un point de vue absolument scientifique, a entrepris de nombreuses expériences, à seule fin de déterminer ce qu'il y a de réel dans les états complexes et les phénomènes variés qu'on désigne sous le nom de *somnambulisme* ou de *magnétisme animal*. Dans ce premier mémoire, il résume les résultats qui lui paraissent définitivement acquis; mais comme la question est loin d'être complètement élucidée, il poursuit ses recherches pour étendre son cercle. Cette question offre, si nous nous plaçons au même point de vue que l'auteur, un intérêt sérieux pour nos lecteurs. Aussi, sans prendre parti, dans l'état actuel, nous bornons-nous à leur donner le résumé de ce travail. M. Richet conclut à la réalité de l'existence du somnambulisme : 1° parce qu'il est déraisonnable d'admettre toujours la fourberie; 2° par la similitude des symptômes; 3° impossibilité de certaines simulations. L'état de somnambulisme est caractérisé par des phénomènes psychiques et des phénomènes somatiques. Les phénomènes psychiques sont : des hallucinations, l'absence d'idées spontanées ou paraissant telles, la surexcitation de la mémoire, l'abolition plus ou moins complète au réveil des faits qui se sont passés pendant le sommeil, le retentissement immédiat des sentiments sur les mouvements et des mouvements sur les sentiments. Les phénomènes somatiques sont les suivants : anesthésie, catalepsie, exagération de l'excitabilité réflexe des muscles, automatisme moteur. Quand on veut produire l'état de somnambulisme chez un sujet, on réussit, en général, difficilement dans les premières tentatives; mais à mesure que celles-ci se répètent et se multiplient, le sujet s'endort plus facilement; il y a en quelque sorte une éducation pour le somnambulisme comme pour les autres phénomènes nerveux. On peut provoquer, chez les animaux, un état comparable; mais les expériences faites jusqu'à ce jour ont peu servi à éclairer la question du somnambulisme provoqué chez eux. L'éclat d'un objet brillant, l'attention, la frayeur, l'électricité de la main, qui ont été tour à tour invoqués pour expliquer le somnambulisme, sont de mauvaises explications. La véritable cause n'est pas connue; mais, jusqu'à plus ample informé, on peut admettre que toutes les causes citées plus haut agissent simultanément. Chez les sujets devenus très sensibles par la répétition des expériences, la cause la plus légère suffit pour déterminer le somnambulisme. Quant à la nature même de cet état, on peut admettre que cette névrose est essentiellement constituée par l'absence de spontanéité ou automatisme. L'étude psycho-physiologique de ce phénomène obscur et complexe est à peine ébauchée. Telles sont les conclusions de M. Richet; nous les lui avons presque textuellement empruntées. Nous avons dit au début qu'il continuait ses expériences, et que le mémoire actuel n'est, en quelque sorte, qu'un exposé de la question. Si petits que soient les résultats jusqu'ici obtenus, nous les enregistrons avec plaisir, heureux de voir un sujet de cette nature abordé par un travailleur sagace et éclairé. Si les conséquences pratiques de ces investigations restent minces, M. Richet n'en aura pas moins rendu un service réel en restituant à la science un de ses chapitres devenu l'héritage presque exclusif des jongleurs.

VARIÉTÉS

Association des médecins de la Seine. — L'Association des médecins de la Seine a tenu, le 23 avril dernier, son assemblée annuelle, sous la présidence de M. le professeur Béclard, doyen de la Faculté. En l'absence de M. Orlla, indisposé, M. H. Barth, secrétaire général adjoint, a présenté le compte rendu pour l'année 1881, et a donné, sur la marche et les progrès de l'œuvre les détails les plus satisfaisants. L'Association a reçu l'année dernière un legs de 10 000 francs de M. le docteur Duparcque, et un grand nombre de dons, parmi lesquels nous remarquons ceux de MM. Lalay, 800 fr.; G. Jaulin, 500 fr.; E. Besnier, 100 fr.; Lannelongue, 300 fr.; Rotureau, 500 fr.; M[lle] Piédagnel, 1000 fr.; la Société médicale du XI[e] arrondissement, 100 fr.; la Société médicale du VIII[e] arrondissement, 400 fr.

Le total de ces dons et legs s'est élevé à plus de 15 000 francs, qui ont servi à grossir le capital de l'Association; ce capital dépasse aujourd'hui 800 000 francs. Le nombre des sociétaires est de 760.

Malgré la modicité de la cotisation annuelle fixée à 20 francs, l'Association, grâce au revenu de son patrimoine, est en état de répondre à toutes les demandes et de soulager efficacement tous ceux de ses membres qui en ont besoin. L'année dernière, 32 000 francs environ ont été distribués en secours; une pension viagère de 1200 francs a été assignée à un sociétaire âgé et infirme.

M. Barth a terminé son compte rendu par un chaleureux appel à tous les médecins du département de la Seine qui n'appartiennent pas encore à l'Association. (A ceux qui objecteraient qu'ils font partie de l'Association générale, on peut répondre que le cumul n'est pas interdit, bien au contraire.)

L'Association a réélu, à l'unanimité des votants, les membres sortants du bureau, savoir : président, M. Béclard; vice-présidents, MM. N. Gueneau de Mussy et Richet; trésorier, M. Genouville.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Par arrêté ministériel en date du 20 mai 1882, il sera ouvert à Paris, en 1882-83, des concours pour 49 places d'agrégés, à répartir de la manière suivante entre les Facultés de l'État.

Section de médecine (pathologie interne et médecine légale). 11 places. — Paris, 4; Bordeaux, 2; Lille, 1; Lyon, 1; Montpellier, 2; Nancy, 1.

Section de chirurgie et accouchements. 14 places, dont 13 pour la pathologie externe et 1 pour les accouchements. — 1° *Pathologie externe :* Paris, 3; Bordeaux, 2; Lille, 2; Lyon, 3; Montpellier, 1; Nancy, 2. — *Accouchements :* Paris, 1.

Section des sciences anatomiques et physiologiques. 13 places, dont 9 pour l'anatomie et physiologie et 4 pour l'histoire naturelle. — 1° *Anatomie et physiologie :* Paris, 1; Bordeaux, 1; Lille, 2; Lyon, 2; Montpellier, 1; Nancy, 2. — 2° *Histoire naturelle :* Paris, 1; Lyon, 1; Montpellier, 1; Nancy, 1.

Section des sciences physiques. 10 places, dont 5 pour la physique et 5 pour la chimie et toxicologie. — 1° *Physique.* 1 place pour chacune des 6 Facultés. — 2° *Chimie et toxicologie :* Paris, 1; Bordeaux, 1; Lyon, 2; Montpellier, 1.

En résumé, 12 places pour Paris, 7 pour Bordeaux, 6 pour Lille, 10 pour Lyon, 7 pour Montpellier et 7 pour Nancy.

Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir : le 1er décembre 1882, pour la section de médecine; le 1er mars 1883, pour la section de chirurgie et accouchements; le 1er juin 1883, pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques.

Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale, pour l'une des places mises au concours dans chaque Faculté. Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

CONCOURS POUR DEUX PLACES DE MÉDECINS DU BUREAU CENTRAL — Le sort a désigné pour faire partie du jury de ce concours, qui commencera le 2 juin, M. Moissenet, Tribouler, Grancher, Cazalis, Hillairet, Luys et Berger.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE — Par décret en date du 16 mai 1882, ont été promus dans le corps des officiers de santé militaires :

1° *Au grade de médecin principal de 1re classe.* — (Choix.) M. Mathieu (Jean-Baptiste-Edouard). — (Choix). M. Spillmann (Pierre-Hyacinthe-Paul-Eugène).

2° *Au grade de médecin principal de 2e classe.* — (Choix.) M. Debausseaux (Adolphe-Natalis). — (Choix.) M. Pernod (Esprit-Pierre-César). — (Choix.) M. Lévy (Emile).

3° *Au grade de médecin-major de 1re classe.* — (Choix.) M. Nicol (Joseph-Delphin). — (Ancienneté.) M. Charton (Charles). — (Choix.) M. Blaise (Jacques-Marie-Ernest). — (Ancienneté.) M. Talloir (Paul-Antoine). — (Choix.). M. Boncour (Eugène-Paul-Alfred). — (Ancienneté). M. Scovazzo (Scipion-Barthélemy). — (Choix.) M Bocz (Erasme-Achille).

4° *Au grade de pharmacien principal de 1re classe.* — (Choix.) M. Marty (Jean-Hippolyte).

5° *Au grade de pharmacien principal de 2e classe.* — (Choix.) M. Warnier (Prosper-Ferdinand-Casimir).

6° *Au grade de pharmacien-major de 1re classe.* — (Choix.) M. Balland (Joseph-Antoine-Félix).

MORTALITÉ A PARIS (20e semaine, du vendredi 12 au jeudi 17 mai 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 911, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 33. — Variole, 19. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 51. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 47.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 161. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 73. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 42. — Bronchite aiguë, 24. — Pneumonie, 77. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 35; au sein et mixte, 24; inconnu, 1. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 69; de l'appareil circulatoire, 36; de l'appareil respiratoire, 70; de l'appareil digestif, 39; de l'appareil génito-urinaire, 17; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 3. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 28. — Causes non classées, 4.

Conclusions de la 20e semaine. — Par suite de la fête de l'Ascension, nous n'avons pas reçu des mairies les documents relatifs à la journée du jeudi. Ce bulletin résume donc seulement les mouvements de la population parisienne pendant une période de six jours. Mais nous pouvons établir, d'après les rapports, que le taux de la mortalité annuelle, qui avait été de 26,50 pour 1000 individus pendant la 19e semaine, est tombé pour ces six derniers jours à 24,67. Il y a donc lieu de conclure à une nouvelle et sérieuse amélioration de l'état sanitaire. La situation hebdomadaire des hôpitaux fait connaître que le nombre des cas d'invasion s'est accru pour les trois principales affections épidémiques. Du 7 au 14 mai, on a admis 63 varioleux (au lieu de 59 entrés pendant les sept jours précédents), 89 typhiques (au lieu de 73) et 36 diphthéritiques (au lieu de 35).

Dr BERTILLON,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

Sommaire du n° 4, du 15 mai 1882, des *Archives de physiologie normale et pathologique.* — Recherches sur le rôle physiologique et pathologique des leucocytes du sang, par M. Alexandre Schmidt. — Recherches sur les centres nerveux amyéliques, par M. Renaut. — Recherches histologiques sur les tubercules sous-cutanés douloureux, par A Chandelux. — Tables du tome IX. — Paris, G. Masson, éditeur.

Sommaire du n° 1, du 15 mars 1882, des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx.* — Ulcère tuberculeux de la langue. Amputation partielle, par M. le professeur Trélat. — Des douches naso-pharyngiennes dans le traitement de certaines affections des fosses nasales, par M. le docteur Paul Reclus. — Réflexions sur les phénomènes nerveux, tels que vertiges, titubations, etc., généralement attribués aux canaux semi-circulaires, pouvant également être produits ou provoqués par la simple pression de la membrane du tympan et de la fenêtre ovale, par M. le docteur Bonnafont. — Laryngisme de l'adulte ou ictus laryngé, par M. le docteur Krishaber. — Analyses. — Paris, G. Masson, éditeur.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie, par M. le docteur P. Tillaux. 3e édition, revue, corrigée et augmentée, avec 270 figures tirées en noir et en couleur, intercalées dans le texte. 1 vol. grand in-8. Paris, Asselin et Ce. Broché. 25 fr.
— Cartonné à l'anglaise. 26 fr.

Traité théorique et pratique des maladies de la peau, par M. le docteur J. B. Hillairet 1 fort volume grand in-8 de 800 pages, avec figures dans le texte et 16 planches en couleur hors texte. L'ouvrage sera publié en 4 fascicules. Le 1er fascicule en vente. 1 vol. in-8 de 227 pages avec 17 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 5 fr.

Le Petit Formulaire. Choix de formules nouvelles, par M. le docteur Coutisson. 1 vol. in-18 de 300 pages. Paris, F. Savy. 2 fr. 50

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE

La médication chlorhydro-pepsique dans le traitement de la dyspepsie.

Les remarquables succès obtenus avec la médication chlorhydro-pepsique dans le traitement des dyspepsies, les faits cliniques constatés par un grand nombre de médecins des hôpitaux permettent de préciser les cas dans lesquels cette nouvelle médication est nettement indiquée.

En réduisant la digestion stomacale à sa plus simple expression physiologique, on voit que tout acte digestif se réduit à une action chimique. Que les sécrétions de l'estomac soient altérées dans leur quantité ou leur qualité, que l'acide et que la pepsine du suc gastrique ne soient plus en proportion voulue, et l'acte chimique de la digestion est imparfait, incomplet, c'est la dyspepsie.

Ainsi que la dyspepsie soit essentielle ou symptomatique, le trouble chimique est toujours la condition *sine qua non*, la lésion primordiale qui peut grouper autour d'elle les symptômes si variés des dyspepsies.

Le traitement des dyspepsies, pour être rationnel doit donc être basé sur ces origines chimiques. Ce ne sont pas seulement les symptômes (douleur, tympanisme, vertiges) qu'il faut combattre, mais bien la cause elle-même de ces symptômes ; il faut donc avant tout suppléer à l'insuffisance du suc gastrique par une préparation qui en remplisse les effets.

L'Élixir chlorhydro-pepsique Grez répond parfaitement à cette indication, sa composition est absolument rationnelle et physiologique. A l'action digestive si puissante de la *Pepsine chlorhydrique*, s'ajoute l'action des amers sur les voies digestives, qui, en excitant la muqueuse et les nerfs gastriques, stimulent l'appétit et activent les sécrétions de l'estomac.

On voit que l'Elixir chlorhydro-pepsique constitue un médicament complexe, agissant en même temps sur les phénomènes chimiques et mécaniques de la digestion. En donnant à un dyspeptique une ou deux cuillerées de cette préparation au moment du repas, son action sur la muqueuse remédie à l'atonie musculaire, tandis que la Pepsine chlorhydrique agit directement sur les aliments en les transformant en peptones.

L'expérience est venue démontrer la puissance thérapeutique de cette médication. MM. les professeurs Gubler, Dujardin-Beaumetz, Ch. Frémy, de l'Hôtel-Dieu, Gombault, de Beaujon, Huchard et Lucas-Championnière, de l'hôpital Tenon ; Marchand, chirurgien de l'hôpital Cochin ; le professeur Picot, de Bordeaux, etc., etc., ont employé l'Élixir chlorhydro-pepsique dans des états dyspeptiques variés et ils ont toujours obtenu d'excellents résultats. Quelques jours de cette médication ont suffi pour faire disparaître les divers symptômes de la dyspepsie et faire renaître l'appétit chez des malades qui souffraient depuis des années de dyspepsies rebelles à tous les traitements.

Des expériences faites à l'hôpital des Enfants, dans les services de MM. Archambault et Bouchut, ont montré que les troubles digestifs de l'enfance se guérissaient avec une rapidité étonnante par l'emploi de cette préparation.

Les effets thérapeutiques ont été rapides et énergiques chez les anémiques, en particulier chez les jeunes filles chloro-anémiques, les convalescents ; en un mot, chez tous les malades dont les fonctions digestives avaient besoin d'être rétablies ou stimulées.

Plusieurs observations, particulièrement concluantes, ont prouvé les heureux effets que pouvait donner cette médication chez les phthisiques.

Dans la tuberculose, le malade digère mal et, par suite, l'assimilation est insuffisante ; d'où il résulte une dénutrition rapide, une déchéance organique qui accompagne toujours la maladie. L'Elixir chlorhydro-pepsique, en réveillant l'appétit, si souvent nul, en régularisant les fonctions digestives, permet au malade de s'alimenter, de survivre à ses tubercules selon l'heureuse expression du professeur Peter.

En présence d'expériences si précises et d'observations cliniques si nombreuses et si concluantes, on peut affirmer que la médication chlorhydro-pepsique dans la dyspepsie est la plus rationnelle de la thérapeutique.

Dr Robert.

Blennorrhagie aiguë. — Roséole survenue à la suite du traitement par le baume de copahu. — Guérison par l'emploi des capsules Pâquet.

Le nommé P..., Gustave, âgé de dix-sept ans, typographe, est entré le 26 novembre 1881, à l'hôpital Saint-Louis, service de M. le professeur Fournier. Ce malade, de constitution robuste, dit n'avoir jamais été atteint de maladies sérieuses; dans l'enfance, toutefois, il aurait eu des gourmes et du gonflement des glandes sous-maxillaires.

Il y a dix jours environ, cinq jours après le dernier coït, P... ressent de vives douleurs en urinant et présente bientôt tous les symptômes d'une blennorrhagie aiguë. Deux jours après l'apparition de l'écoulement, il va demander conseil à un pharmacien qui lui prescrit des capsules Mothes, à la dose de six par jour. Le malade en prend environ une trentaine dans l'espace de huit jours. N'ayant obtenu aucune amélioration, il se décide alors à aller à l'hôpital du Midi, où il suit le traitement suivant : hygiène sévère, tisane de chiendent, bains répétés. Les capsules avaient été supprimées.

C'est sous l'influence de ce régime si rationnel et deux jours après la cessation des capsules que le malade remarqua sur ses membres une éruption de taches disséminées, d'un rouge vif, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes ou d'un franc. — Ces taches qui ne s'accompagnaient d'aucun prurit, d'abord peu nombreuses, envahirent rapidement le corps tout entier, à l'exception du front.

C'est dans ces conditions que le malade quitta le Midi et vint à la consultation de Saint-Louis.

26 *novembre*. Il était alors au seizième jour après le coït, au onzième de la chaudepisse, au troisième de son éruption. Cette éruption était à sa période d'état, très rose, très vive en couleur, très abondante sur toute la surface du corps, confluente même aux genoux, aux coudes, sur les parties latérales du tronc et au niveau des jambes jusque vers le milieu de la colonne dorsale.

27 *novembre*. L'éruption a pris une coloration purpurique, lie de vin ; elle s'efface complètement à la pression même sur les membres inférieurs. Il n'y a ni saillie, ni desquamation, ni démangeaison. Pas de fièvre. Le diagnostic était facile à porter : l'affection cutanée du malade était un type de dermatose artificielle, médicamenteuse ; nous avions affaire à une *roséole copahique*.

29 *novembre*. La roséole a notablement pâli.

3 *décembre*. L'éruption n'est plus marquée que par des macules. Elle n'occupe plus que le tronc, les cuisses et les épaules. La coloration sombre, l'absence de desquamation, la persistance de l'éruption qui ne se modifie plus après avoir subi, les jours précédents, des changements si nets, nous amènent alors à diagnostiquer une *roséole syphilitique* concomitante. Cette dernière avait été masquée par la roséole copahique survenue sous l'influence du traitement, mais, par sa persistance, elle nous mettait dans l'impossibilité de fixer exactement la date de la disparition de la roséole copahique.

L'écoulement dont était atteint notre malade continuant à persister, nous résolûmes de le soumettre à un traitement par les capsules de M. Pâquet (de Fontenay). Depuis longtemps, nous recherchions un sujet doué d'une intolérance notable pour le copahu ; P... se trouvait dans les conditions voulues, car, d'après son récit, la dose absorbée avait été peu considérable et l'emploi peu prolongé.

On sait que les capsules Pâquet, à la résine de copahu, sont privées, par leur mode spécial de préparation, de l'huile essentielle de copahu, laquelle, d'après Gubler, est la cause efficiente des « phénomènes d'irritation qui se traduisent par de l'érythème, de la roséole, de l'urticaire, de la miliaire rouge ou par une éruption scarlatiniforme ». La résine, au contraire, y est précieusement conservée et l'on sait que la résine seule passe dans les urines, et que c'est elle qui modifie l'écoulement blennorrhagique.

Quand ces capsules sont administrées en temps opportun, elles guérissent parfaitement la chaudepisse, ainsi que cela résulte de plusieurs observations recueillies dans le service de M. le professeur Fournier, et elles agissent d'autant mieux qu'*elles sont toujours très bien tolérées*, qu'elles ne causent *ni gastralgie, ni dyspepsie, ni diarrhée*, même lorsque la dose est forte (12 capsules) et l'usage longtemps prolongé.

Après avoir été soumis pendant quelques jours encore aux boissons émollientes et abondantes, aux bains répétés et de longue durée, le malade commença à prendre les capsules Pâquet aux doses suivantes : 6, 8, 10 et 12, c'est-à-dire en augmentant de 2 chaque jour. Puis il resta à 12 pendant quatre jours, après lesquels il revint à 10, 8 et 6, en diminuant la dose d'après la progression inverse de celle qu'il avait suivie au début de la médication. La peau du malade fut examinée tous les jours avec l'attention la plus minutieuse, et, *à aucun moment*, il ne se fit la moindre récidive de *roséole copahique*.

Vers la fin de décembre, le malade quitta le service, radicalement guéri. Cette guérison s'est affirmée, ainsi que nous avons pu nous en assurer, lorsque P... est venu, à différentes reprises, nous demander des conseils et des médicaments contre sa syphilis.

Cette observation nous a paru intéressante à publier, car elle vient confirmer les résultats que M. le docteur Mauriac avait obtenus et qu'il avait consignés dans une lettre adressée à M. Constantin Paul et lue à la *Société de thérapeutique*. Cette lettre se terminait par les conclusions suivantes :

1° Les capsules Pâquet agissent contre la blennorrhagie aussi promptement et aussi bien au moins que toute autre préparation de copahu.

2° Elles n'occasionnent aucune fétidité de l'haleine, ni aucune *éruption cutanée*, ni *roséole*.

3° Elles ne donnent point de renvois ; dans l'immense majorité des cas, elles n'occasionnent pas la gastralgie et l'inappétence pas plus que les coliques ou diarrhées ; dans quelques cas exceptionnels où des troubles digestifs ont été observés, ils ont été peu intenses et nullement comparables à ceux qu'amène l'usage du copahu, et ils ont été conjurés par un abaissement des doses.

(*Progrès médical.*)

THÉRAPEUTIQUE

De l'action de l'eau de Châtel-Guyon et de ses indications dans le traitement de la dyspepsie.

La dyspepsie est traitée avec succès par l'eau de Châtel-Guyon transportée; en présence de faits cliniques bien constatés, il est nécessaire de chercher l'interprétation des effets produits, et d'arriver ainsi à préciser les cas dans lesquels la médication est nettement indiquée. Un aperçu sur la composition de cette eau et l'action physiologique de ses principes, déterminé par l'expérimentation, permettra d'abord de se rendre compte de son rôle dans les phénomènes de la digestion.

L'eau de Châtel-Guyon est gazeuse, chlorurée, sodique et magnésienne, bicarbonatée, calcique et ferrugineuse. Elle renferme par litre, d'après les analyses récentes, comme principes particulièrement actifs :

Acide carbonique	1gr,10
Chlorure de sodium	1gr,85
Chlorure de magnésium	1gr,23
Bicarbonate de chaux	2gr,45
Bicarbonate de magnésie	0gr,45
Sulfate de soude	0gr,52
Bicarbonate de fer	0gr,05

L'action de l'*acide carbonique* sur les voies digestives est bien connue; il stimule l'appétit en excitant la muqueuse et les nerfs gastriques, active les sécrétions de l'estomac et celles de l'intestin, et accroît, suivant Brown-Séquard, les mouvements de cet organe.

Le *chlorure de sodium* est un puissant auxiliaire des opérations chimiques de la digestion, puisqu'il augmente la sécrétion et l'acidité du suc gastrique, et que, d'après certains auteurs, il aurait le pouvoir de dégager la propepsine des cellules capitales des glandes pepsiques. Son action a été mise hors de doute par les expériences de Bardleben et celles plus récentes de Rabuteau sur des chiens munis de fistules gastriques. Bardleben, en introduisant directement ce sel dans l'estomac d'un chien, a constaté l'accroissement du suc gastrique.

Rabuteau, en donnant des aliments plus ou moins salés, a pu s'assurer que le suc gastrique, recueilli par la fistule, était plus abondant sous l'influence d'un régime très salé, et qu'il était en même temps plus acide.

D'après Bidder et Schmidt, ce sel se transformerait dans l'estomac en soude et en acide chlorhydrique. On comprend toute l'importance de ces faits, si l'on admet avec la majorité des auteurs que l'acidité du suc gastrique est due à cet acide.

Le *chlorure de magnésium* a été récemment l'objet d'un étude spéciale par Laborde. En injectant une solution de ce sel dans les veines de différents chiens, il a constaté des contractions énergiques des anses intestinales qui, après s'être montrées d'abord dans l'intestin grêle, s'étendaient de proche en proche à l'intestin tout entier, ainsi qu'à l'estomac. En même temps avait lieu une abondante sécrétion biliaire, se traduisant avec une distension progressive de la vésicule et des canaux d'excrétion, et par la présence d'une quantité insolite de liquide biliaire dans une grande étendue des premières portions de l'intestin grêle. Laborde a observé également des contractions de la veine, mise à nu, au contact de la solution.

Quant aux *carbonates calcaires* et *magnésiens*, ils agissent comme anti-acides et absorbants, et leur utilité est démontrée dans les affections catarrhales.

On voit, d'après cet ensemble, que l'eau de Châtel-Guyon constitue un médicament complexe, exerçant une action spéciale sur les sécrétions gastrique et biliaire, et sur les contractions intestinales, en un mot sur les phénomènes chimiques et mécaniques de la digestion, sans parler de l'action reconstituante produite sur l'organisme tout entier par l'absorption des chlorures et du fer. Cette analyse des propriétés physiologiques de ses éléments permet également de dégager de la *pathogénie* des dyspepsies, formulée par le professeur G. Sée, les variétés dans lesquelles cette médication se trouve indiquée, et de comprendre les services qu'elle peut rendre dans des dyspepsies de modes différents.

L'eau de Châtel-Guyon est prescrite avec succès, quand les troubles digestifs sont engendrés par la diminution dans le suc gastrique de l'acide chlorhydrique, sans le secours duquel la pepsine ne peut rien sur la transformation des substances albuminoïdes en peptone, ou bien quand la pepsine elle-même n'existe pas en quantité suffisante pour remplir son rôle de ferment. L'eau agit dans ce cas par son chlorure de sodium dont les propriétés ont été exposées.

Le suc gastrique perd ses vertus digestives, lorsqu'il est altéré par des éléments anormaux, tels que le mucus et la mucine; ce qui arrive dans les catarrhes muqueux. Administrée à titre d'évacuant, l'eau de Châtel-Guyon débarrasse l'estomac de la couche de mucus qui empêche le contact de la pepsine avec les aliments, et exerce par ses carbonates calcaire et magnésien une influence salutaire sur l'état catarrhal de la muqueuse.

La bile joue un rôle important dans l'acte de la digestion. Elle émulsionne la graisse, dont elle favorise l'absorption par l'imbibition des villosités, détermine des contractions intestinales par l'intermédiaire de ses acides, et facilite à l'aide de sa mucine le glissement des matières stercorales.

L'acholie détermine donc l'indigestion des graisses, la constipation et une production abondante de gaz, résultat de la fermentation putride que favorise le suc pancréatique en

l'absence de la bile. Cette acholie peut tenir à différentes causes : à l'inaction du foie, à l'hypertrophie simple de cet organe entraînant la diminution de la sécrétion biliaire, ou bien encore à des calculs agissant soit par obstacle mécanique, soit par inflammation chronique des canaux. L'eau de Châtel-Guyon est utile dans l'espèce par son chlorure de magnésium qui excite la sécrétion biliaire, débarrasse la vésicule de ses calculs, et aide la bile à franchir les canaux rétrécis par l'inflammation. La présence de ce liquide dans l'intestin amène la disparition de la constipation à laquelle concourt également l'action du sel sur les fibres intestinales.

L'eau de Châtel-Guyon trouve encore son indication dans certaines formes d'atonie intestinale désignées par G. Sée sous le nom de *pseudo-dyspepsies*. Cette atonie peut être essentielle, ou être causée par des hémorrhoïdes internes ou externes. Une lenteur extrême de la digestion, une constipation habituelle, se traduisant par des scybales appréciables le long du côlon, du météorisme, en sont les principaux phénomènes. C'est encore le chlorure de magnésium qui a raison de ces différents symptômes. Son action énergique sur les fibres musculaires lisses remédie à l'atonie. D'autre part, la déplétion produite sur le système sanguin abdominal par son influence sur la contractilité des vaisseaux, par les évacuations, et l'accroissement de la sécrétion biliaire qui rend la circulation du foie plus libre, amène la diminution des hémorrhoïdes.

L'eau de Châtel-Guyon, pour combattre efficacement la dyspepsie, doit en général être administrée à petites doses.

Elle sera prise aux repas par doses fractionnées, depuis un demi-verre jusqu'à deux ou trois verres par jour.

Dans certains cas, lorsqu'on veut remédier à l'insuffisance du suc gastrique, on pourra la faire prendre une demi-heure avant les repas.

S'il s'agit d'obtenir un effet évacuatif, elle devra être administrée le matin à jeun, à la dose d'un ou deux verres à une demi-heure d'intervalle, et au besoin être continuée à table.

Dans certaines formes de constipation rebelle, ayant résisté à d'autres médications, on l'a donnée avec succès à dose élevée, un litre et même plus dans la journée.

C'est du reste au praticien qu'il appartient d'approprier la dose et le mode d'administration aux indications qu'il veut remplir.

Pour le traitement de dyspepsies graves, principalement de nature muqueuse, accompagnées de vomissements alimentaires incoercibles, le lavage de l'estomac au moyen d'une sonde munie d'une pompe aspirante est aujourd'hui usité. Ce procédé, mis en pratique en 1869 par Kussmaul et avant lui par Somerville, a donné, entre les mains de médecins qui ont fait usage de l'eau de Châtel-Guyon, d'excellents résultats.

Dr Voury,
Médecin consultant à Châtel-Guyon.

La Nature, revue des sciences et de leurs applications aux arts et à l'industrie. Rédacteur en chef : M. Gaston Tissandier.

Le journal *la Nature* a pris aujourd'hui un des premiers rangs parmi les publications scientifiques de la France et de l'étranger. On a dit à bon droit de ce recueil qu'il était à la fois, le *Magasin Pittoresque* de la science, et le *Tour du Monde* savant et industriel.

Toujours à la recherche de l'actualité, il pénètre en effet partout où se font les grandes recherches et les importants travaux; il ouvre à ses lecteurs les établissements scientifiques, les laboratoires, les musées, les collections, les usines; il suit l'explorateur dans ses voyages; il prend part aux congrès scientifiques, aux réunions des Sociétés savantes; il se fait l'écho de toutes les manifestations du progrès.

Le journal *la Nature* donne une place exceptionnellement importante au dessin sous forme de gravures, de cartes, de plans, de figures schématiques, et de la sorte il n'est pas seulement l'un des recueils périodiques les plus luxueusement illustrés : il donne à sa rédaction un caractère remarquable et tout spécial de concision et de clarté.

Un texte écrit est souvent long, aride, difficile à comprendre; un dessin bien présenté parle immédiatement aux yeux. Le naturaliste n'a plus que peu de mots à dire s'il lui est permis de recourir au portrait de l'individu qu'il veut définir; les appareils de physique et de mécanique se font comprendre d'eux-mêmes quand ils sont représentés par une coupe qui en fait voir la construction, et un dessin d'ensemble qui en donne l'aspect général. La géographie ne peut être bien enseignée que par des cartes; la statistique, si abstraite quand elle est présentée sous forme de chiffres, est au contraire attrayante et devient la plus éloquente démonstration des faits quand elle est figurée sous forme de courbes. On peut dire que la méthode graphique, au développement de laquelle *la Nature* a puissamment contribué depuis dix ans, s'applique de même à toutes les sciences.

Le journal *la Nature* donne chaque semaine un bulletin météorologique rédigé sous la direction de M. Renou, dont tout le monde connaît la haute compétence; une autre page de la couverture est consacrée à une *Correspondance* avec les abonnés, correspondance qui, traitant toujours de sujets scientifiques ou directement pratiques, s'adresse presque autant à tous les lecteurs qu'à celui qui a fait la question à laquelle répond la rédaction.

C'est dans le journal *la Nature* qu'ont tout d'abord paru ces séries d'expériences intéressantes et cependant à la portée de tous qui ont depuis eu tant de succès sous le titre de *Récréations scientifiques*. Le volume XVII, récemment terminé, est sans contredit, au point de vue du texte comme de l'illustration, la photographie la plus exacte, la plus vivante, de l'*Exposition d'électricité*, ce grand événement scientifique de l'année 1881.

Le journal *la Nature* est l'histoire faite au jour le jour, et cependant toujours vraie du mouvement de la science; c'est ainsi que, toujours au courant du mouvement scientifique, fidèle à la mission qu'il s'est tracée: *vulgariser la science sans la rendre vulgaire*, ce recueil répond à un besoin d'une époque où la science est partout et progresse chaque jour. Il s'adresse à tout le monde, aux savants, aux gens du monde, à la jeunesse.

Paris, G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur **A. DECHAMBRE**

MEMBRES : MM. les docteurs **BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS**

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 1er juin 1882.

LE DIVORCE ET L'ALIÉNATION MENTALE. — STATISTIQUE MÉDICALE DE RECRUTEMENT. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : le divorce et l'aliénation mentale. — Contributions pharmaceutiques.

Puisque la question du divorce appliqué à l'aliénation mentale revient à l'Académie de médecine, ne craignons pas de nous y arrêter pour la troisième fois; car il s'agit ici d'intérêts sacrés, du principe même de la famille.

L'intention de l'honorable M. Luys, dans son attachante lecture, était, il l'a dit, de renverser successivement sur le terrain clinique et sur le terrain « sentimental » les arguments de ceux qui défendent l'indissolubilité du lien conjugal dans le cas où, postérieurement au mariage, la folie vient à frapper un des conjoints. A notre sens, il n'y a réussi ni d'un côté ni de l'autre; et son argumentation, si variée et si déliée, loin d'ébranler notre opinion, l'aurait plutôt affermie.

M. Blanche (car c'est lui que l'auteur a plus particulièrement pris à partie) avait soutenu que le principe clinique sur lequel on prétendait asseoir le droit au divorce, à savoir l'incurabilité absolue de certaines formes d'aliénation mentale, était fort sujet à contestation et recevait de temps à autre des démentis formels; il avait montré en perspective à la commission de la Chambre un époux sortant d'un asile après un séjour de plusieurs années et se heurtant chez lui à un remplaçant, à des enfants qui ne sont pas les siens. Que répond M. Luys? Cet homme que vous croyez guéri ne l'est pas. Observez-le bien, il a des bizarreries de caractère; ses idées ne sont pas toujours justes; elles ne s'enchaînent pas avec une suite parfaite. Si vous pouviez voir sous son crâne, vous y constateriez toutes sortes de modifications pathologiques des méninges et du cerveau. Les cellules surtout, vous ne les reconnaîtriez pas tant elles sont changées! — Eh bien! soit : cet homme est menacé de nouveaux accidents; un jour ou l'autre, peut-être, il retournera à l'asile; mais, en attendant, pendant un an, deux ans, trois ans et plus, il aura la possession et presque l'entière disposition de ses facultés intellectuelles : il ne déraisonnera pas un seul instant; il pourra tenir régulièrement ses livres, s'il est commerçant; composer, s'il est littérateur, des ouvrages parfaitement sensés; faire des cours excellents s'il est professeur; surtout il aura la conscience et recevra l'impression morale de tous les actes qui se passent devant lui. Pas n'est besoin d'être aliéniste pour connaître des cas semblables. Est-ce que ce n'en est pas assez pour créer à ce malheureux, à ce malade, à cet innocent, une effroyable torture devant son foyer envahi, et sous le coup d'un arrêt de justice qui lui en interdit l'entrée? Quant à ces altérations de la substance cérébrale, présumées après tout, chez un sujet actuellement lucide, c'est bon pour un cours de clinique, pour un livre de pathologie, mais point du tout pour l'exposé des motifs d'un projet de loi.

M. Luys, qui voudrait concilier avec sa thèse les sentiments d'humanité dont il est animé autant que personne, offre à l'aliéné une garantie; il attache à sa personne une commission médicale qui serait chargée de l'observer attentivement de temps à autre pendant une année. C'est un moyen qui pourrait médiocrement rassurer le législateur, témoin de la divergence d'opinions qui s'est produite devant la commission et qui se continue à l'Académie entre les savants les plus autorisés. Que fera d'ailleurs cette commission? Son rôle sera de juger si, oui ou non, tel sujet est incurable. Eh bien ! voilà précisément ce que des aliénistes aussi expérimentés que M. Blanche déclarent outrecuidant et périlleux. La particularité du cas importera peu. A moins d'un de ces états ultimes et désespérés sur lesquels on ne discute pas, certains commissaires continueront à affirmer qu'ils ont observé dans ce cas-là même ou la guérison ou au moins des rémissions très longues, tandis que d'autres affirmeront n'en avoir jamais rencontré. Et la question restera ce qu'elle est aujourd'hui. Ajoutez que, si la commission voit se produire sous ses yeux une de ces rémissions, il se trouvera, comme on vient de le voir, des membres pour n'en pas moins conclure à l'excellence du divorce.

Et qu'on ne se prévale pas de ce que la justice appelle à elle, sous le nom d'experts, de véritables commissions médicales. Ces commissions-là ne lient en rien le tribunal, qui juge sur l'ensemble des documents de la cause, et que les divergences les plus radicales entre les médecins n'empêchent pas de

rendre un arrêt. Quel parti prendra le juge chargé d'accorder ou de refuser le divorce d'après une donnée clinique sur laquelle les médecins seront en désaccord?

Pour nous, nous laissons ces disputes d'asile et d'amphithéâtre et nous disons hardiment : En soi, dans son essence même, cette invasion de la pathologie dans le contrat de mariage est anormale et subversive. Jusqu'ici la loi ne s'est enquise de la maladie de ses justiciables qu'à leur profit, pour les décharger de devoirs onéreux, ou pour les soustraire à l'action pénale. Rien de plus juste ni de plus moral : devant la puissance publique, l'infirmité est un malheur, un objet de commisération et de respect. Et voilà qu'on lui demande de la traiter en réprouvée! Et cela pour le plus grand bien du conjoint ou de la conjointe qui, peut-être, aura par sa dissipation, par son inconduite, par l'adultère, provoqué la folie du pauvre divorcé sans le savoir!

Nous disons que cela est contradictoire même avec l'esprit de la législation en ce qui concerne le mariage des aliénés. Loin de chercher dans la démence une cause de dissolution du mariage, le législateur, celui-là même qui avait rétabli le divorce en France, n'a pas prononcé un *veto* absolu contre le mariage du dément; il n'a pas édicté à cet égard d'incapacité légale, et, M. Luys le sait certainement aussi bien que nous, plus d'un aliéné a usé de la tolérance, même dans les asiles. Le mariage, accompli dans ces conditions, et en l'absence d'interdiction, n'est pas *de plano* frappé de nullité; car si, aux termes de l'article 39 de la loi du 3 juin 1838, tout acte fait par une personne dans un établissement d'aliénés peut être *attaqué* (ce qui ne veut pas dire annulé) pour cause de démence, l'article 180 du Code civil dispose que le mariage qui a été contracté sans le consentement libre des deux époux, ou de l'un d'eux, ne peut être attaqué « que par les époux ou par celui des deux dont le consentement n'a pas été libre », et qui serait, en ce cas, l'aliéné. On peut discuter le mérite de ces dispositions; elles ont du moins l'avantage de ne pas attacher la nullité ou la dissolution au fait matériel de la maladie, mais bien à l'absence du libre arbitre. Elles sont en cela très morales; les autres le sont moins.

Voilà de quoi nous faire classer parmi les *sentimenteux;* et nous le méritons bien. Seulement, nous ne saurions trop comment nous y prendre pour ne l'être point dans une question qui met en jeu le *sentiment* le plus universel et le plus respecté, dans les temps anciens comme dans les modernes : celui de la famille. « Les époux se doivent mutuellement secours et assistance; » c'est ce que nous lisons en tête du chapitre consacré à l'énumération de leurs droits et de leurs devoirs. Il n'est rien de plus sentimental que le Code civil toutes les fois qu'il parle mariage, divorce, séparation de corps, tutelle ou interdiction; et le ton légèrement moqueur d'un passage du discours de M. Luys n'enlève rien à la grandeur de ce devoir réciproque et légal de supporter en commun les adversités comme les joies de la vie. Pour qu'il en fût autrement, il faudrait que l'insanité d'esprit de l'un des conjoints créât pour l'autre une de ces situations qui ne peut résulter d'aucune autre maladie et qui constituât une force majeure, comme il arriverait, par exemple, si l'union conjugale était légalement inséparable de la cohabitation. Mais justement, entre les plus redoutables maux qui assiègent l'espèce humaine, la folie, grâce à des lois tutélaires, est une de celles qui risquent le moins de troubler la paix du foyer. L'aliéné menace-t-il de compromettre la fortune, on peut provoquer son interdiction; est-il dangereux pour ceux qui l'entourent, on peut l'interner; et ces deux sauvegardes, l'assistance judiciaire et l'assistance publique les tiennent gratuitement à la disposition du pauvre. Quelle calamité, au contraire, que l'époux épileptique! Il est d'une société aimable, celui-là; il a de l'esprit, du talent, un cœur affectueux : il plaît, jusqu'au moment où le haut mal le jette dans d'affreuses contorsions, lui tord le visage, lui met l'écume à la bouche, fait pis encore et le transforme en un être hideux et dégoûtant. Il ne déraisonne pas, celui-là; non, jusqu'au jour où le délire impulsif, soudainement, sans aucun prodrome, lui met un poignard à la main et le précipite sur sa femme ou sur ses enfants. Demanderez-vous aussi le divorce contre l'épileptique? Vous entreprendriez une grosse besogne; car le nombre est grand de ces malheureux dont le pieux mensonge des familles cache le mal, sous le nom de syncope, à tous les yeux, même à ceux des médecins. Est-ce aussi dans les ménages un faible fardeau que celui d'une phthisie qui met quatre ou cinq ans à se terminer, d'un cancer de l'utérus ou de la face qui peut durer bien plus longtemps encore; d'une tumeur ou d'hémorrhagies répétées du cerveau, qui mettent le patient bien près de l'aliéné? Ce n'est pas M. Luys qui doit s'étonner qu'on rapproche des maladies si disparates, lui, qui vient alléguer à l'appui du divorce un intérêt très général, très commun de moralité. Notre confrère, ayant supputé la durée moyenne des principales formes d'aliénation mentale, craint que Pénélope ne se lasse à la fin d'ourdir sa toile. Mais qu'il me permette sur ce point une remarque. La vraie Pénélope, celle qu'on nous a enseignée, qui est-ce qui l'a maintenue dans la voie de la sagesse, si ce n'est l'attente infatigable de son époux? Et tout le monde sait qu'elle en a été récompensée. Or, c'est une conduite contraire qu'on propose à la femme de l'aliéné; on lui veut une prompte consolation. Sérieusement, croit-on qu'un mari, en présence d'un cancer utérin, une femme en présence d'un cancer de la face, seront plus portés à la continence que la conjointe d'un aliéné? Non certes, et voilà encore, si l'on est conséquent, une proie pour le divorce!

On dit encore que l'aliéné, rentré au foyer, y sèmera, même sous des apparences rassurantes, le germe de la folie héréditaire. Nous ne le contestons nullement. Un enfant prédestiné à la folie peut naître de celui dont la folie a semblé toute transitoire. Mais toutes les maladies héréditaires en sont là, et la phthisie y ajoute même, dans les circonstances de cohabitation où elle évolue, un principe de contagion. On peut dire en toute sécurité que les époux phthisiques, que l'on n'isole presque jamais de leurs conjoints et du reste de la famille, sont plus féconds en transmissions morbides que les aliénés, presque tous séquestrés pendant un temps plus ou moins long; et, après tout, à égalité de transmissions, il est permis de se demander s'il est meilleur pour un pays de produire des phthisiques que des aliénés? Une question qui aboutit à ces termes n'est vraiment pas susceptible d'une solution législative.

Une autre préoccupation nous touche, qui ne paraît pas être entrée dans l'esprit de l'orateur. Qui n'a eu occasion, surtout parmi ceux qui ont fréquenté ces classes dites élevées où la fortune ne soutient plus le rang, qui n'a eu occasion de surprendre de ces condamnables spéculations qui mettent au lit d'une jeune fille saine de corps et d'esprit quelque fils d'aliéné, héritier pour le moment du château de ses pères et, pour l'avenir, probablement d'une affreuse maladie? Nous connaissons pour les avoir subies les angoisses du médecin uni aux deux familles par des relations professionnelles. Avec le divorce en perspective, mais

dans une perspective plus ou moins lointaine et laissant le temps de jouir du présent et de le faire fructifier, quelle nouvelle porte ouverte à la tentation ! Enfin, voilà une maladie commode pour un odieux calcul. Si elle n'éclate pas, tout ira bien; si elle éclate, pas d'esclavage conjugal qui vous rive pour un temps toujours trop long au chevet d'un infirme, d'un scrofuleux, d'un goutteux, d'un poitrinaire. Une maison de santé, le divorce, et tout est fini. Ah ! dans une société de peu de foi morale, déjà si affamée d'argent, si violemment emportée par le torrent des affaires, tellement avide de jouissances que le souci même de leur recherche empêche de les goûter — *serviunt voluptatibus, non fruuntur* — ce sont de fâcheux procédés que ceux qui tendent à abaisser, par la suppression des devoirs sociaux, une barrière à la cupidité.

Encore un mot. Tout le rapprochement que nous venons de faire entre l'aliénation et les maladies diverses heurte pourtant M. Luys. Un fou, dit-il, est bien différent d'un phthisique ou d'un cancéreux; *il n'a plus sa personnalité psychique*. C'est incontestable, et quand nous prenons les intérêts de l'aliéné, nous n'oublions pas qu'il a perdu la raison. La conséquence brutale, c'est que, en lui, le conjoint ne perd pas grand'chose. Peu à peu, l'aliéné devient insensible à la sollicitude des siens; il finit même par ne plus les reconnaître. Mettons, si vous voulez, qu'il ne les reconnait plus dès le premier jour : la thèse reste la même. C'est un spectacle cruel, révoltant pour un *sentimental*, que celui d'un malheureux — victime peut-être, nous l'avons déjà dit, de l'union conjugale, — dont la vie physique et la vie intellectuelle achèvent de le dissoudre dans un coin d'asile, pendant que l'épouse étale, dans une existence nouvelle, la fortune qui lui a été gagnée; pendant que, possédée par l'autre époux à qui il faut plaire, riche de nouveaux enfants qu'il faut élever et amuser, est amenée par la force des choses à délaisser entièrement, à oublier celui qui n'a jamais eu d'autre pensée que celle de l'aimer et de l'enrichir. Qu'on en pense ce qu'on voudra, oui, encore une fois, nous sommes sensible à ce genre d'infortune.

A. Dechambre.

Statistique médicale de recrutement.

Le nouveau décret qui définit l'autonomie et fixe les attributions du corps de santé permettra de donner satisfaction au vœu exprimé par l'Académie sur le rapport de M. Lagneau. Désormais, en effet, le comité consultatif de santé se trouvant en relations directes avec les médecins de l'armée, les précieux documents que fournira le service du recrutement pourront être utilisés par les hygiénistes qui, comme M. Lagneau, consacrent tant de soin aux études démographiques.

Contributions pharmaceutiques.

PHARMACOLOGIE DE LA CRÉOSOTE.

Il existe dans le commerce deux espèces de créosote : l'une dite *végétale*, parce qu'elle est extraite du goudron de bois et particulièrement de celui de hêtre ; et l'autre dite *minérale*, parce qu'elle est extraite du goudron de houille. Ces dénominations sont défectueuses, et il est préférable d'appeler : l'une, créosote du bois, et l'autre, créosote de la houille.

Cette dernière ne doit pas être employée en pharmacie parce qu'elle n'est qu'un mélange d'acide phénique et d'acide crésylique.

La commission du nouveau Codex a décidé que la créosote du bois serait la seule officinale, qu'elle serait inscrite aux matières premières avec l'indication des propriétés physiques et chimiques et des caractères qui la distinguent de la créosote de la houille. Elle a décidé en outre qu'aucune formule pharmaceutique ne serait insérée, laissant ainsi aux médecins le soin de varier les doses et les formes médicamenteuses suivant l'état et le goût des malades, jusqu'à ce qu'on soit fixé sur la valeur thérapeutique de cet agent.

La créosote du bois est un liquide complexe, oléagineux, incolore, transparent, à odeur de fumée et de goudron, à saveur caustique; soluble dans 1 pour 100 d'eau, très soluble dans l'alcool, l'éther, le sulfure de carbone, les huiles; d'une densité de 1066 à 1067, et qui distille de 200 à 210 degrés.

Les auteurs assignent à la créosote une densité de 1037. Je me rallie à l'opinion de M. H. Mayet qui la porte à 1066. La créosote étant un mélange de divers produits ne peut avoir, ainsi que les ouvrages classiques l'indiquent, le point d'ébullition fixe de 203 degrés; aussi ai-je proposé de prendre tout le liquide qui passe entre 200 et 210 degrés.

La densité de la créosote de la houille est de 1044.

Le meilleur et le plus rapide procédé pour distinguer la créosote du bois de celle de la houille a été donné par Th. Morson. Il est fondé sur l'insolubilité de l'une et la solubilité de l'autre dans la glycérine.

Quand on mélange une créosote à essayer avec partie égale de glycérine, si le mélange est parfait et limpide, c'est de la créosote de houille; si, au contraire, les deux liquides demeurent séparés, c'est de la créosote de bois. Quelques gouttes suffisent pour faire cet essai.

Un moyen commode aussi consiste à verser une solution alcoolique de créosote dans une solution étendue de perchlorure de fer. Si le mélange est de couleur verte, c'est de la créosote de bois; s'il est devenu bleu, c'est de la créosote de houille.

Le futur Codex ne devant contenir aucune préparation à base de créosote, nous croyons être agréable à nos lecteurs en leur rappelant quelques formules consacrées par un usage de cinq années, et en leur signalant quelques nouvelles qui pharmaceutiquement ne laissent rien à désirer.

Vin créosoté.

Créosote	13gr,50	
Teinture de gentiane	30	grammes.
Alcool à 80 degrés	250	—
Vin de Malaga q. s. pour 1 litre.		

Chaque cuillerée à bouche contient 0gr,20 de créosote.

Sirop créosoté.

Créosote	10	grammes.
Alcool à 80 degrés	250	—
Sirop de vin de quinquina au Malaga	750	—

Chaque cuillerée à bouche contient 0gr,20 de créosote.

Si l'on désirait employer la glycérine comme véhicule, il faudrait avoir recours à l'alcool ainsi que dans les précédentes, afin d'obtenir un mélange parfait.

Glycérine créosotée.

Créosote	40	grammes.
Teinture de gentiane	30	—
Alcool à 80 degrés	250	—
Glycérine q. s. pour 1 litre.		

Ici la dose de créosote est près de trois fois plus forte.

L'huile créosotée est la préparation la mieux supportée par les malades, parce que ainsi que je le disais il y a quinze jours dans ce journal à propos du chloroforme, l'huile, étant le dissolvant par excellence de ces corps, atténue considérablement leur effet caustique sur l'estomac.

M. le professeur Bouchard formule aujourd'hui ainsi :

Huile de foie de morue ou huile quelconque. 950 grammes.
Créosote.............................. 50 —
Deux et jusqu'à trois cuillerées par jour.

Ce qui fait environ 2 grammes de créosote absorbés par jour. M. H. Mayet m'a assuré qu'il connaissait des personnes soumises depuis une année à ce traitement, et qui n'en avaient éprouvé aucun désagrément.

Du moment qu'il faut arriver à des doses semblables pour obtenir un effet médicamenteux, il est facile de prévoir la faible action que doivent avoir les perles de créosote. Je trouve même les capsules à 10 centigrammes que M. H. Mayet prépare trop faibles de moitié ; en effet, il faut en avaler dix à quinze par jour, ce qui ne laisse pas d'être ennuyeux et onéreux. Je crois donc que le traitement serait facilité si l'on portait ces capsules gélatineuses à la dose de 20 centigrammes chacune.

Elles seraient ainsi formulées :

Créosote......... 20 centigrammes.
Huile............ 80 —

Pour une capsule.

Pierre VIGIER.

TRAVAUX ORIGINAUX

Ophthalmologie.

DU SPRAY PHÉNIQUÉ COMME MOYEN PRÉVENTIF ET CURATIF DE KÉRATO-IRITIS SUPPURATIVE DANS L'EXTRACTION DE LA CATARACTE, par le docteur GALEZOWSKI.

Dans la section ophthalmologique du congrès international de Londres tenu en 1881, l'utilité de la méthode antiseptique dans les opérations de la cataracte a été développée avec le plus grand soin par M. le docteur Horner, de Zurich. Nous avons pris part à la discussion et nous avons insisté sur les grands avantages que pouvait présenter l'application de tous les moyens désinfectants pour conjurer les dangers qui se présentent dans certaines opérations de la cataracte. Il arrive, en effet, à tous les ophthalmologistes de voir survenir dans certaines opérations de la cataracte, là où les choses se sont passées le plus régulièrement du monde, et malgré les soins les plus minutieux donnés après l'opération, une iritis suppurative avec nécrose de la cornée et phlegmon consécutif du globe. Ces accidents sont en général très rares, mais il y a des années où on les voit se produire beaucoup plus souvent que dans d'autres années. Evidemment, disais-je, cela tenait à la disposition atmosphérique et à la présence d'une grande quantité de microbes dans l'atmosphère, qui se propagent et s'y multiplient d'une manière tellement effrayante, que la moindre plaie se trouve empoisonnée de ces êtres nuisibles, et il suffit qu'ils trouvent des conditions de santé mauvaises dans l'individu lui-même et qu'il soit sous le coup de la syphilis, de la goutte, de la glycosurie, etc., pour que la plaie infectée, empoisonnée se mette en suppuration, et que le globe de l'œil lui-même soit complètement compromis.

Il y a donc, selon nous, deux conditions de l'irido-kératite suppurative : empoisonnement atmosphérique de la plaie par des vibrions et conditions morbides constitutionnelles empêchant la réunion par première intention.

Dans notre communication au congrès de Milan, nous avons démontré que les sujets syphilitiques et goutteux doivent être soumis, soit avant, soit immédiatement après l'opération, au traitement spécial approprié pour atténuer l'effet morbide constitutionnel. La méthode antiseptique de Lister devait réagir contre la cause infectieuse et empêcher le développement des vibrions dans la plaie.

Cette méthode, qui a été si admirablement étudiée par Lister et Lucas-Championnière dans la grande chirurgie, ne pouvait pas être appliquée dans tout son ensemble à la chirurgie oculaire et surtout pour les opérations qui se pratiquent sur le globe oculaire. L'organe lui-même, en effet, étant trop délicat et trop sensible, ne pouvait pas supporter le degré de la solution phéniquée qui avait été trouvée indispensable pour la chirurgie générale. C'est alors qu'on a cherché à remplacer l'acide phénique par l'acide borique ou d'employer l'acide carbolique et l'acide phénique à des doses faibles. J'ai expérimenté à ma clinique depuis deux ans ces moyens dans des différentes doses, et je dois dire que j'ai dû d'abord abandonner d'une manière absolue l'acide borique comme n'ayant aucune action antiseptique pour les plaies de l'œil. Restaient donc l'acide carbolique et l'acide phénique à des doses variées et sous différentes formes.

Horner a recommandé beaucoup le lavage de l'œil et de tout le cul-de-sac conjonctival avant et après l'opération avec une solution concentrée d'acide carbolique, à 1 ou 2 pour 100 ; de plus, l'emploi de la ouate et des bandes phéniquées pour les pansements.

Malgré l'application la plus rigoureuse de cette méthode et la désinfection de l'air ambiant au moyen du spray phéniqué, je n'ai pas pu jusqu'à présent trouver que ces désinfectants exerçaient une action réelle sur l'issue de l'opération. L'année dernière, j'ai dû enregistrer cinq iritis suppuratives avec phlegmon consécutif du globe, tandis que l'année précédente je n'ai eu à enregistrer qu'un seul phlegmon sur le même nombre d'opérés, quoique je n'eusse pas appliqué d'une manière aussi rigoureuse la méthode antiseptique.

Il était évident pour moi que ces moyens étaient insuffisants et qu'il fallait chercher d'autres préparations ou d'autres moyens d'administration.

C'est dans le spray phéniqué bien adapté que j'ai trouvé le moyen le plus efficace et le plus heureux pour prévenir ou pour arrêter la suppuration et la nécrose commençante de la cornée, après les opérations de la cataracte.

Mode d'emploi du spray phéniqué. — C'est à l'aide de l'appareil pulvérisateur à vapeur de Lister ou de Lucas-Championnière qu'on fait pulvériser l'eau phéniquée à 1 pour 100 ou à 1 pour 200, et on lance cette poussière d'eau phéniquée sur le malade et le chirurgien, de sorte que l'opérateur, les aides, les instruments et le malade se trouvent, pendant tout le temps que dure l'opération, plongés dans cette atmosphère phéniquée. Pendant longtemps, j'avais procédé de la façon dont procèdent tous les chirurgiens, mais je dois avouer que cette manière d'agir ne m'a pas satisfait outre mesure, car, malgré ces précautions, les iritis et les kérato-iritis sont survenues chez quelques-uns de mes malades. C'est alors que j'ai cru utile de modifier un peu ma manière d'agir, et j'ai pris la résolution soit immédiatement après l'opération elle-même, soit pendant les accidents d'iritis ou de kératite suppurative, d'écarter bien les paupières et d'exposer le globe de l'œil à l'action directe du jet d'eau pulvérisée, phéniquée, l'appareil se trouvant placé à une toute petite distance. Une ou deux minutes suffisent pour arroser l'œil et la plaie avec cette poussière d'eau phéniquée, après quoi l'œil est fermé et couvert avec de la ouate phéniquée et le bandage en tarlatane phéniquée. Ce pansement est laissé sur place pendant vingt-quatre heures.

Le remplacement du bandage devra être fait sans découvrir l'œil, mais en l'arrosant avec le spray phéniqué abondant. S'il survient une nécessité d'ouvrir l'œil et de regarder la plaie, on ne devra faire cet examen que sous la poussière abondante d'eau pulvérisée phéniquée, et on replacera ensuite le même pansement que le premier jour. Depuis plus de deux mois, j'applique cette méthode invariablement à tous les opérés de la cataracte à ma clinique, et je dois dire que je n'ai pas eu jusqu'à présent d'insuccès. J'ai vu, il est vrai, survenir des iritis simples le troisième, quatrième ou cinquième jour, mais ces iritis ne sont pas graves, et n'exposent pas l'œil à la suppuration et au phlegmon.

Les conditions hygiéniques m'avaient paru jusqu'à présent très bonnes dans les maisons particulières des personnes riches, chez lesquelles les appartements sont bien aérés, c'est pourquoi je n'ai pas cru utile d'employer la méthode antiseptique. L'expérience m'avait montré, en effet, que sans ces précautions prophylactiques les résultats de mes opérations de la cataracte en ville étaient on ne peut plus satisfaisantes. Mais dans les dernières six semaines j'ai vu se déclarer deux iritis suppuratives avec commencement de la nécrose cornéenne, chez des malades où rien ne paraissait présager ces accidents.

Il faut dire que, chez l'un d'eux, il existait une certaine prédisposition aux iritis, car l'ayant opéré d'un œil de la cataracte en 1870, j'ai vu survenir le troisième jour une iritis très intense, mais qui n'a pas cependant empêché le malade de guérir très bien et de conserver jusqu'à ce jour une acuité visuelle de 1. Cette fois-ci, il lui est survenu sur le second œil que j'ai opéré de la cataracte, une iritis suppurative avec nécrose commençante de la plaie dans les premières vingt-quatre heures. Et, chose digne de remarque, le malade avait subi sur cet œil, il y a trois ans, une pupille artificielle; l'accident ne pouvait, par conséquent, être rapporté à une blessure de l'iris, mais uniquement à la plaie cornéenne, qui devint, dès les premières vingt-quatre heures, trouble, opalescente, le bord de la plaie recouvert de pus. La tendance au sphacèle devint évidente dans toute la cornée. Ces altérations prenaient d'heure en heure une telle gravité, que je pouvais presque infailliblement prévoir et prédire un phlegmon. C'est dans ces conditions que j'ai eu recours au spray phéniqué, que j'ai fait administrer toutes les quinze à vingt minutes. Sous l'influence de ces douches, il est survenu à notre malade un mieux très sensible et très rapide, la suppuration qui s'écoulait à flot de dessous la paupière s'arrêta complètement au bout de deux jours, et les douleurs qui ne cédèrent pas aux moyens antiphlogistiques les plus énergiques, s'apaisèrent au bout de quelques heures. Aujourd'hui, la cornée a repris sa transparence complète, et il n'y a que dans la pupille qu'on voit un exsudat blanc, la plaie est cicatrisée. L'œil, dès aujourd'hui, peut être considéré comme sauvé.

Un cas tout à fait semblable s'est présenté sur une autre de mes opérées, les pulvérisations phéniques ont amené le même résultat favorable. Il s'agissait cette fois-là d'une malade diabétique.

Voici du reste, en détail, les deux observations :

Obs. I. *Extraction de la cataracte précédée d'une excision de l'iris faite il y a trois ans, suppuration de la plaie avec iritis suppurative. Arrêt de la maladie rapide par les douches phéniquées.* — M. H..., âgé de soixante-quatre ans, demeurant à Paris, bien constitué, quoique un peu goutteux, est opéré par moi de sa cataracte le 4 avril dernier, avec le concours de mon chef de clinique, le docteur Parent, et de M. Despagnet. Le malade étant très nerveux, nous sommes obligé de l'endormir, ce qui du reste se fait sans la moindre difficulté. L'iris ayant été excisé chez le malade, il y a trois ans, par un autre oculiste, l'extraction du cristallin se fait sans la moindre difficulté. Après l'opération, le pansement est fait avec de l'eau phéniquée, mais sans le spray. Le bandage est arrosé toutes les quinze ou vingt minutes avec de l'eau phéniquée. Pendant les premières douze heures, le malade n'a point souffert, mais la nuit fut mauvaise, le malade a éprouvé des douleurs et des élancements dans l'œil, il a mal dormi malgré le chloral, et le lendemain matin j'ai trouvé les paupières gonflées, rouges, un peu luisantes, et on voyait s'échapper un peu du pus de la fente palpébrale. Il n'y avait pas de doute, c'était une suppuration de la cornée. Et, en effet, tout le bord de la plaie était jaunâtre, un peu soulevé, le reste de la cornée était louche, l'humeur aqueuse trouble, l'iris tomenteux grisâtre. Dans la pupille on apercevait un exsudat blanchâtre, par places plus épais que dans d'autres points. Le globe de l'œil présentait une injection très prononcée, s'arrêtant à quelques millimètres de la cornée. En présence d'un état aussi grave, j'ai cru nécessaire d'appliquer cinq sangsues à la tempe, et d'administrer des pilules de calomel à la dose de 4 centigrammes par jour. Des frictions péri-orbitaires d'onguent napolitain et d'extrait de belladone et de sulfate de quinine à la dose de 30 centigrammes pour la nuit; les gouttes d'atropine en instillation. Ce traitement n'amena rien de bon, l'état de l'œil s'aggrava, la suppuration devenant plus abondante, les souffrances augmentèrent. C'est dans cette situation que j'ai prescrit au malade le 7 avril, de prendre toutes les demi-heures des douches d'eau pulvérisée phéniquée au 1/100, et à part l'atropine que j'ai suspendue comme aggravant les douleurs, j'ai fait continuer le reste du traitement. Ces douches ont fait merveille, les douleurs se calmèrent beaucoup, la suppuration diminua à vue d'œil, le gonflement de la paupière diminua, mais en revanche il s'est produit un chémosis moitié séreux, moitié sanguin; la cornée avait repris sa transparence dans toute sa moitié inférieure.

10 avril. La suppuration a complètement cessé, il y a un peu d'hypopyon, le chémosis a diminué, mais de nouvelles douleurs péri-orbitaires exigent une nouvelle application de sangsues.

15 avril. Les douches sont suspendues pour vingt-quatre heures. Le malade se plaint d'un très grand larmoiement et d'une sensation de brûlure à la joue, ce que nous parvenons à calmer au moyen de la poudre de calomel avec laquelle on saupoudre les paupières et les joues, et on maintient l'œil comprimé très légèrement avec de la ouate phéniquée.

23 avril. L'œil est bien moins rouge, la sclérotique blanchit, la chambre antérieure est profonde, l'iris prend de plus en plus un aspect normal, la cicatrisation de la plaie est très avancée.

10 mai. L'œil est guéri, la pupille est fermée par une exsudation que l'on pourra opérer et rétablir la vue.

Dans le second fait les choses se sont passées de la même façon et le résultat du traitement a été tout aussi satisfaisant que dans le précédent malgré les accidents de l'iritis grave. Voici les détails de cette opération.

Obs. II. *Cataracte glycosurique opérée sans aucun accident. Suppuration de la plaie avec iritis grave. Le spray phéniqué arrête la suppuration.* — Mme T..., âgée de soixante-deux ans, me fut adressée par mon excellent ami le docteur Joubert pour être opérée de la cataracte. Elle est diabétique, très pusillanime, se décide à être opérée le 1er avril de l'année courante. Je pratique l'extraction de la cataracte droite avec le concours du docteur Joubert et de mon aide M. Despagnet. L'opération est exécutée très régulièrement, malgré une très grande résistance de la malade, surtout au dernier temps, pendant la sortie du cristallin.

Trois heures après l'opération, la malade commence à souffrir d'élancements et d'une douleur sourde au front et à la tempe, qui s'accentue davantage vers la nuit. Elle dort très peu malgré le chloral, et elle est très agitée. Le lendemain son œil lui fait très mal, et il lui semble qu'il est inondé de larmes, et de plus elle a de très fortes démangeaisons dans les paupières. J'enlève la bande et la ouate phéniquée, et je trouve un érythème sur les deux paupières et le front, ce qui est dû à la ouate phéniquée qui a été mal préparée par le pharmacien, probablement imprégnée d'une trop forte solution d'acide phénique. En ouvrant les paupières, je constate une légère iritis, ce qui m'oblige d'appliquer cinq sangsues à la tempe, et des frictions avec l'onguent napolitain de belladone au pourtour de l'orbite.

Le troisième jour, l'iritis devient suppurative, et la cornée est infiltrée dans toute son étendue; au bord de la plaie, elle est blanche, comme nécrosée. La malade souffre beaucoup, des douleurs péri-orbitaires, par moment des élancements très intenses. Il s'écoule beaucoup de pus entre les paupières; ces dernières sont enflées, surtout la paupière supérieure, qu'on a de la peine à relever.

En présence de ces accidents, j'ai prescrit à la malade de supprimer le bandage et de faire administrer sur l'œil ouvert toutes

les demi-heures des douches d'eau phéniquée pulvérisée au 1/100. Ces douches sont administrées pendant les deux premiers jours, sans discontinuer, la nuit comme le jour, puis, dès le septième jour de l'opération, la suppuration ayant très sensiblement diminué, nous ne les faisons administrer que toutes les heures, puis trois ou quatre fois par jour.

24 *avril*. L'œil s'ouvre très bien, il est peu injecté, la cornée est transparente, la plaie est cicatrisée, la pupille est obstruée par un exsudat très épais, la malade perçoit très bien le jour et elle distingue même les mouvements de la main.

L'œil est sauvé, mais pour rendre la vue il y aura nécessité de faire un débridement pupillaire dans trois mois d'ici, et par conséquent quatre mois après la première opération. L'expérience, en effet, m'a démontré que pour faire une seconde opération dans un œil qui a autant souffert, il faut un intervalle de quatre mois évolus.

Deux faits analogues se sont présentés à ma clinique à la fin de l'année dernière, la suppuration, après une extraction de la cataracte, a pu être arrêtée au bout des sept à dix jours du spray phéniqué, mais les deux malades perdirent chacun un œil, car ce traitement n'a été commencé que cinq à six jours après le début du mal, après que la cornée a été complètement perdue, malgré le traitement antiphlogistique le plus énergique.

Que conclure de ces faits et quelle appréciation doit-on porter sur ce procédé, et jusqu'à quel point doit-on avoir confiance dans le spray phéniqué pour combattre et pour prévenir la kérato-iritis suppurative après l'extraction de la cataracte?

Je pense qu'on ne peut pas nier l'évidence, car dans tous ces cas, la suppuration a pu être arrêtée au bout de deux ou trois jours. Le spray phéniqué doit donc être considéré comme un moyen très puissant pour arrêter la suppuration qui survient quelquefois après les opérations de la cataracte. Peut-être, si on soumet tous les opérés de la cataracte à une action prolongée de la poussière d'eau phéniquée pendant et après l'opération, on évitera les phlegmons du globe, après les opérations de la cataracte.

En résumé de ce qui précède, et en se basant sur la gravité excessive de la kérato-iritis-suppurative qui survient après les opérations d'extraction de la cataracte, nous croyons utile de formuler les propositions suivantes :

1° Le spray phéniqué doit constituer une des conditions absolues pour les opérations oculaires, et plus particulièrement pour l'extraction de la cataracte. Pendant toute la durée de l'opération, l'œil de l'opéré sera exposé à la vapeur phéniquée. L'opération terminée, on ouvrira largement les paupières et on fera diriger le spray phéniqué pendant quelques instants sur la plaie.

2° Chaque nouveau pansement devra se faire avec l'usage de la vapeur d'eau phéniquée.

3° Dès qu'on verra surgir la moindre suppuration du bord de la plaie cornéenne, ou une iritis avec œdème des paupières, dans les premiers trois ou quatre jours, il faudra avoir recours au spray phéniqué qu'on appliquera toutes les demi-heures ou tous les quarts d'heure selon la gravité du mal.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 22 MAI 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

ACTION DE L'EAU OXYGÉNÉE SUR LES MATIÈRES ORGANIQUES ET LES FERMENTATIONS, par MM. *Paul Bert* et *P. Regnard*. — M. Dumas, dans son rapport du 8 mai dernier, sur les travaux de M. Béchamp, parle de la décomposition de l'eau oxygénée par la fibrine du sang : il ajoute qu'« aucune autre matière animale » ne possède cette singulière action. MM. P. Bert et P. Regnard ont depuis longtemps étudié cette action de l'eau oxygénée, et voici ce qu'ils ont constaté. Toute fermentation due à un ferment figuré est immédiatement et définitivement arrêtée par l'eau oxygénée. Le ferment est tué et, même après l'élimination de l'eau oxygénée par l'une des substances qui la détruisent le plus rapidement, la fermentation ne reprend plus. Toutes les substances qui ne décomposent pas l'eau oxygénée peuvent ainsi être indéfiniment conservées par elle : celles qui, au contraire, la détruisent, commencent à se putréfier dès qu'elle a disparu. L'eau oxygénée a encore sur la cellule vivante une autre action : elle peut, comme l'oxygène comprimé, comme l'acide carbonique, l'azote, etc., la mettre dans un état d'asphyxie qui a pour conséquence la désoxygénation des substances qui la baignent. Cette action de l'eau oxygénée sur les ferments *figurés* en fait un antiseptique puissant. Les ferments *solubles* ne semblent pas touchés par le peroxyde d'hydrogène; la salive, la diastase, les sucs gastrique et pancréatique continuent à agir dans des dissolutions chargées d'eau oxygénée.

Les auteurs ont en outre essayé toutes les substances albuminoïdes et tous les tissus composant le corps des animaux à l'état sain ou pathologique, et ils ont constaté qu'un certain nombre décomposent l'eau oxygénée comme la fibrine du sang elle-même, qui, comme l'a déjà vu M. Béchamp, perd son action quand elle est dissoute dans l'acide chlorhydrique. Sous ce rapport, les résultats des recherches de MM. P. Bert et Regnard se résument de la manière suivante. L'eau oxygénée diluée n'est détruite ni par les graisses, ni par les amylacés, ni par les ferments solubles, ni par l'albumine de l'œuf, la caséine, les peptones, ni par la créatine, la créatinine, l'urée; elle est rapidement détruite par les matières azotées collagènes, par la musculine, la fibrine du sang et diverses matières azotées végétales. Cette action est définitivement arrêtée par une température supérieure à 70 degrés. La putréfaction la laisse au contraire absolument intacte.

SUR LA MESURE DE L'ACIDE CARBONIQUE CONTENU DANS L'ATMOSPHÈRE, note de M. *Mascart*. — L'auteur propose l'emploi d'un appareil spécial. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

QUANTITÉ D'ACIDE CARBONIQUE CONTENUE DANS L'AIR, A CALÈVES, PRÈS NYON (SUISSE); ALTITUDE, 420 MÈTRES. Note de M. *Risler*. — La moyenne générale d'août 1872 à juillet 1873 a été de 3,035 par 1000 d'air. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

INOCULABILITÉ DE LA TUBERCULOSE PAR LA RESPIRATION DES PHTHISIQUES. Note de M. *Giboux*.

« Je me suis préalablement assuré, dit l'auteur, une provision quotidienne de 40 000 centimètres cubes à 50 000 centimètres cubes d'air expiré par des phthisiques au deuxième et troisième degré. J'ai fait disposer dans une pièce une caisse en bois mesurant 2 mètres de longueur, 1m,50 de hauteur et 1m,75 de largeur, et dont chacun des côtés portait plusieurs ouvertures grillées pouvant être oblitérées à volonté. Le 12 janvier 1881, je plaçai dans cette caisse (caisse n° 1) deux jeunes lapins nés depuis quelques jours de parents sains, ce dont je m'assurai d'ailleurs en sacrifiant les auteurs de la portée, qui comprenait quatre petits, et dont les autres furent placés dans une caisse (caisse n° 2) semblable comme forme à la première et située dans une autre pièce. A dater du 15 janvier jusqu'au 29 avril, c'est-à-dire pendant une période de cent cinq jours, j'ai introduit journellement dans la caisse n° 1 de 20 000 centimètres cubes à 25 000 centimètres cubes d'air expiré par des phthisiques. Voici comment je procédais : à midi et le soir à sept heures, les ouvertures grillées étaient complètement oblitérées; un petit trou circulaire, pratiqué sur un des côtés de la caisse, permettait d'introduire dans son intérieur le tube en caoutchouc d'une poche de même substance contenant l'air infecté. Le volume de cet air était mesuré à l'aide d'une tige graduée portée par la poche, comme cela existe dans le spiromètre de Boudin; la poche contenait de 10 000 centimètres cubes à 12 000 centimètres cubes d'air et, dès qu'elle était entièrement vide, je fermais la con-

tinuation avec la caisse. Deux heures après, j'ouvrais toutes les ouvertures. Je pratiquai chaque jour, sur la caisse n° 2, deux opérations absolument conformes au manuel que je viens d'indiquer, sauf que l'air expiré, avant de s'introduire dans la caisse, était forcé de traverser une couche de ouate phéniquée et renouvelée lors de chaque opération. Les expériences eurent lieu également du 15 janvier au 29 avril 1880.

» Pendant tout ce laps de temps, les lapins placés dans la caisse n° 2 ne présentèrent rien d'anormal; mais ceux qui se trouvaient dans la caisse n° 1 parurent éprouver à peu près les mêmes symptômes que j'ai notés dans mon premier mémoire, à savoir : perte de l'appétit, soif intense, nonchalance, diarrhée, amaigrissement. Arrivés à la période de consomption, les lapins de la caisse n° 1 furent sacrifiés le 29 avril, et tous deux présentèrent des tubercules dans les poumons, dans le foie et dans la rate; mais les lésions pulmonaires étaient beaucoup plus avancées que celles des autres viscères, et, comme dans mes premières expériences, les lobes supérieurs des poumons étaient plus fortement atteints que les lobes inférieurs. Par contre, l'autopsie des lapins contenus dans la caisse n° 2, faite ce même jour, ne dévoila aucune altération organique. » (Renvoi à la commission des prix de médecine et chirurgie.)

Recherches de physiologie pathologique sur la respiration. Mémoire de MM. *Gréhant* et *Quinquaud*. — Les auteurs, modifiant le procédé de M. Gréhant, se sont servis de deux soupapes à eau de Müller, l'une servant à l'inspiration, l'autre à l'expiration; elles sont en rapport avec un tube qui se rend à la muselière ou à un masque en caoutchouc; de chaque côté sont fixés deux ballons en caoutchouc munis de robinets à trois voies : le premier renferme 50 litres d'air mesurés au compteur, préalablement vérifié; le second est destiné à contenir l'air de l'expiration, dont le volume est apprécié par l'analyse faite à l'aide de l'eudiomètre de Mitscherlich; cet air barbote à travers des flacons de Woolf modifiés renfermant de la potasse et de l'acide sulfurique; la circulation de l'air est déterminée par une trompe et un régulateur de pression à mercure; les barboteurs sont pesés avant et après le passage de l'air, à l'aide d'une grande balance de Deleuil, sensible au centigramme, ce qui permet d'apprécier le poids de l'acide carbonique exhalé dans 50 litres d'air.

Des nombreuses expériences faites à l'aide de cette méthode sur les animaux et sur l'homme, les auteurs concluent : 1° que dans les altérations bronchiques, pulmonaires, pleurales, même avec fièvre, l'exhalation de l'acide carbonique est diminuée dans des proportions variables; 2° que le mécanisme ne consiste pas en une sorte de barrage pulmonaire, la lésion retentit sur les éléments de l'organisme pour amener des diminutions, un retentissement sur la nutrition générale dans les divers points où se forme l'acide carbonique : les dosages des gaz du sang avant, pendant et après plaident en faveur de cette pathogénie.

Influence de l'alcool éthylique et de l'essence d'absinthe sur les fonctions motrices du cerveau et sur celles des muscles de la vie de relation. Note de M. *S. Danillo*.

« Dans une première série de recherches, dit l'auteur, j'ai étudié l'influence de l'alcool à hautes doses sur la réaction cérébro-musculaire de la couche corticale du cerveau, et l'influence de l'injection de l'alcool sur les attaques d'épilepsie dite *corticale*. Dans une autre série, j'ai étudié l'action de l'essence d'absinthe, et l'influence des injections d'alcool sur les convulsions produites par cette substance. Dans une troisième série, enfin, j'ai étudié l'excitabilité électrique du cerveau dans l'empoisonnement par l'essence d'absinthe. L'alcool et l'essence d'absinthe étaient toujours injectés dans le sang.

» *Première série*. — Au début de l'empoisonnement par l'alcool injecté aux doses indiquées, l'excitabilité de la région corticale dite motrice s'affaiblit notablement; les excitations isolées ou multiples de cette région ne donnent plus lieu qu'à des contractions musculaires dissociées. Un peu plus tard, les excitations isolées (une fois par seconde) ne donnent plus de contractions musculaires, même avec le maximum d'intensité du courant. Les excitations multiples (de seize à quarante fois par seconde), avec un courant de même intensité, donnent seulement des secousses musculaires isolées qui ne se fusionnent pas et ne donnent pas une attaque d'épilepsie, même lorsqu'il y a une irritation prolongée. Dans la dernière période (coma avec abolition des réflexes), l'excitabilité de la région motrice est nulle, quoique la réaction électrique neuro-musculaire soit manifeste. Vingt-quatre heures après, l'excitabilité de la région dite motrice réapparaît de nouveau, comme on peut s'en assurer en excitant cette même région du côté opposé.

» *Deuxième série*. — L'injection d'une faible dose (de 1 à 3 centigrammes) donne les phénomènes connus de l'attaque convulsive avec période tonique et clonique. Une seule forte dose (50 grammes à 1gr,5) donne une période tonique très intense suivie d'une faible période clonique et d'une résolution finale, quelquefois avec période de délire. Sous l'influence de petites doses (10 à 20 centigrammes), réitérées quatre ou cinq fois dans l'intervalle de quinze à trente minutes, la période clonique, à mesure que l'empoisonnement se prononce, devient plus durable, mais elle est alors entrecoupée par des intervalles de résolution musculaire. Dans ce mode d'empoisonnement, la période du délire fait complètement défaut. Une dose forte (1gr,5 à 2 grammes), après quelques doses faibles, donne *toujours* un accès de délire très violent, mais souvent d'une durée courte. Avec une dose encore plus forte (2gr,5 à 3gr,5), après quelques doses faibles les phénomènes du délire font complètement défaut et l'animal reste immobile et tombe ensuite dans le coma.

» *Troisième série*. — Sous l'influence de petites doses d'essence d'absinthe, l'excitabilité de la région corticale, de même que la réflectivité médullaire, sont exaltées considérablement, pendant les intervalles des convulsions et du délire. Plus tard, dans la période de résolution, la réaction cérébro-musculaire paraît s'affaiblir progressivement, tandis que l'excitabilité neuro-musculaire persiste encore au degré normal. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 30 MAI 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

MM. les docteurs *Onimus* et *G. Bouchardat* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

L'Académie reçoit un mémoire manuscrit, avec la devise : « *Omnia sapienter age* », pour le concours du prix de l'hygiène de l'enfance en 1882; ce mémoire est intitulé : *Du sevrage et de son étude comparative dans les différentes régions de la France*.

M. le docteur *Ch. Brame* (de Tours) adresse un certain nombre de brochures pour le concours du prix Amussat de 1882.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, au nom de M. le docteur *Jean Serbanescu* (de Bucharest), une brochure intitulée : *Mica chirurgie* (*cartea sanitarului*).

M. *Dujardin-Beaumetz* fait hommage du second volume de ses *Leçons de clinique thérapeutique*.

M. *Léon Colin* présente un mémoire, en langue grecque, de M. le docteur *Karamitzas* (d'Athènes), portant le titre suivant : *De la fièvre hémosphérinurique palustre*.

M. *Larrey* dépose : 1° de la part de M. le docteur *E. Bertherand* (d'Alger) une brochure sur le *noyau de dattes*, au point de vue de ses propriétés alimentaires, thérapeutiques et industrielles et notamment de la falsification du café; 2° au nom de M. le docteur *Védrènes*, un mémoire ayant pour titre : *Orchite ourlienne observée en 1881 à l'École polytechnique dans le cours d'une épidémie d'oreillons*.

Élection. — Par 43 voix sur 57 votants, M. *Boudier* (de Montmorency) est élu correspondant national dans la quatrième division (*physique et chimie médicales, pharmacie*); M. Garreau (de Lille), porté en seconde ligne, obtient 13 voix; il reste 1 bulletin blanc. — MM. Husson (de Toul) et Andouard (de Nantes) étaient placés *ex æquo* en troisième ligne.

Microzymas. — M. *Béchamp* proteste, par lettre, contre les observations que M. Gautier lui avait présentées à l'avant-dernière séance au sujet de sa dernière communication à l'Académie sur les microzymas et maintient les opinions qu'il a formulées dans cette communication.

Statistique médicale du recrutement. Géographie médicale et statistique de la France. — M. *Gustave Lagneau* donne lecture de la deuxième conclusion de son Rapport lu à la précédente séance : Demander au ministre de la

guerre de vouloir bien à l'avenir charger le Conseil de santé des armées de faire rassembler et coordonner par cantons tous les documents statistiques relatifs aux opérations du recrutement. Il ajoute que, tout en se bornant actuellement à cette simple conclusion, puisque l'Académie a paru désirer qu'on indiquât les recherches qu'il serait désirable de voir faire lors du recrutement, il pense que, non seulement tous les documents actuellement publiés par départements devraient dorénavant être publiés par cantons, mais qu'il importerait qu'à côté du nombre des jeunes hommes, on fît mention du nombre des naissances masculines légitimes et illégitimes vingt et un ans auparavant, afin de pouvoir apprécier la mortalité de 0 à 20 ans accomplis; mortalité qui, selon MM. Chenu et Ely, s'élevait à 74 pour 100 pour les jeunes hommes illégitimes. Autant que possible, il importerait également qu'on relatât la taille, le périmètre thoracique, et toutes les infirmités de tous les jeunes hommes, qu'ils soient aptes au service actif, qu'ils soient renvoyés dans le service auxiliaire, qu'ils soient ajournés ou qu'ils soient exemptés, afin qu'on fût à même d'apprécier exactement les aptitudes physiques, ou les défectuosités morbides des populations; afin qu'on pût rechercher les conditions ethnologiques paraissant en rapport avec ces aptitudes, et déterminer les causes topographiques, hygiéniques, professionnelles paraissant occasionner ces défectuosités. Il importerait enfin que tous les dix ans on résumât par cantons les données statistiques, afin de mettre en évidence les résultats différentiels les plus probants. — Les conclusions de ce rapport sont approuvées par l'Académie.

Anémie des mineurs. — On sait que M. Perroncito (de Turin), entre autres observateurs, a prétendu que l'anémie des ouvriers mineurs travaillant au tunnel du Saint-Gothard est due à la présence d'un parasite intestinal, l'ankylostome duodénal ; il a, en effet, rapporté un certain nombre de cas qui semblent témoigner que certains ouvriers du Saint-Gothard, atteints d'anémie très grave, malades depuis longtemps, ont été rapidement guéris après l'administration des anthelminthiques. M. Perroncito étant venu à Saint-Étienne pour rechercher si l'anémie rebelle des houilleurs de cette ville, dont la cause et la nature ne sont pas nettement connues, n'était pas tributaire du même parasite que celle du Saint-Gothard, trouva, en effet, des œufs d'ankylostome dans les fèces des mineurs qui se trouvaient alors à l'hôpital et il crut pouvoir prédire que des anthelminthiques rétabliraient bientôt la santé de ces malades. Mais M. *Riembault*, dans le service duquel ils étaient, informe l'Académie, dans un mémoire dont il donne lecture, que cette médication ne produisit aucun effet bien précis sur l'état de la santé générale, et qu'elle ne servit qu'à expulser, non seulement des ankylostomes en petit nombre, mais encore d'autres parasites tels que des anguillules, des pseudo-rhabditis, des tricocéphales. Donc, tout en reconnaissant que M. Perroncito a établi que les mineurs de Saint-Etienne, séjournant dans un milieu favorable au développement de ces helminthes, en sont fréquemment atteints, il est d'avis qu'il n'y faudrait pas voir la cause prochaine de la maladie dite anémie des mineurs. — Ce mémoire est renvoyé à l'examen de MM. Hardy, Rochard et Laboulbène.

Folie et divorce. — La folie peut-elle être considérée comme une cause de divorce? M. Blanche avait répondu négativement à cette question dans la séance du 9 mai (p. 310); M. *Luys*, dans une très intéressante communication, émet, par contre, une opinion affirmative, au moins « dans certains cas déterminés ». Les arguments sont, « les uns, d'ordre purement médical, les autres d'ordre sentimental » : il admet d'abord en principe, contrairement à M. Blanche, l'incurabilité de certains états morbides bien définis, bien reconnus, tels que la paralysie générale; dans ces cas, dès le début, on peut considérer la maladie comme incurable. Pour les autres formes morbides, il est presque aussi absolu, car il arrive à dire que, après avoir observé un malade pendant quatre à cinq ans dans un asile, après l'avoir suivi, examiné sous tous ses aspects, un médecin peut toujours arriver à se prononcer sur l'avenir de ce sujet et à le classer, oui ou non, parmi les incurables sur lesquels on peut légalement statuer; en définitive, ajoute-t-il, les cas de guérisons tardives que l'on cite sont dépourvus des garanties scientifiques que l'on est en droit de demander à des observations péremptoires.

Reprenant ensuite ce qu'il appelle les arguments de sentiment, M. Luys s'attache à décrire ce que devient alors le « conjoint » de l'aliéné, par opposition au tableau que M. Blanche avait uniquement tracé de l'aliéné séparé des siens pendant un temps plus ou moins prolongé et, de par la loi du divorce, rendu à la liberté. Car il faut aussi considérer le conjoint demeuré isolé dans la vie et qui, désormais privé de son soutien naturel, va passer plusieurs années « dans l'attente des longs espoirs et des illusions décevantes. Sa vie sociale est brisée et, s'il est jeune encore, il doit renoncer à l'espoir de se créer une famille et se contenter d'attendre patiemment la fin de la lutte jusqu'au moment où les progrès de la maladie, ayant usé la victime, lui rendront en même temps une liberté tardive ». Ainsi, au nom de l'indissolubilité du lien conjugal, au nom d'une fausse opinion médicale sur la période à laquelle arrive fatalement la démence dans les maladies mentales, on condamnerait un être sain à être attaché à un être déchu, diminué de la plus noble partie de lui-même, à un véritable mort-vivant! Peut-on donc changer la nature humaine? Ces passions malsaines qu'on veut réfréner, on ne fera que les faire refluer ailleurs; l'aliéné est tôt ou tard oublié, et fatalement, au bout d'un temps variable, suivant les natures et les tempéraments, il se forme, à côté de ce mariage qu'on veut artificiellement maintenir, un mariage collatéral, comme dans la séparation de corps, rien que par la seule force des choses et le jeu naturel des passions. Telle est l'observation que tous les médecins aliénistes sont à même de faire le plus souvent, et ce tableau des misères sociales est en quelque sorte le corollaire obligé de la situation même de l'homme frappé d'aliénation mentale, de cet homme étranger à tout le milieu ambiant, à ses anciennes idées comme à ses affections et qui ne saurait être comparé à l'individu atteint d'une maladie chronique, restant entier celui-ci avec son unité psychologique. En résumé, le fou est complètement mort pour la vie morale et l'affection de ses semblables.

En présence d'un cas d'aliénation mentale qui devient chronique, le retour à la raison étant impossible, que conviendrait-il de faire pour éclairer le tribunal et établir la situation de l'aliéné et celle du conjoint auquel physiquement et moralement il a cessé d'être attaché? M. Luys propose qu'une commission arbitrale, composée de trois médecins aliénistes, ait pour mission de se rendre, une fois par mois pendant une année, auprès du malade, afin de faire un diagnostic et de reconnaître les oscillations de la maladie; si, au bout de ce temps, l'état stationnaire est maintenu, la commission pourra alors formuler un jugement : ou bien l'aliéné sera complètement en démence, ce que confirmera de suite la commission, ou bien il sera encore lucide dans une certaine limite et apte à présenter certaines espérances de retour à la raison; dans ce cas l'examen mensuel pendant une année permettra de se prononcer avec certitude sur l'évolution régulière de la maladie en activité. La commission aura d'ailleurs tout pouvoir pour suspendre son jugement si elle le juge utile, et remettre son arrêt à une date plus éloignée; de plus, toute demande de divorce devra être accompagnée de la présentation de garanties financières destinées à assurer la vie matérielle du conjoint séparé. Tout en réservant aux légistes les difficultés de procédure, M. Luys, estimant que la folie peut être, dans certains cas, considérée comme une cause de divorce, croit que le divorce, quelque pénible qu'il

soit au point de vue restreint de l'aliéné, deviendra, à un point de vue plus général, une proposition salutaire et douée d'une action moralisatrice.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 26 MAI 1882. — PRÉSIDENCE DE M. MILLARD

Traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine et le salicylate de soude (M. Sorel) : M. Lereboullet. — Lésions produites par le Distoma hæmatobium (M. Zancarol) : M. Damaschino. — Rapport sur les maladies régnantes : M. Ducastel. — De la valeur du nombre des cicatrices vaccinales pour le pronostic de la variole : M. Landrieux.

M. *Lereboullet* donne lecture, au nom de M. Sorel, membre correspondant de la Société, d'un travail sur l'*action antithermique du sulfate de quinine et du salicylate de soude employés concurremment dans la fièvre typhoïde.* Ce mémoire, inspiré par les recherches de M. Hallopeau sur le sujet, renferme un grand nombre d'intéressantes observations et des conclusions basées sur une statistique de quatre-vingt-dix-sept cas. M. Sorel n'a pas administré le calomel au début, ainsi que le fait M. Hallopeau, il a employé de suite le sulfate de quinine et le salicylate de soude dans la même journée ; le sulfate de quinine, à la dose de 50 centigrammes à 1gr,20, était administré le matin en une seule prise, et le salicylate de soude en solution, à la dose de 2 à 4 grammes, était absorbé par gorgées pendant le reste de la journée : on en suspendait l'usage à la visite du soir si l'effet antithermique était jugé suffisant, ou si quelque contre-indication s'était produite. L'usage de ces deux médicaments peut être longtemps continué sans aucun inconvénient, car les effets thérapeutiques de chaque substance s'ajoutent l'un à l'autre, et non leurs effets toxiques : les bourdonnements d'oreille n'ont pas été plus intenses, il n'y a pas eu de délire, de dyspnée marquée, peu d'épistaxis, et dans deux cas seulement des hémorrhagies intestinales. Des sueurs abondantes et une éruption de nombreux sudamina ont été le plus souvent notées et peuvent, sans doute, être attribuées au salicylate de soude. Le traitement comportait également la médication des diverses complications qui se montraient au cours de la maladie, ainsi qu'un régime alimentaire composé de lait, bouillon, vin de Bagnols, etc. En examinant les tracés thermiques, on voit que la courbe tend vers l'horizontalité, par suite de l'égalisation des températures matinales et vespérales ; en outre, on constate l'inversion des minima, ceux-ci se produisant le soir, sous l'influence de la médication, enfin un abaissement régulier et graduel de la température dans son ensemble. L'effet du traitement a semblé moins marqué sur les grandes oscillations de la dernière période ; d'ailleurs, à ce moment, l'intensité fébrile ne constitue plus par elle-même un véritable danger. En résumé, la médication quino-salicylée, employée suivant les règles posées par l'auteur du mémoire, possède une action antipyrétique évidente, même dans les cas graves et mortels de dothiénentérie : cette action se montre dès le second jour du traitement. Elle modifie d'une façon constante la courbe thermique, mais ne paraît pas avoir d'effet manifeste sur la durée générale de la maladie et ses complications. Elle semble devoir être préférée à l'emploi de la digitale, des lavements phéniqués ou des bains froids, qui restent cependant indiqués dans certains cas d'une allure spéciale.

— M. *Damaschino* lit un rapport sur le mémoire de M. Zancarol, médecin de l'hôpital grec d'Alexandrie, sur *les lésions du gros intestin et des voies urinaires déterminées par le Distoma hæmatobium.* On sait combien les helminthes sont fréquents en Egypte : en première ligne se placent les tænias, puis l'ankylostome duodénal dont M. Damaschino présente un spécimen à la Société, et qui détermine chez l'homme l'affection connue sous le nom d'anémie d'Egypte ou du Saint-Gothard ; peut-être l'anémie des mineurs reconnaît-elle la même cause : telle est du moins l'opinion soutenue par M. Perroncito. M. Zancarol a étudié deux cas types des lésions produites par le *Distoma hæmatobium.* On sait que ce trématode se rencontre dans les veines abdominales, et en particulier dans celles du gros intestin et de la vessie ; le mâle possède une gouttière ventrale dans laquelle se loge la femelle pendant la copulation, disposition spéciale qui a engagé Cobbold à faire de ce parasite un genre distinct, sous le nom de *Bilharzia ;* il possède deux ventouses au moyen desquelles il se fixe et progresse le long de la paroi interne des vaisseaux. La présence de ce parasite et surtout de ses œufs détermine des lésions remarquables et souvent fort étendues dans le gros intestin ou dans la vessie, suivant les cas.

La muqueuse du gros intestin, ainsi qu'on peut le voir à l'œil nu sur une pièce recueillie par M. Zancarol, présente une multitude de saillies mamelonnées d'aspect polypiforme, hautes de 1 centimètre à 1 centimètre et quart, implantées par une base évasée, séparée du renflement terminal par une sorte de collet plus ou moins étroit. Ces saillies sont d'ailleurs recouvertes sur toute leur surface de végétations granuleuses beaucoup plus petites, que l'on retrouve en divers points de la muqueuse entre les mamelons principaux : ce sont là les deux formes *verruqueuse* et *granuleuse* décrites par Sonsino. Dans d'autres points, la surface de la muqueuse semble lisse, vernissée, et il est facile de reconnaître qu'il s'agit de cicatrices d'ulcérations plus ou moins étendues. Si l'on pratique une coupe comprenant un mamelon et la muqueuse avoisinante, on constate un grand nombre de corps oviformes, qui sont des œufs du distoma ; ils portent une épine latérale vers leur grosse extrémité : cette épine est au contraire terminale, et sur l'extrémité effilée, pour les œufs que l'on rencontre dans les parois de la vessie. Ces œufs sont situés dans la sous-muqueuse où ils forment des traînées miroitantes, visibles à l'œil nu, de 1 millimètre et quart environ d'épaisseur ; ils affectent une direction régulière de leur grand axe, parallèle à la surface de la muqueuse intestinale. M. Damaschino les a retrouvés d'une façon très nette dans l'épaisseur des ganglions mésentériques au voisinage du bord adhérent de l'intestin. On constate en outre un développement excessif des glandes en tube de la muqueuse ; elles atteignent jusqu'à 3 millimètres et demi de longueur. Dans les intervalles qui séparent les saillies polypiformes, on trouve des lésions identiques à celles de la dysentérie chronique, ulcérations, végétations, épaississement de la muqueuse, hypertrophie glandulaire ; dans la sous-muqueuse, infiltration de petites cellules rondes et d'œufs de distoma. Il semble donc que les saillies polypiformes sont seules caractéristiques de la présence du parasite ; d'ailleurs, Sonsino les a retrouvées chez un bœuf dont la veine porte renfermait trente-cinq *Distoma hæmatobium* adultes.

Lorsque le distoma siège dans les veines vésicales, il détermine l'hématurie simple endémique du Cap et de l'Egypte ; l'hématochylurie est due à la présence dans le sang de la filaire humaine. Dans le cas observé par M. Zancarol, la vessie présentait une notable hypertrophie de sa couche musculaire qui atteignait 2 centimètres d'épaisseur ; la muqueuse elle-même, hérissée de saillies, était sensiblement épaissie, et la sous-muqueuse renfermait les œufs ovoïdes du parasite. On retrouvait les mêmes lésions dans le quart inférieur de l'uretère ; l'orifice par lequel ce conduit s'ouvre dans la vessie était presque obturé par le boursouflement des tuniques, et la gêne apportée par une semblable disposition à l'excrétion de l'urine avait déterminé la formation d'une hydronéphrose atrophique à droite, et d'un rein chirurgical du côté opposé.

Il resterait à déterminer comment la présence de quelques distoma dans les veines du gros intestin peut amener la dissémination sur une aussi vaste étendue d'un nombre d'œufs considérable ; peut-être le parasite pond-il ces œufs aux limites du réseau capillaire, peut-être même, ainsi qu'on l'a

prétendu, se montre-t-il libre parfois à la surface de l'intestin?

M. Damaschino propose le renvoi du mémoire au comité de publication et l'inscription de M. Zancarol sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société.— Ces conclusions sont adoptées.

— M. *Ducastel* donne lecture du *Rapport sur les maladies régnantes* pour les mois de janvier, février et mars 1882. Pendant ce trimestre, la température moyenne a été de + 5°,4; la hauteur des eaux de pluies de 73 millimètres; la pression barométrique moyenne de 766mm,6. — La mortalité générale a atteint des proportions insolites: 4599 décès dans les hôpitaux au lieu de 4415 pendant le même trimestre de l'année 1881. Les affections des voies respiratoires, surtout les pneumonies et les pleurésies, ont offert un accroissement notable du nombre des cas; le chiffre des bronchites est resté sensiblement le même; la phthisie pulmonaire a fait des ravages plus étendus. Pendant ce trimestre, les phlegmasies pulmonaires ont présenté une marche généralement insidieuse et anomale : pneumonie : 872 malades, 300 décès; pleurésie : 424 malades, 56 décès. La diphthérie a continué sa courbe ascendante multi-annuelle; on a enregistré 795 décès pendant le premier trimestre, tandis que, pour la période correspondante, on n'en comptait que 543 en 1881 et 514 en 1880. Dans les hôpitaux, l'angine diphthéritique et le croup ont fourni 362 malades, dont 271 ont succombé; c'est une mortalité de 74 pour 100. Les fièvres éruptives ont donné les nombres suivants : rougeole : 217 malades, 25 décès; scarlatine : 146 malades, 17 décès; érysipèle : 334 malades, 37 décès. La variole a suivi son évolution saisonnière normale; les cas ont été plus nombreux que pendant le dernier trimestre de 1881, mais elle a néanmoins fléchi dans sa courbe multi-annuelle. Le coefficient mortuaire s'est montré moins élevé : 18 pour 100 au lieu de 24. La fièvre typhoïde a présenté une diminution notable sur le trimestre correspondant de 1881; on a relevé 416 décès en ville au lieu de 740; dans les hôpitaux, 848 cas et 200 décès au lieu de 1288 cas et 315 décès.

— M. *Landrieux* lit une note sur *la valeur du nombre des cicatrices vaccinales au point de vue du pronostic de la variole*. Il faut faire entrer en ligne de compte non seulement le nombre des cicatrices, mais leur caractère plus ou moins indiscutable. On peut les diviser en cicatrices légitimes et cicatrices superficielles. M. Landrieux a constaté que sur 71 malades varioleux, porteurs de plus de trois cicatrices légitimes, 3 sont morts, soit 4 pour 100, tandis que sur 98 varioleux, porteurs de 3 cicatrices légitimes ou moins, 12 sont morts, soit 12,24 pour 100. Il a également relevé les chiffres suivants : 143 varioleux avec plus de trois cicatrices superficielles ont donné 29 décès, c'est-à-dire 20 pour 100; 133 varioleux, avec trois cicatrices superficielles ou moins, ont donné 31 décès, c'est-à-dire 23 pour 100. La multiplicité des cicatrices vaccinales et leur profondeur permettent donc de porter, dans le cas de variole, un pronostic favorable. Il faut dès lors pratiquer au moins huit piqûres, surtout si l'on emploie le vaccin en tubes ou en plaques. Lors d'eczéma généralisé chez l'enfant, on pourra, ainsi que le préconise M. Guéniot, se contenter par exception d'une ou deux inoculations vaccinales.

— A cinq heures et quart la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 24 MAI 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Céphalotripsie et opération césarienne. — Amputation fémoro-rotulienne de Gritti. — Lipome de la paume de la main. — Observations sur le charbon. — Cas rare de dystocie. — Présentation de malades. — Présentation d'un instrument.

M. *Guéniot*. M. Lucas-Championnière a dit que la céphalotripsie donnait des résultats d'autant plus fâcheux que le rétrécissement était plus prononcé; après Lauth (de Strasbourg), M. Guéniot l'a démontré par la statistique. Voici une autre remarque formulée par M. Guéniot il y a seize ans déjà, au point de vue du chiffre minimum de rétrécissement pour pratiquer la céphalotripsie : il faut accepter deux chiffres, l'un pour les hommes expérimentés et l'autre pour les médecins moins experts. Dans la pratique, en effet, la céphalotripsie est exécutée par des mains plus ou moins habiles; 6 centimètres 1/2 sera la limite minimum pour les praticiens, et 4 centimètres pour les chirurgiens habiles. M. Lucas-Championnière admet cette distinction.

L'opération de Porro a été accueillie avec enthousiasme; elle répondait à un besoin. Mais les revers sont arrivés, et MM. Guéniot et Lucas-Championnière tendent à revenir à l'opération césarienne. Si on appliquait à l'opération césarienne les perfectionnements opératoires et antiseptiques, on aurait de biens meilleurs résultats. En février 1870, M. Guéniot proposait de s'arranger de façon à ce qu'il ne tombât pas de liquide dans le péritoine; il proposait d'opérer hors du ventre, non comme Muller qui tire l'utérus hors de l'abdomen, mais d'attirer l'utérus peu à peu au dehors à mesure qu'il se vide.

L'incision de l'utérus ne doit pas être grande; on diminue ainsi les chances d'hémorrhagie. L'opération de Porro paraît aujourd'hui déchoir; l'opération césarienne perfectionnée donnera des résultats très analogues à ceux de l'ovariotomie. On favorisera autant que possible l'adhérence de l'utérus à la paroi abdominale; c'est une bonne chance de guérison.

M. *Lucas-Championnière*. Quand le bassin rétréci n'a que 6 centimètres, il faut déjà un homme très habile pour pratiquer la céphalotripsie avec succès; de 6 à 4 centimètres, il y a peu de probabilités de succès. Au contraire, l'opération césarienne a donné entre les mains de tous les praticiens des guérisons. L'opération de Porro demande une certaine habileté chirurgicale.

— M. *Notta* (de Lisieux) lit une observation d'amputation fémoro-rotulienne par le procédé de Gritti. Un homme de trente-huit ans, ayant une carie des os de la jambe, entra à l'hôpital le 10 juin 1881. L'extrémité supérieure du tibia était malade. M. Notta tailla un lambeau antérieur comprenant la rotule, et fit la résection des condyles et de la face postérieure de la rotule; résection des synoviales; précautions antiseptiques. L'opération fut pratiquée le 4 août, le 25 septembre la guérison était complète. Le malade qui est terrassier, a repris ses occupations; il se sert d'un pilon; tout le poids du corps porte sur le moignon.

M. *Farabeuf*. Ce fait est intéressant parce que la soudure de la rotule a été obtenue sans réunion par première intention. Dans un cas observé en 1870 dans le service de M. Verneuil, il n'y eut pas non plus de réunion par première intention, et la rotule fut attirée en haut par le triceps; le malade ne pouvait marcher.

M. *Le Fort*. Il n'est pas bien étonnant que malgré la suppuration, la rotule se soude au fémur. Au pied, malgré la suppuration, la soudure se fait cependant. Il y a dix ou douze ans que M. Le Fort pratique ces opérations quand la chose est possible, afin de ne toucher que l'épiphyse du fémur (opération de Carden). D'abord il a conservé la rotule, espé-

rant que le malade marcherait sur cet os; mais le succès a été médiocre. Certains points de la peau supportent mal la pression; la peau de la rotule est dans ce cas. Aussi, M. Le Fort enlève la rotule comme Carden, et l'appareil prend point d'appui sur l'ischion.

M. *Farabeuf* partage l'avis de M. Le Fort; l'opéré marche rarement bien avec sa rotule.

— M. *Notta* (de Lisieux) présente un lipome de la paume de la main, enlevé sur un homme de soixante-six ans. La tumeur se trouvait dans l'éminence thénar et avait le volume d'un œuf de poule.

M. *Pozzi*. A la paume de la main, le lipome peut devenir sous-cutané, mais son point de départ est toujours profond.

M. *Trélat* a communiqué à la Société de chirurgie un cas de ce genre, il y a vingt ans; le lipome était sous-aponévrotique et se comportait comme une tumeur fluctuante; cette fausse fluctuation était perçue dans la paume de la main et au-dessus du ligament du carpe, d'où la difficulté du diagnostic.

M. *Le Fort* a aussi enlevé un de ces lipomes, il a appliqué la bande d'Esmarch et a pu constater l'origine profonde de la tumeur.

— M. *Bourguet* (d'Aix) adresse à la Société un mémoire sur le charbon, voici les conclusions de ce travail.

Les formes que le charbon peut revêtir ont de nombreuses variétés. Ces formes sont graves ou légères.

La pustule maligne et l'œdème malin peuvent s'accompagner de tumeurs secondaires, qui aggravent le pronostic.

Les injections interstitielles ou antiseptiques sont rationnelles.

Les piqûres de mouches donnent quelquefois le charbon. L'habitation avec des animaux peut donner spontanément le charbon. On peut donc prendre le charbon comme on prend la variole, mais la contagion n'a lieu qu'à une faible distance.

— M. *Guéniot* communique un cas de dystocie rare. Le 12 avril entre à l'hôpital Saint-Louis une femme en travail depuis quatre jours; âgée de trente-neuf ans, elle a eu un accouchement dix-huit ans auparavant. Le 7 avril, les douleurs avaient commencé avec des pertes de sang.

MM. Berger, Champetier de Ribes et les internes examinèrent la malade, le col était très volumineux et on n'arrivait pas à la cavité utérine. Pouls à 150. Utérus dur; la palpation ne donne aucun renseignement.

Pour la troisième fois, la malade est chloroformée. Il s'écoule de l'utérus un sang fluide et fétide. Le col est volumineux, sa cavité est spacieuse. Il est impossible de pénétrer dans la cavité utérine. Le cul-de-sac postérieur du vagin était très déprimé: dilatation sacciforme du segment postérieur de l'utérus. Pas d'ascension du col en avant.

M. Guéniot porta le doigt en avant dans le col; il découvrit un canal étroit et fermé qui conduisait au-dessus du pubis droit dans la cavité utérine. Avec de gros ciseaux, il incisa la cloison qui séparait la cavité du corps du petit canal où était le doigt, le placenta recouvrait tout le segment inférieur de l'utérus. M. Guéniot le traversa et put toucher une main.

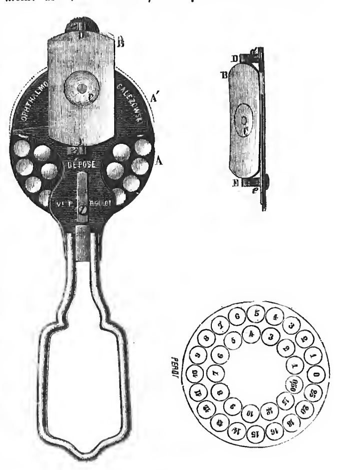
Nous avions donc un cloisonnement séparant la cavité du corps de la cavité du col utérin; une insertion vicieuse du placenta et une présentation du tronc. Impossible de faire la version. La femme meurt quelques heures après cet examen.

A l'autopsie. Insertion vicieuse du placenta, présentation du tronc, fœtus putréfié. Une valvule ou cloison séparait la cavité du corps de celle du col, cette valvule était musculo-membraneuse. Elle avait 5 à 6 centimètres de hauteur dans sa plus grande épaisseur. Ces cloisonnements horizontaux ne sont guère connus. La pièce a été présentée à la Société anatomique le 14 avril 1882.

— M. *Polaillon* présente une femme opérée d'un kyste à grains riziformes de la gaine du tendon fléchisseur de l'indicateur droit; guérison sans suppuration.

— M. *Pozzi* présente un homme chez lequel il a fait une résection tibio-tarsienne, pour remédier à une déformation considérable, suite de fracture bi-malléolaire; cet homme ne pouvait marcher. Aujourd'hui le malade marche avec un certain degré d'équinisme.

— M. le docteur *Labbée* présente un ophthalmoscope à double foyer du docteur Galézowski. Il n'est aujourd'hui douteux pour personne que l'éclairage du fond de l'œil à l'image renversée, exige un miroir avec un foyer long au moins de 25 centimètres; mais pour l'examen à l'image



droite, ce même miroir présente des inconvénients, car les rayons lumineux sont dispersés dans le fond de l'œil, et donnent par conséquent moins de clarté en concentrant un foyer trop en arrière de la rétine. Les miroirs à foyer très court, comme ceux de Coccius (où le miroir est placé, combiné avec une lentille convexe), de Parent, etc., donnent au contraire la lumière très vive et concentrant sur la rétine elle-même.

Réunir les deux conditions d'éclairage dans le même miroir, tel était le but que le docteur Galézowski s'est proposé d'atteindre, en faisant construire ce nouvel ophthalmoscope. L'expérience lui a démontré qu'on peut faire un très large trou au centre du miroir, sans que l'éclairage à l'image renversé en soit sensiblement troublé. De même en plaçant au centre du miroir ophthalmoscopique à long foyer un autre petit miroir à court foyer de 6 centimètres, on ne compromet nullement la clarté de l'image renversée, et on a pour l'image droite un éclairage bien plus net qu'avec les autres miroirs. L'ophthalmoscope de M. Galézowski sert à la

définition des différents degrés d'hypermétropie et de myopie, et il n'y a qu'une seule roue qui contient les verres convexes et concaves; les deux systèmes de verres sont placés dans deux cercles concentriques. Les verres concaves se trouvent à la périphérie de la roue, numéros 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 25. Les verres convexes 0,50, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15, se trouvent dans la même roue plus près du centre.

Cette roue par un simple glissement, présente devant l'ouverture du miroir les deux séries de verres à la volonté de l'observateur. Pour l'examen à l'image droite, il y a un grand avantage à ce que le miroir puisse avoir une position inclinée, ce qui a été obtenu dans cet ophthalmoscope par un mécanisme très simple, qui permet de l'incliner un peu plus ou un peu moins jusqu'à 35 degrés. Cet instrument a été exécuté par la maison Roulot, il est très léger, facile à manier, et les verres peuvent être nettoyés, sans qu'on ait besoin de le démonter. Le manche qui se replie dans l'instrument en réduit le volume de moitié et vient alors protéger le miroir. La figure est grande d'exécution.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 27 MAI 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GRIMAUX, VICE-PRÉSIDENT.

Action de la brucine (M. Wintzenried) : M. J.-L. Prévost. — Rapport des poids atomiques et de la toxicité des métaux : M. Rabuteau. — Les origines de la métallothérapie : M. Burq.

M. *J.-L. Prévost* présente à la Société les résultats d'expériences faites sur l'action de la brucine par M. Wintzenried : ces recherches ont été dirigées par M. Prévost et exécutées dans son laboratoire à Genève.

La brucine avait été étudiée par M. Monnier (de Genève) au point de vue de son action sur la grenouille; l'auteur avait constaté que le chlorhydrate de brucine agit à la façon du curare, comme poison paralyso-moteur sur la grenouille verte, tandis qu'il est un poison convulsivant pour la grenouille rousse. M. Wintzenried a repris ces expériences et est arrivé aux résultats suivants:

Chez la grenouille verte la brucine et tous ses sels agissent à la fois comme un paralyso-moteur (action périphérique) et comme un poison convulsivant (action médullaire); mais le premier de ces effets empêche l'autre de se manifester. Ce n'est que par l'interruption de la circulation dans une partie du corps qu'on peut mettre en évidence l'action convulsivante. Chez la grenouille rousse, au contraire, les effets convulsivants apparaissent les premiers, et ce ne sont que les fortes doses qui déterminent les phénomènes paralysomoteurs. La brucine, chez les animaux à sang chaud, agit, l'énergie à part, comme la strychnine : l'asphyxie paraît être la principale cause de la mort (thèse de Genève, 5 mai 1882).

— M. *Rabuteau* revient, à propos d'une critique faite par lui dans la dernière séance des expériences de M. Ch. Richet, sur la loi qu'il a formulée relativement au rapport des poids atomiques et du degré de toxicité des métaux.

Dans sa thèse de 1867, l'auteur a ainsi exprimé ce rapport : « Les métaux sont d'autant plus actifs que leur poids atomique est plus élevé ou que leur chaleur spécifique est plus faible ». Non point qu'un métal dont le poids atomique est double de celui d'un autre, soit deux fois plus actif que ce dernier; la formule précédente exprime seulement qu'il l'est davantage.

L'exception qui paraissait se présenter pour la toxicité du cuivre, à l'époque où l'on considérait ce métal comme un violent poison, n'existe plus aujourd'hui que les travaux de Pécholier et Saint-Pierre, et surtout ceux de Galippe, ont démontré que ce métal n'est pas plus toxique que ne l'indique la loi ci-dessus. Au contraire, ainsi que l'a dit Husemann en 1876, le rubidium est moins toxique que le potassium, fait en contradiction avec la loi de Rabuteau ; mais l'auteur lui-même avait été le premier à connaître, d'après les expériences de Grandeau (1863) que le rubidium fait exception.

Quant au lithium sur lequel s'élève actuellement un débat, c'est le métal de la série magnésienne qui, à poids métalliques égaux, peut être injecté dans l'organisme aux doses les plus élevées parmi ceux de la même série, sans provoquer immédiatement la mort. Les accidents produits tardivement par les doses fortes, résultent de phénomènes chimiques qui ne permettent guère de ranger le lithium parmi les métaux alcalins.

Venant ensuite à la critique des expériences de M. C. Richet, M. Rabuteau fait remarquer que l'immersion de poissons dans des solutions aqueuses de sels métalliques, ainsi que l'arrosage du cœur d'une grenouille avec les mêmes solutions, constituent des procédés expérimentaux défectueux. On sait bien que les branchies des poissons sont attaquées chimiquement ou altérées physiquement dans ces conditions, tout comme le cœur de la grenouille qui subit de profondes altérations de sa structure. Par conséquent toutes les conclusions d'expériences faites par ces procédés sont à priori entachées d'erreur.

— M. *Burq* annonce son intention de révéler les origines de la métallothérapie ou *burquisme;* il commence par exposer les rapports de ce qu'on appelle le magnétisme et l'hypnotisme; cite les expériences de Fischer, de A. d'Espine, et remet la suite de son exposé à de prochaines communications.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 24 MAI 1882. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Injections hypodermiques d'éther: M. Féréol. — Poudres de viande et de lentilles: M. Dujardin-Beaumetz.

M. *Féréol* a employé dans diverses circonstances les *injections hypodermiques d'éther*, comme stimulant et excitant diffusible, chez des malades offrant un état adynamique grave et menaçant. Il résume les observations qui lui ont paru les plus concluantes, relativement à l'action thérapeutique de ces injections. — Chez un interne des hôpitaux, atteint de fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique, compliquée de syncopes inquiétantes et prolongées, il eut recours aux injections sous-cutanées d'éther; chaque injection était d'un centimètre cube, et l'on en fit trois par jour en moyenne. Ces injections étaient pratiquées en un point quelconque des téguments, avec un soin minutieux pour faire pénétrer la pointe de l'aiguille au-dessous du derme, dans le tissu cellulaire sous-cutané; malgré ces précautions, elles furent suivies d'un certain nombre d'abcès. Sous leur influence les forces du malade se relevèrent d'une façon notable, le mieux-être s'accentua, l'état syncopal disparut et il guérit en dépit du pronostic grave qui avait été porté. — Chez une jeune fille, à l'hôpital Beaujon, M. Féréol prescrivit les injections d'éther pour combattre un état inquiétant d'anémie et de faiblesse survenu au cours d'une dothiénentérie à marche anomale, qui avait simulé pendant quelque temps la granulie et s'était compliquée de « phlegmatia alba dolens » des deux jambes. Les injections furent faites deux fois par jour et amenèrent promptement une amélioration notable de l'état général de la malade. Une petite eschare se produisit à l'avant-bras gauche, dans un point où l'injection d'éther, pratiquée par un élève du service, était restée intradermique. La gué-

rison fut complète. — Chez une autre malade, épuisée par une abondante métrorrhagie puerpérale, et souffrant d'une double phlegmatia accompagnée d'œdème considérable remontant jusqu'à la ceinture, M. Féréol employa les injections sous-cutanées d'éther pour combattre un état syncopal alarmant. Trois injections furent tout d'abord pratiquées en moins d'une heure : l'effet fut rapide et nettement appréciable, la chaleur des téguments reparut en même temps qu'un état de bien-être marqué, et les symptômes alarmants furent promptement conjurés : on continua les injections pendant un temps assez long, et la malade guérit. Il ne se produisit aucun abcès dans ce cas. — Enfin le même traitement eut un égal succès chez une femme de quatre-vingt-trois ans, atteinte d'insuffisance aortique ancienne, et présentant des poussées aiguës de catarrhe pulmonaire à forme suffocante. Les injections furent continuées pendant une dizaine de jours et les accidents graves disparurent; il survint à l'avant-bras un abcès, compliqué de phlegmon assez étendu, à la suite d'une injection pratiquée par la sœur garde-malade, et qui n'avait pas dépassé les limites du derme. M. Féréol a observé un certain nombre de cas analogues dans sa pratique, mais ceux qu'il rapporte lui ont paru les plus probants en faveur de l'action thérapeutique remarquable des injections d'éther; il croit pouvoir leur attribuer la guérison de plusieurs malades qui eussent succombé sans cela d'une façon presque certaine. On peut redouter la production d'abcès sous-cutanés, mais cet accident semble dû presque toujours à une faute dans le manuel opératoire; d'ailleurs c'est là un minime inconvénient relativement aux précieux avantages que l'on retire de ce mode de traitement.

M. *Moutard-Martin* a pratiqué une fois l'injection sous-cutanée d'éther chez un jeune homme atteint de fièvre typhoïde grave; ce malade était dans un état d'algidité très accentuée, et paraissait devoir succomber en quelques heures. Il fut ranimé par les injections, la température se releva et le pouls reprit une certaine ampleur; mais la mort survint au bout de quarante-huit heures. Si la guérison ne put être obtenue dans ce cas, du moins l'efficacité du traitement fut incontestable. — Chez une malade, âgée de quarante-deux ans, et présentant tous les symptômes du choléra, cyanose, algidité, absence du pouls, crampes, anurie, diarrhée, les injections d'éther triomphèrent très rapidement de l'algidité et des crampes; la guérison fut obtenue. — Chez une autre malade, observée à l'Hôtel-Dieu, et qui présentait également des symptômes cholériformes très accentués, l'action stimulante de l'éther injecté sous la peau fut aussi très remarquable; la malade succomba néanmoins et l'autopsie permit de constater une péritonite purulente généralisée.

— M. *Dujardin-Beaumetz* dépose sur le bureau de la Société plusieurs échantillons des *poudres alimentaires* employées par M. Debove pour le gavage des phthisiques. Ces poudres, qui peuvent être également bien employées pour l'alimentation des dyspeptiques, des anémiques, etc., sont de quatre sortes : 1° *la poudre de viande pure*, fabriquée avec de la chair musculaire de cheval, cuite, desséchée à l'étuve à 110 degrés et pulvérisée. Elle se vend 10 francs le kilogramme dans le commerce et 8 francs pour les hôpitaux; 2° *la poudre de filet de bœuf*, qui présente une coloration rouge plus foncée et qui coûte 15 francs pour les hôpitaux et 20 francs dans le commerce. Ces deux poudres, d'un goût assez agréable, sont incorporées facilement dans un potage ou dans des œufs brouillés; leur prix de revient n'est pas aussi élevé qu'on pourrait le croire tout d'abord, puisque un kilogramme de ces poudres représente 6 kilogrammes de viande fraîche; 3° *la poudre de lentilles*, préparée d'une façon analogue, avec des lentilles cuites, desséchées, puis réduites en farine, et qui coûte 2 francs le kilogramme. Elle est très semblable à la farine dite *Revalescière*, qui renferme, comme principe dominant, des lentilles cuites; elle présente un goût épicé fort apprécié des malades; 4° *la poudre de filet de bœuf et de lentilles*, composée d'un mélange à parties égales des deux poudres précédentes, et qui se vend 12 francs le kilogramme. — Le pouvoir nutritif de ces diverses préparations est considérable et leur digestibilité est extrême; elles offrent sur la viande crue le double avantage d'être plus agréables au goût, et de ne pouvoir occasionner le développement du tænia chez les malades auxquels on les administre. M. Dujardin-Beaumetz les emploie pour l'alimentation des brightiques, concurremment avec le régime lacté, et retire de cette méthode d'excellents effets, sur lesquels il se réserve de revenir ultérieurement.

M. *Tanret* fait observer que la farine connue sous le nom de *Revalescière*, et qui renferme de l'ipéca, du jalap et du nitrate de potasse en petites quantités, est préparée avec des lentilles qu'on a fait germer avant de les soumettre à la mouture. La germination, plus encore que la cuisson, transforme les principes amylacés partie en dextrine, partie en glycose et développe une certaine quantité de diastase; la digestibilité de la farine est par cela même notablement accrue. Il sait d'ailleurs que l'on se propose d'employer le même artifice pour préparer la poudre de lentilles préconisée pour le gavage des phthisiques.

M. *Catillon* pense que la température de 110 degrés, à laquelle la viande est portée dans l'étuve avant d'être réduite en poudre, est trop élevée; en effet, l'albumine coagulée à partir de 70 degrés est d'une digestibilité bien moindre que celle qui est desséchée à une température plus basse.

M. *Tanret*. La viande est en effet desséchée tout d'abord à l'étuve, à une température inférieure à 70 degrés; ce n'est qu'ensuite qu'on porte la température à 110 ou 120 degrés pour détruire les germes des parasites qu'elle pourrait renfermer. Or on sait que l'albumine, desséchée au-dessous de son point de coagulation, peut ensuite supporter une température bien plus élevée sans rien perdre de sa digestibilité.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Étiologie et traitement des spasmes professionnels, par M. le docteur Dally.

Dans ce travail, qui s'appuie sur plusieurs observations très remarquables, l'auteur s'applique à démontrer que les spasmes fonctionnels désignés sous le nom de *crampe des écrivains* guérissent habituellement sous l'influence d'un traitement rationnel et que les tremblements, les contractures, les impotences liés à des lésions cérébrales préexistantes sont presque toujours incurables. Il est assez difficile d'admettre l'opinion qu'il exprime lorsqu'il déclare que la crampe des écrivains, étant due à de mauvaises habitudes, il serait utile de n'apprendre l'écriture qu'à l'âge de sept ans environ et de n'écrire tout d'abord qu'avec un crayon. Nous croyons, au contraire, que l'écriture se déforme et que les *mauvaises habitudes*, c'est-à-dire la manie de serrer trop énergiquement le manche de la plume, se gagnent à la longue et ne s'observent guère que chez les écrivains de profession, chez tous ceux qui, écrivant très vite pour arriver plus rapidement à exprimer leurs pensées, arrivent peu à peu à écrire mal. Mais on ne peut lire sans intérêt tous les conseils donnés par l'auteur et les indications thérapeutiques que lui dicte sa longue expérience. (*Journal de thérapeutique*, 1881.)

BIBLIOGRAPHIE

La technique de la palpation et de la percussion à l'usage des étudiants en médecine, par le docteur C. LASÈGUE et le docteur J. GRANCHER. — Paris, Asselin, 1882.

Nous avons déjà dit, en parlant du *Manuel d'auscultation pulmonaire*, écrit par M. Lasègue (*Gaz. hebd.*, 1881, p. 110), tout le bien que nous pensons de ces petits traités de technique dans lesquels on peut trouver, résumés en peu de lignes, les notions les plus utiles et les préceptes les plus immédiatement applicables à l'étude de la clinique médicale. Nous exprimions alors le vœu que cette publication si modeste en apparence, si profitable en réalité, fût continuée et complétée. En associant à l'œuvre de vulgarisation qu'il a entreprise, l'un de nos confrères les plus dignes de la mener à bonne fin, M. le professeur Lasègue nous promet que bientôt nous pourrons compter, à côté des traités de diagnostic qui méritent d'être recommandés, une série de manuels que tous les étudiants auront entre les mains. La technique de la palpation et de la percussion prêtait, aussi bien que la technique de l'auscultation pulmonaire, à des considérations que seul pouvait faire bien ressortir un clinicien expérimenté. En écrivant les pages qu'il s'était réservées, M. Lasègue a montré cette fois encore qu'un maître éminent sait trouver, sur les sujets en apparence les plus rebattus, des idées neuves à exposer. On en aura la preuve en lisant ce qu'il dit au sujet de l'asymétrie crânienne aussi bien que lorsqu'il s'occupe des déformations thoraciques. Nous devons regretter toutefois qu'il n'ait pas cru devoir insister davantage sur les résultats que donne l'étude des vibrations thoraciques. Quelques lignes consacrées à ce sujet si important nous paraissent peu en rapport avec l'intérêt clinique du sujet et une critique sérieuse de quelques observations dont nous avons en vain cherché à reconnaître l'exactitude nous semblaient mériter l'attention d'un clinicien aussi consciencieux que le savant professeur de la Faculté de Paris. Nous signalerons aussi, dans cette première partie, une lacune qu'un nouveau fascicule viendra sans doute combler, celle de la palpation du cœur et des gros vaisseaux. M. Grancher a traité de la percussion du cœur, en faisant remarquer que la palpation donnait plus de résultats utiles. On doit regretter que M. Lasègue n'ait pas, dans le même ouvrage, songé à esquisser les préceptes nécessaires pour reconnaître, à l'aide de la palpation, les nombreux signes diagnostiques que révèle l'examen du cœur, des artères et même des veines.

La technique de la percussion due à M. le docteur Grancher est traitée avec assez de développement. Comme l'avait déjà fait M. Lasègue, M. Grancher insiste pour montrer que l'on ne saurait par un seul procédé d'exploration arriver à un diagnostic précis, mais il montre aussi que, parmi les méthodes qui sont à la disposition du médecin praticien, la percussion est l'une des plus précieuses et des plus utiles. Dès les premières pages de son manuel, alors qu'il parle de la percussion sur le doigt et qu'il la recommande de préférence à la percussion pratiquée avec un marteau sur un plessimètre, notre savant confrère montre combien il a étudié les questions dont il s'occupe. Il en donne une preuve nouvelle en essayant de classer les tonalités du son obtenu par la percussion et en conseillant de ne pas définir par des mesures mathématiques + ou — toutes les différences que font ressortir une percussion méthodique. Tous ceux qui connaissent les études de M. Grancher sur la tuberculose pulmonaire ne s'étonneront point de l'exactitude des renseignements qu'il fournit sur la variabilité des symptômes plessimétriques constatés dans le cours de la maladie. Peut-être cependant regretteront-ils, avec nous, que le peu de place qu'il pouvait consacrer à ce sujet ne lui ait pas permis d'insister davantage encore sur l'importance et les caractères des matités et des submatités du sommet dans les cas d'infiltration tuberculeuse et surtout dans les cas de congestion périphérique. L'étude de la région interscapulaire mérite à ce point de vue toute l'attention de ceux qui recherchent, dès leur début, les signes caractéristiques d'une induration pulmonaire. Les pages consacrées à l'examen plessimétrique du cœur, du foie, de la rate, etc., au point de vue physiologique aussi bien qu'au point de vue pathologique, doivent aussi être signalées. Nous ne ferons donc à cet excellent manuel qu'un seul reproche : la concision, la réserve avec lesquelles il est rédigé sont peut-être excessives. Il eût été bien intéressant de suivre les auteurs dans des développements un peu plus complets de sujets dont l'intérêt ne saurait être méconnu, et que tous deux ils possèdent si bien. C'est un vœu que nous exprimons pour une nouvelle et prochaine édition.

L. LEREBOULLET.

Index bibliographique.

TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE, BASÉ SUR LES INDICATIONS, suivi d'un *Précis de thérapeutique et de posologie infantiles et de notions de pharmacologie usuelle sur les médicaments signalés dans le cours de l'ouvrage.* (Ouvrage couronné par l'Académie de médecine. Prix Desportes.) 2e tirage, augmenté d'un appendice résumant les progrès récents de la thérapeutique appliquée. — Paris, 1882. 2 vol. gr. in-8° de 800 pages chacun. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Nous avions promis le succès à l'ouvrage de M. le professeur Fonssagrives (*Gaz. hebd.*, 1878, p. 158 et 658), et le prix dont l'Académie de médecine l'a récompensé était une garantie sûre de la justesse de notre horoscope. Un second tirage de ce livre vient de paraître. Soucieux de se maintenir exactement au niveau de l'état actuel de la science, l'auteur y a ajouté un appendice résumant les progrès accomplis depuis trois ans en thérapeutique appliquée. On a ainsi sous les yeux le tableau complet des connaissances aujourd'hui acquises sur cette branche si importante des sciences médicales.

RECHERCHES CLINIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES SUR LES AFFECTIONS CUTANÉES D'ORIGINE NERVEUSE, par M. LELOIR, thèse de Paris. — Delahaye et Lecrosnier, avec 4 planches en chromolithographie, 1882.

Travail fort remarquable où l'auteur consigne non seulement les faits recueillis avant lui, mais encore les résultats de recherches personnelles nombreuses. Il montre, en s'appuyant à la fois sur les données cliniques et l'anatomie pathologique, qu'un grand nombre d'altérations cutanées reconnaissent une origine nerveuse; cela est surtout vrai pour la lèpre, le mal perforant, le zona; il en est ainsi, dans bien des cas, pour le vitiligo, l'ecthyma, le pemphigus diutinus, peut-être aussi pour l'ichthyose et certains eczémas. Le processus anatomique qui préside à ces lésions cutanées est la névrite parenchymateuse, qui tantôt est primitive, tantôt secondaire à des lésions du système nerveux central.

DU VOMISSEMENT FÉCALOÏDE DANS LES AFFECTIONS DU PÉRITOINE, par M. H. LEDUC, thèse de Paris. — A. Parent, 1881.

La plupart des auteurs voient dans le vomissement fécaloïde un signe pathognomonique d'un obstacle mécanique au cours des matières fécales; dans ce travail intéressant, fondé sur dix-sept observations, M. Leduc montre qu'on le rencontre aussi dans diverses affections, surtout aiguës, du péritoine. Le mécanisme de ces vomissements fécaloïdes est d'ailleurs le même que celui de tout vomissement; mais, en dehors de la contraction du diaphragme et des muscles abdominaux, il faut invoquer un état paralytique de l'intestin pour expliquer le reflux des matières intestinales dans l'estomac. Ajoutons que les dix-sept cas cités furent tous suivis de mort.

VARIÉTÉS

DÉCRETS ASSURANT L'AUTONOMIE DU CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

Nous reproduisons ci-dessous les principales dispositions des deux décrets qui, en exécution de la loi du 16 mars 1882, déterminent les attributions des médecins de l'armée et instituent une direction du service de santé. Nous n'avons point à faire ressortir ici l'importance de ces documents: Tous ceux qui ont suivi les pénibles phases par lesquelles a passé la discussion de la loi sur l'administration de l'armée, tous ceux qui ont vu les différents ministres de la guerre opposer une fin de non recevoir aux légitimes revendications des médecins militaires seront, comme nous, satisfaits du progrès enfin réalisé par ces nouveaux décrets. Ils remercieront M. le général Billot qui n'a point hésité à accepter toutes les conséquences de la loi votée par les Chambres et qui s'est empressé, sans attendre le vote de nouveaux crédits, de nommer au grade de médecin inspecteur général celui des médecins militaires qu'il savait le plus digne d'inaugurer ces hautes fonctions. Le rapport que vient d'adresser au président de la République le nouveau ministre de la guerre, donne pleine et entière satisfaction aux vœux que nous avons souvent exprimés. Pour assurer d'une manière définitive le fonctionnement du service de santé, il importe que M. le général Billot désigne, pour le placer à la tête de la direction qu'il vient de créer, un médecin inspecteur qui connaisse bien tous les détails d'une organisation très complexe et qui sache s'entourer d'auxiliaires aussi au courant de ce qui se fait dans les nations où l'autonomie du service de santé militaire a été décidée depuis de longues années, que prêts à entreprendre avec énergie une tâche qui ne sera point exempte de difficultés.

Article premier. — La direction du service de santé est exercée dans l'armée, à l'intérieur et en campagne, par les médecins militaires, sous l'autorité du commandement.

Art. 2. — Les personnels militaires concourant à l'exécution du service comprennent :

1° Le corps de santé militaire (médecins et pharmaciens);
2° Les officiers d'administration du service de l'intendance;
3° Des détachements d'infirmiers militaires;
4° Eventuellement, des détachements du train des équipages militaires ou d'autres troupes;
5° Le personnel civil attaché d'une manière permanente ou temporaire à ce service.

DIRECTION CENTRALE

Art. 3. — Une direction du service de santé est chargée, sous les ordres immédiats du ministre, de traiter toutes les questions se rapportant soit au personnel, soit au matériel et aux approvisionnements de toute nature nécessaires au service.

Cette direction a dans ses attributions : le personnel des médecins et pharmaciens militaires ; l'École de médecine et de pharmacie militaires ; le matériel des hôpitaux et ambulances.

Art. 4. — Le Conseil de santé des armées est supprimé.

Le Comité consultatif de santé, créé par l'article 40 de la loi du 16 mars 1882, est composé du médecin inspecteur général, président, de cinq médecins inspecteurs désignés par le ministre, et du pharmacien inspecteur.

Un médecin du grade de principal ou de major, est attaché au comité en qualité de secrétaire.

Les attributions et le fonctionnement du Comité consultatif de santé sont analogues à ceux des comités consultatifs d'administration et des différentes armes.

DIRECTION DE CORPS D'ARMÉE

Art. 5. — A chaque gouvernement militaire et à chaque corps d'armée est attaché un médecin inspecteur ou principal directeur du service de santé, qui peut être, en même temps, le médecin chef de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice civil du chef-lieu.

Il a l'autorité d'un chef de corps sur tout le personnel concourant à l'exécution du service de santé dans les établissements hospitaliers de la région du corps d'armée:

Il exerce son action, au point de vue technique, sur tous les médecins attachés aux corps de troupe. La correspondance qui s'établit, en vertu de cette action, entre le médecin d'un corps de troupe et le médecin directeur régional, doit passer par l'intermédiaire du chef de corps:

Il propose au général commandant la désignation des médecins des corps qui, aux termes de la loi du 7 juillet 1877, doivent faire le service dans les hospices civils, ainsi que de ceux qui doivent assister les conseils de revision.

Il propose aussi la désignation des médecins et pharmaciens civils qui peuvent être requis pour assurer le service de santé militaire.

Il tient les contrôles des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale désignés pour les corps et les services de la région, et peut être chargé par le commandement de l'inspection de tous les médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale domiciliés dans la région.

Il établit ou reçoit, annote s'il y a lieu, et transmet à qui de droit, les propositions concernant l'avancement et l'admission ou l'avancement dans la Légion d'honneur, faites en faveur du personnel désigné à l'article 2.

Art. 6. — Le médecin directeur du service de santé surveille d'une manière permanente le matériel des hôpitaux et ambulances, ainsi que le matériel médical des corps de troupe ; il s'assure que ce matériel est au complet déterminé par les règlements et disponible pour le service.

Il adresse au général commandant ses demandes à ce sujet.

Il prend part aux conférences concernant les travaux de construction des établissements hospitaliers et des infirmeries régimentaires; ses avis sont consignés aux procès-verbaux desdites conférences. Il est également consulté, au point de vue de l'hygiène, sur les questions concernant le casernement.

Il donne son avis sur tous les projets de convention avec les hospices civils.

Il soumet au général commandant ses propositions relatives aux mesures d'hygiène nécessaires au bon état sanitaire des troupes.

Il centralise les documents relatifs à la statistique médicale et établit celle du corps d'armée. Toute sa correspondance avec le ministre passe par l'intermédiaire du commandant du corps d'armée.

SERVICE HOSPITALIER

Art. 7. — Dans chaque hôpital militaire et dans chaque ambulance, le médecin chef a autorité, en ce qui concerne l'exécution du service et la police de l'hôpital, sur tout le personnel militaire ou civil attaché à l'établissement, d'une manière permanente ou temporaire. Il a l'initiative des propositions pour l'avancement dans la hiérarchie, pour l'admission ou l'avancement dans la Légion d'honneur. Il a le droit de punition disciplinaire attribué aux officiers supérieurs. Néanmoins, en ce qui concerne la police et la discipline générales, ainsi que l'administration intérieure des corps, les infirmiers et troupes détachées ne cessent pas de relever de leurs chefs directs.

Dans les hospices civils auxquels est attaché un personnel militaire, le médecin militaire chef de service exerce son action sur ce personnel dans les mêmes conditions.

Art. 8. — Le médecin chef prend part aux conférences concernant les travaux de construction, d'appropriation, d'affectation et d'amélioration des locaux destinés au service de l'hôpital ou de l'ambulance; ses avis sont consignés aux procès-verbaux desdites conférences. Il peut également être consulté sur les questions concernant le casernement, au point de vue de l'hygiène des troupes.

Le médecin militaire chef de service dans un hospice civil est toujours consulté sur les projets de convention à établir avec la commission administrative de l'hospice, ainsi que sur les modifications proposées auxdites conventions. Il adresse ses demandes et observations à la commission administrative, et rend compte au médecin directeur du corps d'armée, qui prend, au besoin, les ordres du commandement.

Art. 9. — Dans chaque hôpital militaire et dans chaque ambulance, la gestion est confiée au pharmacien le plus élevé en grade et à l'officier d'administration comptable, chacun en ce qui le concerne, sous l'autorité du médecin chef.

Le médecin chef et les gestionnaires se réunissent périodiquement en commission pour discuter les affaires d'administration. Sur l'ordre du ministre de la guerre, la commission peut, s'il y a

lieu, être transformée en conseil d'administration analogue aux conseils d'administration des corps de troupe.

Art. 10. — Toutes les dépenses du service de santé sont ordonnancées par le service de l'intendance.

Le fonctionnaire de ce service ordonnateur s'assure de la régularité de toutes les dépenses; il procède à toute vérification périodique ou inopinée qu'il juge utile, ou qui lui est prescrite par le commandement, pour s'assurer de la présence des hommes, du bon emploi des deniers et du matériel, enfin de la ponctuelle exécution des lois, règlements et instructions relatifs à l'administration.

Le gestionnaire intéressé assiste aux constatations et vérifications faites par le service de l'intendance; le médecin chef y assiste s'il le juge utile ou s'il en a reçu l'ordre du commandement.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 11. — Des règlements et des instructions ministérielles fixeront les points de détail concernant l'application du présent décret.

Art. 12. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 27 mai 1882.

Jules Grévy.

Par le président de la République :

Le ministre de la guerre,

Billot.

Article premier. — Il est créé au ministère de la guerre une septième direction qui prendra le titre de : Direction du service de santé.

Art. 2. — Cette direction comprendra un bureau des hôpitaux, qui aura dans ses attributions :

1° Personnel, organisation, inspection, état civil et militaire des officiers du corps de santé, médecins et pharmaciens. — Rapports avec la direction de l'artillerie et celle des services administratifs en ce qui concerne le matériel, la répartition des troupes du train des équipages militaires, des officiers d'administration et des infirmiers détachés pour assurer le service de santé. — Ecole de médecine et de pharmacie militaires. — Recrutement des élèves.

2° Hôpitaux militaires. — Surveillance du matériel d'hôpitaux et d'ambulances, ainsi que des approvisionnements de réserve. — Centralisation de toutes les affaires soumises au Comité consultatif de santé. — Statistique médicale. — Recueil des mémoires de médecine, etc. — Instruction technique. — Constitution et répartition du matériel technique pour le temps de paix et le temps de guerre. — Création et suppression des hôpitaux fixes et temporaires, des dépôts de convalescents, etc.

Art. 3. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 27 mai 1882.

Jules Grévy.

Par le président de la République :

Le ministre de la guerre,

Billot.

Société de médecine pratique de Paris. — *Prix biennal de 300 francs.* — La Société décernera, au mois de janvier 1883, un prix de 300 francs à l'auteur du meilleur travail, manuscrit et inédit, qui lui aura été communiqué. — La période du concours sera close au 5 octobre prochain. Les candidats sont invités à envoyer avant cette époque leur manuscrit et le pli cacheté contenant leur nom et le titre de leur travail.

Concours. — Le concours pour trois places de médecins du Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Moizard, Déjerine et Gombault.

Récompenses. — Dans sa séance solennelle du dimanche 11 mai, la Société nationale d'encouragement au bien a décerné une médaille d'honneur et un diplôme à M. Lassègue (Louis), élève au Val-de-Grâce, et à M. Bataillard (André), étudiant en médecine, qui ont donné leur sang pour une opération de transfusion récemment pratiquée à l'hôpital Cochin. Les mêmes récompenses ont été accordées à MM. les docteurs Brame, Duchaussoy, Grellety, Huguet, Lafage, Lucciardi et Noskowski.

Faculté de médecine de Paris. — Les concours ouverts en 1881 pour le prix Chateauvillard, Montyon et Corvisart, viennent de se terminer par les résultats suivants, votés par l'assemblée des professeurs dans sa séance du 25 de ce mois :

A. *Prix Chateauvillard.* — Ce prix, d'une valeur de 1500 francs, est décerné à M. le docteur Dujardin-Beaumetz pour ses *Leçons de clinique thérapeutique.* Une récompense de 500 francs est attribuée à titre d'encouragement à M. le docteur Doléris pour *la Fièvre puerpérale et les organismes inférieurs.*

B. *Prix Montyon.* — Ce prix n'est pas décerné, mais sont accordées à titre d'encouragement : 1° une somme de 400 francs à M. le docteur Caradec (de Brest), auteur d'un mémoire ayant pour titre : *Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde ;* 2° une somme de 300 francs à M. le docteur Liégeois, de Bainvilles-aux-Saules (Vosges), auteur d'un travail intitulé : *Histoire d'une épidémie de rougeole qui a sévi pendant les mois d'octobre, novembre et décembre* 1880.

C. *Prix Corvisart.* — Le prix a été accordé à M. Rabion (Martial), auteur du mémoire intitulé : *Des pleurésies.*

La Faculté a décidé de donner comme sujet de prix, pour cette année, la question suivante : *Description de l'ataxie locomotrice progressive.* Les mémoires seront reçus jusqu'au 1er décembre 1882. — Pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat.

Nécrologie. — Nous avons la douleur d'apprendre la mort de M Léon Thillet, âgé de vingt-trois ans, étudiant en médecine de quatrième année, décédé le 27 mai à la suite d'une angine diphthéritique, contractée à l'hôpital des Enfants malades.

Mortalité a Paris (21e semaine, du jeudi 18 au jeudi 25 mai 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1326, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 50. — Variole, 23. — Rougeole, 41. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 60. — Dysentérie, 3. — Erysipèle, 10. — Infections puerpérales, 12. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 80.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 227. — Autres tuberculoses, 19. — Autres affections générales, 89. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 61. — Bronchite aiguë, 28. — Pneumonie, 91. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 71; au sein et mixte, 39; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 129; de l'appareil circulatoire, 67; de l'appareil respiratoire, 85; de l'appareil digestif, 42; de l'appareil génito-urinaire, 28; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 0; épuisement, 1; causes non définies, 0. — Morts violentes, 36. — Causes non classées, 5.

Conclusions de la 21e semaine. — Les nombres qu'enregistre le présent bulletin s'appliquent à une période de huit jours; il convient, pour comparer la mortalité générale de la semaine écoulée à celle des autres semaines, de déduire 1/8e du chiffre total. En procédant ainsi, on reconnaît que le nombre des décès survenus pendant ces derniers jours ne s'écarte pas sensiblement des nombres des décès qui ont été constatés pour les 18e et 19e semaines.

Les maladies épidémiques dont l'importance s'est accrue sont la fièvre typhoïde et l'infection puerpérale. La variole est demeurée stationnaire. On notera seulement que, sur les 23 décès causés par cette affection, 11 ont été fournis par les quartiers limitrophes de la Roquette, Sainte-Marguerite et des Quinze-Vingts, qui tous les trois avoisinent l'hôpital Saint-Antoine, dont les salles renfermaient 76 varioleux à la date du 21 mai.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imprimerie Émile Martinet, rue Mignon, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

ERRATA. — Dans l'article relatif au divorce, n° 22, p. 358, 1re colonne, 58e ligne, *au lieu de* entre les plus redoutables maux..., la folie,... est une de celles qui risquent le moins de troubler la paix du foyer, *lire* est un de ceux... — Page 359, 1re colonne, 28e ligne, *au lieu de* la vie physique et la vie intellectuelle achèvent de le dissoudre dans un coin d'asile, *lire* de se dissoudre dans un coin d'asile.

Paris, 8 juin 1882.

LA CLASSE DES ASSOCIÉS LIBRES. — DE LA LITHOTRITIE A SÉANCES PROLONGÉES. — L'EXPOSITION DES PROJETS ET MODÈLES D'ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES. — L'HUILE DE FAÎNE.

Académie de médecine : La classe des associés libres.

On comprend le sentiment qui nous a empêchés d'initier le lecteur aux incidents du comité secret du 9 mai, dans lequel ont été discutées les modifications à introduire dans l'article 2 du règlement relatif à la classe des associés libres. Mais aujourd'hui que, en séance publique, M. le secrétaire perpétuel a fait connaître ces modifications approuvées et rendues réglementaires par un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, il est permis à la *Gazette hebdomadaire* d'en dire son avis.

L'article 2 sera désormais rédigé dans les termes suivants : « Les membres associés libres *peuvent* être au nombre de dix. Ils seront choisis parmi les savants, les administrateurs d'un ordre élevé ou toutes autres personnes pouvant prêter un concours utile à l'Académie. »

La première partie du nouvel article, la seule d'ailleurs que nous voulions envisager ici, et qui est à notre sens la plus importante des deux, n'est que la reproduction de l'article ancien. Le nombre des associés libres reste facultatif ; les déclarations de vacance ne suivront pas nécessairement les extinctions ; or, comme cette disposition, d'abord appliquée, puis restée pendant un temps lettre morte, paraît devoir être prise dorénavant en grande considération, le chiffre des associés libres pourra tomber à huit, à six, et même à quatre, ainsi qu'il est advenu déjà. Ce sera, certes, un grand honneur pour les membres de la classe de figurer dans un groupe aussi choisi ; seulement on se demande ce qui leur vaut un privilège de cette nature. Sauf l'Académie française, qui n'a ni associés, ni correspondants, toutes les classes de l'Institut ont des associés libres en nombre fixe, dans la proportion d'un sixième, d'un quart même (Académie des inscriptions) ; et, quand il est apparu que ce nombre n'était pas en rapport convenable avec celui des titulaires, on s'est borné à l'abaisser ou à l'élever.

FEUILLETON

Loys Vassé, de Châlons-sur-Marne. — **Jean Vassès**, de Meaux (1486-1550), docteur régent et doyen de la Faculté de Paris. — **Nicolas Vasses**, du diocèse de Meaux, étudiant en médecine en 1535. — **Jean Le Vasseur**, de Paris (1518-1570), docteur régent. — **Claude Le Vasseur**, de Paris (1614-1683). — **Louis Le Vasseur**, de Paris, docteur de Montpellier en 1858. — **David Vasse**, de Paris, docteur régent en 1723.

LODOICUS VASSÆUS CATALAUNENSIS, élève de Jacques Sylvius, est l'auteur d'un petit manuel où a été résumé en quatre Tables, ce que Galien et d'autres ont écrit sur l'anatomie dans de nombreux livres. C'est la route, c'est la méthode qu'il proposait aux étudiants de suivre, pour arriver à la connaissance du divin ouvrage sur l'usage des parties du corps humain, *ut via quædam, ac methodus tibi esset ad divinum illud opus de usu partium corporis humani* (préface au lecteur). En voici le titre :

Lodoici Vassæi Catalaunensis in anatomen corporis humani Tabulæ quatuor. Ad. Cardinalem à Lenonceuria. Parisiis, ex officina Michaelis Fæzandat, in domo Albretica è regione D. Hilarii, 1541. Petit in-fol. de 40 feuillets.

Plusieurs bibliographes, avec Douglas, mentionnent une première édition pour l'année 1540. Ils se sont laissé tromper par la date de la dédicace, *nono Calendas octobris* (23 septembre) 1540. J.-J. Manget va même jusqu'à indiquer l'éditeur Jean Foucher (qu'il appelle *Fonscherum*), ce qui est une erreur. Voyez plus loin.

Au verso du titre est une épigramme, en 16 vers distiques adressée par Loys Vassé à Nicolas Lanisson, chanoine et trésorier de l'église de Châlons, vicaire du cardinal de Lénoncourt, pour offrir son livre. Au-dessous est gravé l'écusson des Lénoncourt.

A parler clairement, dès l'instant où l'on veut rendre possible la diminution du nombre des associés libres à l'Académie de médecine, sans jamais pouvoir l'augmenter, c'est qu'on trouve la classe trop large pour les candidatures méritantes; toutes les atténuations de langage échouent contre cette proposition de mathématique. Supposons qu'il en soit ainsi.

Il y a un moyen simple, naturel, efficace, de parer aux inconvénients d'un chiffre trop élevé, c'est de le réduire. Ainsi avait-on proposé de procéder quand, il y a peu d'années, une forte minorité jugea excessif le nombre des titulaires et proposa, par l'organe de Chauffard, de le diminuer de près de moitié. A la place de ce moyen vulgaire, on en a adopté un plus savant qui laissera au bureau le soin de décider de l'opportunité des déclarations de vacance, étant réservé, bien entendu, le droit d'initiative de l'Académie. Nous ne doutons pas que le bureau, les bureaux successifs, ne s'efforcent d'agir, en ces circonstances, pour le plus grand bien de la compagnie; mais sous quelles garanties, d'après quelles règles? Le président, nous supposons, interrogé ou de son propre mouvement, avertit l'Académie que, un, deux, trois sièges devenus vides ne seront pas remplis. On lui demande pourquoi : que répondra-t-il? Apparemment qu'on n'entrevoit pas de candidatures *convenables*. Nous n'imaginons pas d'autre réponse possible. Mais qu'en saura le président ? Qu'en saura le bureau ? La seule manière de faire apparaître les candidatures, c'est de les provoquer par l'ouverture d'une compétition. Même argument pour le cas où la vacance sera déclarée par le bureau ou provoquée par un membre de la compagnie. L'un ou l'autre aura tâté le terrain, fait des ouvertures autour de lui, et l'occasion lui aura paru bonne. Prononcera-t-il des noms propres ? Non, assurément, ce serait par trop anormal. Alors, que vaudra la proposition ? De quoi se recommandera-t-elle ?

Finalement, au système large, au système libéral de l'égalité des candidatures, on substituera forcément celui des candidatures officielles. Une trappe au lieu d'une grande porte.

On allègue, il est vrai, que ce dernier système fonctionne pour d'autres classes; oui, pour la classe des associés nationaux et des associés étrangers; mais il ne pourrait être appliqué qu'indûment à celle des correspondants, dont le nombre est fixe. Et puis, il est difficile d'accepter cette assimilation entre des associés, nationaux ou étrangers, et des associés libres qui font vraiment partie de l'organisme de l'Académie, qui prennent part à tous ses travaux, qui font partie des commissions, qui entrent dans le comité de publication, et..... qui touchent des jetons de présence.

De la lithotritie à séances prolongées.

La lithotritie est de nouveau à l'ordre du jour. La plupart des principes qui présidaient à cette opération délicate ont été discutés et remis en question sans le moindre ménagement. D'ardents révolutionnaires n'ont pas craint de faire table rase de toutes les règles antérieures et, sur les ruines des procédés anciens, ils ont élevé une méthode toute nouvelle. Le mot même de lithotritie a été rejeté et on veut lui substituer celui de « litholapaxie ».

Cette agitation du moins n'a pas été stérile. La lithotritie, grâce à elle, est devenue une opération plus féconde dont les limites, déjà fort étendues, se sont considérablement élargies. Mais n'a-t-on pas été injuste et le but n'est-il pas dépassé? Il est rare qu'une pratique ancienne soit mauvaise de tous points, et le propre des esprits sages est de n'abandonner, sous prétexte de progrès, rien de ce qui peut être encore utile. Ce n'est pas seulement par déférence et justice envers les prédécesseurs : la science y trouve aussi son compte.

M. le professeur Guyon ne s'est pas départi de cette règle. Depuis les premières publications de M. Bigelow, il a étudié « la litholapaxie »; chacune des nouvelles manœuvres a été passée au crible d'une sévère observation et maintenant le chirurgien de Necker vient nous dire ce qu'il admet et ce qu'il rejette de la nouvelle méthode. Il a pu fournir 226 faits personnels, et c'est avec ces matériaux considérables que son interne, M. Desnos, a fait sa thèse inaugurale, travail peu commun où l'élève par ses recherches originales, a fortifié la doctrine du maître sans jamais l'altérer et sans jamais se substituer à elle.

I

Avant les études de Bigelow, plusieurs règles dominaient la lithotritie. Les instruments dont on se servait devaient être de volume moyen et franchissaient assez facilement l'urèthre de calibre normal; ce n'est que dans les cas de rétrécissement avéré qu'on dilatait le canal au préalable ou qu'on débridait le méat. On pulvérisait aussi finement que possible les fragments du calcul afin que leur évacuation fût facile : les efforts que l'on avait tentés pour extraire artificiel-

---

La dédicace « R. D. D. Roberto card. à Lenoncuria, tit. sanctæ Anastasiæ, episcopo comiti Catalaunensi, pari Franciæ » (1) ne contient pour nous qu'un passage important : *Primitiæ sunt ingenii nostri, cardinalis amplissime, quas tibi velut propitio memini oblatas*, etc. C'est un premier ouvrage.

Dans la préface au lecteur, Loys Vassé fait un éloge par trop exagéré de son maître Jacques Sylvius (*præceptori meo Jacobo Sylvio medico accepta referre debeo me vereor palam fateri, ac prædicare per quem ipse profeci*, etc., etc.), et se montre comme lui admirateur passionné de Galien, dont il a, du reste, conservé les erreurs, la perforation de la cloison interventriculaire, l'os du cœur, etc.

Viennent ensuite : TABULA PRIMA, *de ventre inferiore;* TABULA SECUNDA, *de thorace;* TABULA TERTIA, *de capite;* TABULA QUARTA, *de artubus.*

Ce petit ouvrage élémentaire a été presque aussitôt traduit en français par Jean Canappe et publié à Lyon, chez Jean de Tournes et Étienne Dolet, l'an 1542, suivant Lacroix du Maine qui a écrit par erreur *Jean* Vassæus. Du Verdier a rétabli Loys. Ce livre est malheureusement introuvable.

Voici la plus grande partie de la préface, qui se trouve reproduite tout entière dans la traduction française de 1555, revue par R. Le Blanc (feuillet 3). « Maître Jean Canappe, docteur en médecine, au lecteur chirurgien salut. Ce m'est une » chose assez persuadée, qu'il est impossible de satisfaire » aux affections de tous, jouxte la sentence d'Horace : lequel » quelquefois avait invité trois personnes seulement à un » banquet : neantmoins chacun d'eux avait divers goust, et » appetit, tellement que ce, que l'un appetait, l'autre avait » en horreur. Semblablement aujourd'hui l'un ha en bonne » réputation les labeurs d'autruy : les autres au contraire

(1) Evêque de Châlons en 1535; il avait été fait cardinal par le pape Paul III en 1538. Il fut aussi archevêque d'Embrun, d'Arles et de Sabine, abbé de Saint-Remy de Reims, prieur de la Charité-sur-Loire où il mourut le 4 février 1561.

lement les débris de la pierre avaient échoué. L'emploi des curettes, des cuillers, des brise-pierre à réservoir, des sondes simples ou à double courant, des aspirateurs, était resté infidèle ou nuisible et, sauf quelques exceptions, on s'en remettait à la contractilité de la vessie du soin d'expulser les fragments.

Les séances devaient être courtes : les instruments ne pouvaient, disait-on, rester sans danger dans la cavité vésicale et leur trop longue station était la cause principale, sinon unique, des accidents observés. Une séance ne durait pas « au delà de une à deux minutes », disaient nos manuels de médecine opératoire. On broyait ce que l'on pouvait, on évacuait ce qui voulait sortir, mais pour éviter la cystite, la néphrite, les hémorrhagies, toutes les complications qui rendent la lithotritie redoutable, il fallait être expéditif. Enfin, on évitait l'anesthésie : ne peut-on pas, dans une manœuvre intempestive, saisir la muqueuse vésicale entre les mors du brise-pierre? La douleur ressentie par le malade sera une indication nécessaire; on lâchera prise pour éviter la déchirure de la paroi. Nous allons voir comment ces règles ont été modifiées ou abolies.

Le volume considérable des instruments employés par M. Bigelow et ceux qui ont adopté aveuglément la méthode américaine est-il de toute nécessité? Faut-il forcer le canal ou le préparer par une lente et progressive dilatation pour introduire des brise-pierre ou des sondes évacuatrices d'un énorme diamètre? Au premier abord, il y a quelque chose de séduisant dans cette manœuvre. Un gros calcul saisi entre les mors d'un lithotriteur semblable ne saurait résister : il éclatera et les fragments, repris à leur tour, seront facilement pulvérisés.

Mais un premier point sur lequel insiste M. Guyon, c'est que le calcul n'est que rarement assez volumineux pour nécessiter de pareils instruments. « Prenons au hasard un relevé d'observations de lithotritie : combien de fois le chirurgien a-t-il éprouvé une grande difficulté à faire éclater le calcul? C'est dans la minorité des cas qu'on a pu, la plupart du temps, prédire à l'avance. » Une conclusion bien nette découle de cette remarque, c'est qu'il faut distinguer, et si, pour quelques faits exceptionnels qu'une exploration minutieuse aura permis de reconnaître, on peut avoir recours à de puissants appareils, le plus souvent on devra s'en tenir aux anciens brise-pierre, aux sondes évacuatrices de calibre moyen.

Et cette pratique n'est pas indifférente. Nous ne parlerons pas de la difficulté d'introduire dans le canal, d'engager dans la partie membraneuse ces énormes lithotriteurs. Nous admettons qu'une grande habitude, une extrême habileté triompheraient de tous les obstacles. Mais de graves inconvénients n'en persistent pas moins. M. Bigelow lui-même signale des blessures de l'urèthre profond « qui ont causé une issue fatale ». Dans d'autres cas, la vessie a été contuse, éraillée; des hémorrhagies en ont été la conséquence.

Et puis on manœuvre difficilement : les instruments pressés de toute part, immobilisés par les parois de l'urèthre distendu, n'évoluent qu'avec peine dans l'intérieur de la vessie; or, comme, dans les larges réservoirs, le champ opératoire est souvent fort vaste, il y a grave inconvénient à être ainsi garrotté. D'ailleurs, les sensations n'arrivent qu'émoussées à la main du chirurgien qui perd en sécurité ce qu'il gagne en force perdue. Aussi, ne pouvons-nous mieux dire qu'avec M. Desnos : « Il y a là un déploiement de force souvent inutile et parfois dangereux. »

Aussi, M. Guyon, Thompson, d'autres encore n'ont pas adopté les instruments de M. Bigelow; ils ont conservé leurs anciens modèles dont l'introduction est plus facile, la manœuvre plus aisée; ils évoluent sans peine dans les réservoirs urinaires spacieux ou étroits et perçoivent mieux les sensations vésicales. On les retourne, on les manie avec précision, et les accidents sont moins à redouter.

II

Cette facilité d'évolution dans la cavité vésicale rend plus facile la pulvérisation du calcul. C'est là un point sur lequel le chirurgien de Necker diffère encore du professeur de Boston. Bigelow fait éclater la pierre et se préoccupe peu de la réduire en fine poussière. Les sondes évacuatrices ont une large lumière; si les fragments les parcourent sans encombre et arrivent à l'extérieur, que peut-on exiger de plus? C'est vrai, mais pour obtenir l'expulsion la manœuvre est bien compliquée. On retire le brise-pierre, on introduit la sonde, et, comme il reste des fragments, on revient au brise-pierre pour reprendre l'aspirateur. Or, ne l'oublions pas, il s'agit d'instruments volumineux, et ces passages répétés ne sont pas innocents.

N'est-il pas mieux de faire chaque chose en son temps? Le brise-pierre est dans la vessie; qu'on l'y laisse jusqu'à ce que la pulvérisation soit complète. Les fragments doivent être saisis un à un, broyés, menuisés, réduits en poussière. M. Guyon, nous dit M. Desnos, n'a pas craint de faire jus-

» n'en peuvent bien dire, ne estimer. Les autres par une » certaine malice, et affection de contredire en parlent en » mauvaise partie, jaçoit que leur jugement intérieur soit » autre. Et à ce propos me souvient d'un passage de Galien » au livre de la raison et manière de guarir par la phlébotomie, disant ainsi : Certes l'astuce et cautelle des sophistes » est bien digne d'estre haie : lesquels jaçoit qu'ils sachent » bien, qu'ils soient mensongiers, nonobstant par une certaine malice ils afferment tout au contraire, ce qu'ils sont : » ou pour une curiosité d'inventer choses nouvelles, ou pour » acquérir une vaine sapience ou plustôt vaine gloire. Toutes » fois si ne fault il pas désister de tirer au but et scope, qui » nous est proposé : c'est une fin pour laquelle toutes choses » se font, et par qui toutes choses sont approuvées, et à » laquelle il n'est possible de parvenir sans les éléments » et principes. Or la fin de l'art que nous prétendons est de » garder la santé et de guarir les maladies : à laquelle ne » peult parvenir, s'il ne scet, que c'est santé, et maladie. Et » pour ce que toute santé, ou maladie consiste, ou au parties » simples ou au parties organiques, ou est commune à icelles, » il s'ensuit, qu'il faut congnoistre les dites parties. A la congnoissance des quelles n'avons aucune voye, ny adresse, » sinon par l'Anatomie. C'est donc une chose assez démontrée » que l'anatomie est nécessaire à tout homme, qui veult faire » profession en médecine (feuillet 4). Car par elle nous congnoissons la substance, la magnitude, le nombre, la figure, » la situation, l'utilité et l'action de toutes les parties. Par » l'ignorance desquelles choses, quand un nerf est incisé, ou » un muscle, il advient aucune fois, que le sentiment se » perd, aucune fois le mouvement, et souventefois l'un et » l'autre, et qui plus est, bien souvent la mort s'ensuit. Chacun voit donc la grande et nécessaire utilité de l'anatomie : » laquelle si elle est requise en aucune, c'est principalement » au chirurgien. Et combien que la chose soit assez attestée, » toutesfois je allegueraі encores ce petit mot digne de mémoire, qui dit Guidon de Cauliac : Ainsi comme l'aveugle

qu'à 175 et 184 prises dans une seule séance, tant il attache d'importance à la parfaite pulvérisation. On gagnera du moins le temps qu'exigent les réintroductions successives du lithotriteur et de la sonde évacutrice, ce qui est quelque chose, puisque dans certaines observations américaines on note jusqu'à dix et quinze passages à travers l'urèthre. N'évitera-t-on pas aussi les frottements répétés, les traumatismes, les éraillures du canal de l'urèthre que peuvent produire ces cathétérismes répétés?

Non seulement on gagnera du temps, mais il ne sera plus nécessaire d'avoir recours à des sondes évacuatrices d'un très large calibre, et nous n'avons pas à revenir sur l'importance de ce point. Les urèthres sont rares qui laissent passer, comme le veut Otis, des brise-pierre n° 31. En France on se contente du n° 25, limite qu'il faut atteindre même par une dilatation progressive si la chose est nécessaire. Mais à quoi bon dépasser ce diamètre si les brise-pierre correspondants peuvent faire un broiement efficace, et si les sondes évacuatrices de ce calibre donnent un passage suffisant aux fragments bien pulvérisés. C'est dans ce sens que M. Guyon a pu dire : « L'évacuation c'est le broiement ».

III

L'aspiration joue un rôle important dans la méthode américaine. Il est certain que, grâce aux appareils remarquables imaginés par Bigelow et qui laissent bien loin derrière eux les premières ébauches de Cornay, de Ph. Crampton, de Nélaton, de Clover, le nettoyage de la vessie est plus facile et plus rapide; des débris relativement volumineux sont entraînés, qui eussent dû être plus finement pulvérisés sous peine d'un séjour plus prolongé. Il y a là un progrès évident qu'il faut mettre à l'actif de la pratique nouvelle.

Mais ici encore des distinctions sont nécessaires et l'aspiration ne ressortit pas indistinctement à tous les faits. « Sur ce point, M. Guyon diffère quelque peu d'opinion avec les chirurgiens américains et anglais. Il est des cas où l'aspiration est non seulement inutile, mais inapplicable. Cette impossibilité résulte des dispositions physiologiques de la vessie qu'elle soit saine ou altérée par un processus morbide. » Il faut alors avoir recours aux lavages simples à l'aide de la seringue.

Par une série d'expériences fort bien conduites, M. Desnos nous montre les lois qui président à l'évacuation du réservoir urinaire sous l'influence de l'aspiration. La réaction du muscle vésical est bien loin d'être la même lorsque la paroi est extensible, souple, et que l'individu est anesthésié. Lorsqu'au contraire les cavités sont petites, à muqueuses épaissies, à parois rigides, les résultats sont différents.

« Les conditions idéales de l'aspiration sont remplies quand on expérimente dans un vase inerte, ou sur le cadavre; des fragments sont soulevés, entraînés, aspirés avec la plus grande facilité. C'est qu'en effet la vessie doit se laisser faire; la distension, le retour sur elle-même doivent être des actes passifs, sous la dépendance unique de l'aspiration. Qu'on se trouve en présence de parois rigides et inextensibles, le liquide ne pénètrera que lentement et avec peine, les fragments resteront en place et ne se présenteront pas à l'orifice de la sonde; le résultat sera nul. Presse-t-on plus fort sur la poire, un accident plus grave se produit; on ne tarde pas à voir le liquide se colorer en rouge; la vessie a saigné et cela arrive d'autant plus facilement que l'inflammation, l'hyperhémie est la cause la plus fréquente de l'excès de contractilité.

» C'est au lavage qu'il faut alors avoir recours. Une sonde est introduite et l'injection poussée avec force à l'aide d'une seringue à embout largement ouvert. Si le liquide arrive lentement dans la vessie, il passe au-dessus des fragments sans les remuer et ne produit aucun effet; il faut un coup de piston énergique pour faire un remous suffisant; de plus cette excitation détermine une contraction réflexe immédiate du corps vésical. Il faut donc avoir soin, aussitôt après avoir poussé l'injection, de retirer la seringue rapidement pour permettre la sortie du jet de liquide et des fragments.

» Il ne faut donc pas perdre de vue ces deux faits qui nous semblent acquis : l'aspiration ne peut être utile qu'avec des parois vésicales inertes; les lavages, pour permettre une bonne évacuation, ont besoin de contractions vésicales excitées à propos. Dans 142 des faits de M. Guyon, la vessie a été vidée par le lavage seul. Ce résultat est frappant dans beaucoup d'observations et nous ne croyons pas qu'en face d'une telle intolérance, on ait pu jamais arriver à débarrasser la vessie par l'aspiration seule. Aussi peut-on dire avec le chirurgien de Necker : la contraction de la vessie est l'antagoniste de l'aspiration et l'auxiliaire du lavage. »

IV

Un acte opératoire aussi complexe, introduction des instruments, préhension de la pierre, reprise de chacun des fragments jusqu'à pulvérisation complète, évacuation des débris par l'aspiration et le lavage, ne peut être achevé en

---

» qui trenche du bois, toujours ou souvent erre, en tranchant » d'icelluy, plus ou moins qu'il ne doit : ainsi fait le chirurgien quand il ignore l'anatomie. Mais tu pourras objecter, » que le chirurgien n'a que faire de savoir, que c'est santé » ni la composition du corps humain, et qu'il lui suffit d'inciser, de cautériser et d'exercer semblables opérations manuelles : je te réponds ce que j'ai déjà dit que nul ne peut » garder santé, ne guarir maladie sans congnoistre l'une et » l'autre et qu'il n'est possible congnoistre ni l'une ni l'autre » sans entendre la nature des parties. Je dis davantage par » l'autorité de Cornelius Celsus que toutes les parties de médecine sont ainsi conjointes ensemble, qu'on ne les pourrait totalement séparer; mais elles prennent leur nom de » la chose en quoy elles consistent le plus. Ce considérant, » c'est assavoir les principes, aussi les moyens pour parvenir » à ceste fin, me suis mis en devoir de traduire selon ma » petite capacité, aucuns livres pour le profit des chirurgiens, » que pour le mien : Et principalement ces quatre tables » prinses et mises en bon ordre de plusieurs lieux de bons » autheurs et principalement de Galien : es quels est contenue toute l'anatomie du corps humain. Pour ce que nous » n'avons point d'anatomie en notre langue assez ample et » suffisante : ains mutilée, imparfaite et souventesfois mal » consonnante à vérité. Pourquoi nous devons beaucoup à l'autheur d'icelles, qui les a amassées et rédigées en si bon ordre : en confessant que par luy avons aucun profit. Et combien » que je n'en suive pas du tout l'ordre, qu'il tient en ses » figures, ce n'est pas pour dévoguer à la manière ou doctrine, » mais pour donner encores plus facile et claire intelligence » aux docteurs rudes et mal exercités en telles divisions, lesquels » pourraient souventesfois prendre une différence, ou espèce » pour l'autre. Et pour obvier à cette erreur, elles sont notées » par leurs nombres... Et à tels écrits et pour tels je travaille » non pour les doctes et savants qui n'ont aucunement affaire » à ce mien effort. Toutefois je crois qu'il n'y ha savant ou » docte, qui ne trouve bonne cette mienne entreprinse attendu

trois ou quatre minutes. Les séances devront être plus longues, et c'est un des points qui distingue essentiellement la méthode nouvelle.

Autrefois le séjour prolongé des instruments dans la cavité vésicale était considéré comme la principale, pour ne pas dire l'unique source des accidents. Aussi se hâtait-on, et, le lithotriteur retiré, on attendait souvent que la miction évacuât les poussières de quelques fragments pulvérisés; des opérations ultérieures débarrasseraient le malade de ce qui restait de la pierre. Pour Bigelow, au contraire, les complications sont dues au contact prolongé des débris de calcul avec la muqueuse vésicale. De là cette conclusion : prolongation indéfinie de la séance, débarras complet et quand même du réservoir urinaire.

Il y aurait exagération à soutenir une proposition semblable. Il est certain que des manœuvres trop prolongées peuvent provoquer des accidents, surtout dans quelques cas qu'il est besoin de spécifier. Mais, en pratique, on voit que, dans la plupart des observations, la séance n'a de limites que l'évacuation complète. C'est ainsi que, dans les 226 lithotrities de M. Guyon une séance a suffi 129 fois; dans 77 cas il en a fallu deux, et de trois à cinq dans 20 cas.

Et cela sans qu'il soit besoin de ces séances de trois heures, comme on en trouve des exemples dans les recueils américains. La moyenne, dans la statistique de M. Guyon, est de vingt-trois minutes. Les trois plus longues lithotrities ont duré de une heure à une heure trois minutes pour des calculs d'un volume exceptionnel. En effet, les modifications que le chirurgien de Necker a apportées à la méthode, le soin avec lequel il parfait le broiement, sans retirer le brise-pierre, permettent d'aller vite et de faire beaucoup en peu de temps.

Il est des cas cependant où vouloir tout évacuer en une séance serait une faute, et si Bigelow a démontré que la vessie est infiniment plus tolérante qu'on ne l'avait cru jusqu'à lui, il est certaines limites qu'il ne faudrait pas dépasser, sous peine de voir éclater des accidents. Lorsque, par exemple, il existe une cystite, malgré l'anesthésie la contractilité vésicale s'exaspère souvent, les parois se contractent sur le lithotriteur et s'opposent aux manœuvres. Puis des hémorrhagies surviennent parfois qu'il y aurait danger à négliger. Elles ne sont pas toujours provoquées par une maladresse de l'opérateur; elles sont souvent la conséquence du contact prolongé des instruments ou d'une aspiration trop intense.

Ces complications sont-elles plus à craindre que le danger créé par le contact des fragments que laisse une lithotritie incomplète? Bigelow le prétend; mais cette opinion est plus que contestable. Certainement, s'il y avait encombrement de débris et de poussières, les accidents seraient redoutables; mais les observations ont montré que la vessie supporte aisément quelques fragments volumineux. Aussi M. Guyon résume-t-il à peu près ainsi sa pratique : « Le but qu'on doit se proposer en commençant une séance c'est l'évacuation complète; mais ce serait une grande imprudence que de vouloir s'y obstiner. On ne continuera l'opération que si l'urèthre, la vessie et le malade le permettent, car quelques débris abandonnés sont moins dangereux que des manœuvres trop prolongées. »

V

De pareilles séances ne peuvent se faire sans chloroforme, et c'est encore un des côtés nouveaux de la méthode américaine. Les avantages de l'anesthésie ne sont plus à démontrer; on prétendait autrefois que « la sensibilité vésicale devait être un guide pour le chirurgien ». Cette objection ne résiste pas à l'examen, et, comme dit M. Guyon, cette sensibilité ne doit pas être mise en jeu; les renseignements qu'elle donnerait viendraient trop tard, car le mal serait déjà fait.

Toutes les fois donc qu'on ne se trouvera pas en présence de tolérance exceptionnelle de l'appareil urinaire, quand l'urèthre n'aura pas été habitué au contact de la sonde et tanné, pour ainsi dire, par des cathétérismes fréquents, on administrera le chloroforme. Le chirurgien n'aura plus à craindre les soubresauts du malade et la contraction des muscles périnéaux. Le canal sera plus facilement franchi, et la paroi vésicale, même enflammée, réagira avec moins d'intensité sous l'influence des instruments. Les contractions ne gêneront plus les manœuvres.

Ce n'est pas tout : l'observation démontre que la réaction fébrile est bien moins intense avec l'emploi de l'anesthésie. La régularité des manœuvres, l'évacuation rapide, l'absence de douleur et d'excitation réflexe suffisent pour expliquer cette apyrexie remarquable. Enfin, et toujours à l'actif du chloroforme, les expériences de Desnos prouvent que l'anesthésie favorise l'aspiration. Elle abolit ou atténue la sensibilité de la muqueuse, supprime les contractions de la vessie; les courants s'établissent mieux, soulèvent les fragments et entraînent les poussières.

Tels sont les principes que le chirurgien de Necker emprunte à Bigelow, et les modifications qu'il apporte à la « *li-*

» la fin d'icelle, qui est de profiter au public. Or donq, lecteur,
» quiconque sois, prends en gré le vouloir honneste de celuy
» qui ne désire que ton avancement, et l'augmentation de
» ton savoir et te jetter peu à peu des ténèbres d'ignorance :
» ignorance indigne de tout homme généreux et bien nay :
» laquelle devons autant et plus fuir que la mort. Car
» l'homme ignorant n'est autre chose, qu'une mort vive : de
» laquelle tu seras exempt en acquérant le contraire de si
» laide chose : qui est savoir et intelligence des bonnes
» doctrines, adieu lecteur. Lyon, ce premier jour de juillet
» l'an de salut 1541. »

L'édition latine a paru à Venise, chez Vincent Vaugris en 1544, in-8 de 117 feuillets, avec les dédicaces, etc., absolument pareille, avec ce titre : *Lodoici Vassœi Catalaunensis in anatomen corporis humani Tabulæ quatuor, nunc denuo accuratius recognitæ una cum copiosissimo, qui antea non erat, indice.* Venetiis, ex officina Erasmiana, apud Vincentium Vaugris propè horologium divi Marci 1544.

Le catalogue de la Bibl. nat. a eu le tort de mettre un *œ* à Vassæus et de supprimer *qui antea non erat.* L'exemplaire de la Bibl. de l'E. de M, n° 31876 a appartenu à René Moreau qui a corrigé de sa main quelques erreurs de Galien.

Une autre édition entièrement semblable, mais imprimée en caractères italiques, est sortie de la même librairie cinq ans après. Même titre. Venetiis, ex officina Erasmiana Vincentii Valgresii, 1549, in-8, de 200 pages. (*Bibl. Nat.* Ta 9.38 A. réserve.) Elle a été revue et corrigée par Antoine Stupa, comme on le voit dans la dédicace placée en avant de l'*Index* : « Nobilibus atque ingenuis adolescentibus, Philippo et Frederico Vendraminus, Germanis fratribus, Antonius Stupa Rhetus Helvetus. »

En 1553, une *nouvelle* édition parut, suivie bientôt comme la première d'une traduction française correspondante : *Lodoici Vassœi Catalaunensis, doctoris medici, in anatomen corporis humani Tabulæ quatuor, ab authore nuper auctæ et recognitæ.* Parisiis, apud Michaelem Fezandat. 1553,

tholapaxie ». Nous n'avons pu présenter qu'un résumé bien terne et forcément écourté de sa méthode si sagement étayée sur une observation rigoureuse. Mais nos lecteurs savent où compléter ce rapide aperçu. Ils ont la thèse remarquable de M. Desnos, qui nous semble un modèle de bon sens clinique, de consciencieuses recherches et de clarté d'exposition.

Paul Reclus.

L'Exposition des projets et modèles d'établissements scolaires.

(Premier article.)

Depuis le 1er juin une exposition de projets et modèles d'établissements scolaires est ouverte dans une partie des salles de l'aile droite du palais du Trocadéro. Bien qu'elle ne comprenne, en réalité, que des plans couvrant les murs et les nombreuses cloisons qui divisent son emplacement, elle n'en représente pas moins la traduction architecturale, au point de vue de l'art et de la construction, des nécessités sanitaires auxquelles les établissements scolaires doivent répondre. A ce titre elle intéresse le corps médical ; il importe même qu'il ne néglige pas de l'étudier.

Les efforts tentés de tous côtés en faveur du développement de l'instruction aux divers degrés, le vote récent de l'instruction primaire obligatoire, ont en effet pour résultat de couvrir le territoire de la France d'écoles nouvelles et d'agrandir, de transformer les écoles déjà existantes, si bien que, depuis 1875 jusqu'au 15 avril dernier, 3957 écoles nouvelles ont été créées, dont 456 pendant le premier trimestre de 1882, et 4939 adjoints ont été envoyés dans les écoles communales par suite de l'augmentation des classes et du nombre des élèves. Croit-on que les médecins ne puissent être associés à ce mouvement, et n'est-il pas désirable que leurs avis soient sollicités et même écoutés lorsqu'il s'agit de soumettre tous les enfants et la plupart des jeunes gens du pays à un régime qui peut avoir une influence des plus graves sur la vitalité et la force de la race. Ce n'est pas impunément qu'on réunit à l'état d'agglomération les hommes faits, et l'on en connaît les inconvénients inévitables au point de vue de la santé publique ; à plus forte raison, quand il s'agit de réunir des organismes non encore façonnés et de les exposer à tous les périls de la vie en commun dans des espaces plus ou moins confinés. La nécessité primordiale de la généralisation de l'instruction doit donc avoir pour corollaires l'installation aussi salubre que possible des écoles, de même qu'une organisation des programmes de l'enseignement qui ne puisse nuire au développement régulier de l'économie tout entière. Nous n'avons pas à nous occuper en ce moment de cette dernière considération ; nous devons seulement appeler l'attention sur les conditions hygiéniques auxquelles les asiles, écoles et lycées sont soumis d'après les projets présentés à l'exposition.

La statistique des objets exposés se répartit comme suit : 39 projets de lycées et collèges, 22 d'écoles primaires supérieures, 29 d'écoles normales, 113 d'écoles urbaines, 99 d'écoles rurales, 23 d'écoles maternelles et 17 projets de motifs de décoration scolaire, soit 342 projets. Au premier abord, on pourrait espérer qu'un tel ensemble a produit une assez grande diversité dans les conceptions de leurs auteurs ; il n'en est rien cependant et l'on pourrait presque dire, au point de vue de l'idée générale, que tous ces projets se ressemblent et qu'ils ne diffèrent que par la généralisation de cette idée, suivant qu'il s'agit d'un établissement destiné à un plus ou moins grand nombre d'enfants de tel ou tel âge. On pourrait même remarquer que leurs dispositions différentes n'ont d'autre but que d'appliquer cette même idée générale aux configurations des terrains mis à la disposition des architectes.

Cette impression frappe dès qu'on parcourt les salles de l'exposition ; mais les exposants n'en sont pas cause. L'administration en effet, préoccupée, comme il convient, d'élever les écoles que la loi et l'opinion publique réclament d'elle en si grand nombre, a voulu auparavant savoir exactement comment ces écoles devaient être construites. Elle a chargé des commissions spéciales d'établir les règles générales et même particulières auxquelles ces établissements doivent répondre, si bien que des règlements très détaillés pour certains établissements, des indications précises pour d'autres ont été édictés et adressés à tous ceux qui désiraient prendre part au concours actuel, concours permettant à l'administration de l'instruction publique de « joindre aux prescriptions réglementaires et de communiquer à titre consultatif un certain nombre de plans-types satisfaisant à toutes les exigences de la pédagogie, pouvant être étudiés comme modèles et fournissant aux architectes et aux municipalités des indications détaillées sur tous les perfectionnements dont l'art des constructions scolaires est susceptible ». On devine

---

petit in-fol. de 48 feuillets. Au dos du titre, est un extrait du privilège de Jehan Foucher... pour « iceluy livre, et figures (par le dict autheur ainsi augmenté) tant en latin qu'en français... jusqu'à six ans consécutifs, à commencer du jour et date de la première impression (tant en grand qu'en petit volume)... », daté du 17 décembre 1552. *Bibl. de l'E. de M.* n° 439. Cet exemplaire a appartenu en 1589 à Jacques d'Amboise, un célèbre docteur régent de l'ancienne Faculté. Il a écrit son nom sur la première feuille avec ces maximes : *Nosce te ipsum. Summa pietas in hoc esse crudelem*, des annotations dans le corps du livre, et sur la dernière page un distique sur le nombre des os (245) qu'il a signé *Ambosius* (d'Amboise) :

Quinque quater denis si jungas atque ducentis
Humani quot sint corporis ossa sies.

Ce distique se rapproche beaucoup de celui qui se trouve dans les six premières planches de Vésale (voy. *Etud. hist.*, p. 6) :

Adde quater denis bis centum senaque, habebis
Quam sis multiplici conditus osse, semel.

Sur l'exemplaire de la *Bibl. nat.* (Ta 9. 38 B.) « apud Viduam Vivantii Gaultherot, viâ Jacobeâ ad D. Martini insigne 1553 », la marque du libraire est l'écu de Florence. Celle de Michel Fezandat est un faisan qui enlève un dauphin. Tous deux portent à la fin : « Excudebat Parisiis Michael Fezandat in domo Albreticâ XI Caend. Januarii 1553. »

La dédicace « R. D. D. Philippo à Lenoncuria (1) episcopo comiti Catalaunensi, pari Franciæ, Lodoicus Vassæus Catalaunensis, doctor medicus, S. P. D. », est datée de Châlons, 21 novembre 1552 (undecimo calendas decembres). Loys Vassé nous apprend que la première édition de ses tables

(1) Neveu du précédent, mort en 1592 à soixante-cinq ans.

aisément que les concurrents ont eu assez grand souci de leurs intérêts pour n'envoyer que des projets conformes dans leurs diverses parties aux « prescriptions réglementaires ». Les uns, suivant à la lettre les conditions du programme, ont donné des plans-types, ce qu'il était relativement facile de réaliser avec des indications aussi nombreuses que celles des règlements que nous avons sous les yeux; d'autres n'ont pas craint de soumettre au jury des constructions déjà faites dans des conditions déterminées ou des projets demandés pour des terrains imposés, constructions et projets rentrant plus ou moins dans le programme du règlement. Est-ce aux premiers que le jury devra réserver ses récompenses, puisque seuls ils réalisent le but de l'exposition, et ne faudra-t-il pas tenir compte aux seconds des efforts qu'ils ont tentés, dans des conditions trop souvent, presque toujours, défectueuses pour satisfaire, autant que possible, aux exigences réglementaires? Ne faudrait-il pas aussi se demander si ces exigences sont vraiment aussi infaillibles qu'elles paraissent le supposer et s'il n'eût pas été convenable de les soumettre, en quelque sorte, à l'épreuve d'une exposition plus abandonnée à l'initiative individuelle? Car il est d'autres conceptions architecturales que celles que ces règlements comportent, et ces conceptions prétendent, elles aussi, plus ou moins justement, satisfaire à la salubrité, à la solidité, à l'économie et à l'art des constructions scolaires; cependant leurs auteurs n'ont pas cru pouvoir les faire figurer à une exposition dont le programme était aussi exclusif. Quelque soin que les commissions spéciales aient mis à rédiger les « règlements pour la construction et l'ameublement des divers établissements scolaires », quelle que soit l'autorité de leurs membres, il n'en est pas moins vrai qu'en maintes circonstances un grand nombre des prescriptions de ces règlements n'a pas été suivi et cela systématiquement et après plus ample informé. L'étude critique de l'exposition actuelle ne peut donc être sérieuse et motivée sans considérer en même temps divers autres modèles déjà adoptés ailleurs ainsi que les modèles étrangers, et puisqu'on l'a voulu ainsi, c'est l'étude même, le procès, pour ainsi dire, de ces règlements que l'on se trouve faire.

Quoi qu'il en soit, disons-le dès maintenant, cette exposition dénote d'immenses progrès; qu'il s'agisse de la simple école de hameau ou du lycée le plus grandiose, il est juste de proclamer combien les dispositions ont été généralement prises pour ne plus donner à l'école l'aspect d'une prison, pour fournir en abondance l'air et la lumière, pour distribuer l'espace en évitant l'encombrement, pour maintenir, en un mot, l'écolier dans les meilleures conditions de santé possibles. Nous sommes loin des écoles d'autrefois, de ces lourds et massifs monuments, et si les façades prétentieuses sont encore çà et là l'indice de dispositions économiques et de métier dont il est difficile de se débarrasser, du moins ces façades prennent un aspect gai et les fenêtres y jouent un rôle important. Or, c'est aux hygiénistes, c'est-à-dire dans un grand nombre de cas aux médecins, que ces progrès sont dus; nous aurons à le montrer en étudiant plus en détail l'exposition et par cela même nous pourrons définir la mission qu'ils sont désormais appelés à remplir en faveur de l'hygiène scolaire.

A.-J. Martin.

Contributions pharmaceutiques.

L'HUILE DE FAÎNE.

Quelques mots sur le mélange d'huile de faîne et de créosote à l'occasion de notre dernier article relatif à cette dernière substance. (*Gaz. hebd.*, n° 22, p. 359.)

L'huile de foie de morue est souvent mal supportée par les malades; dans ce cas par quelle huile peut-elle être remplacée? M. H. Mayet donne la préférence à l'huile de faîne parce qu'elle ne se fige qu'à 17 degrés, et qu'unie à la créosote elle n'occasionne pas de renvois. En temps ordinaire je serais de son avis; mais aujourd'hui, l'huile de faîne est devenue très rare à cause de l'hiver rigoureux que nous avons traversé; la récolte des fruits de hêtre a été défendue dans les forêts de l'État, et l'huile qu'on en retire coûte quatre fois plus cher qu'autrefois. Il est donc préférable d'employer l'huile de sésame qui ne se fige qu'à 5 degrés et qui se rapproche tout à fait de l'huile de faîne.

Les huiles d'olive et d'arachide doivent être écartées parce qu'elles contiennent trop de margarine, et que par conséquent elles se figent au moindre froid. J'estime, en somme, que les médecins feront bien de ne pas se préoccuper de ces questions techniques et de formuler tout simplement ainsi:

Huile créosotée à 5 pour 100. 1 litre.

laissant au pharmacien la liberté d'employer l'huile qu'il possédera dans son officine.

P. V.

étant épuisée, il a dû en donner une autre (*Itaque cùm Tabellæ nostræ anatomicæ apud Typographos deficerent, etc.*). Il a retranché certaines choses, ajouté beaucoup d'autres qu'il n'avait pu mettre dans la première édition à cause de sa brièveté, si bien qu'il n'est aucune partie du corps humain si petite qu'elle soit dont il ne soit parlé, si je me souviens bien, dit-il, *ut nulla sit in corpore humano tam minima pars, de qua si meminerim non tractetur*. Il y a joint de plus quelques figures des parties intérieures et des os avec leurs explications. *Addidi præterea figuras quasdam interiorum partium et ossium corporis humani, quas ad meliorem formam et situm naturalem pingere curavi, singulas que partes suis caracteribus notatas ordine explicui.* Bien que les figures soient là *ad ornamentum et ad animi refectionem magis quam ad eruditionem*, car dans de si petites figures on ne pouvait mettre que peu d'organes, elles représentent à peu près ce qu'on voit réellement dans les dissections. *Tamen veluti speculum, et rudis quædam imago eorum quæ in dissectis corporibus verè apparent.* Ces figures au nombre de quatre ont été placées avant la dédicace. Gravées dans la manière des planches de G. H. Riff, elles sont fort imparfaites (voy. *Etud. hist.*, p. 8). Nous y reviendrons longuement tout à l'heure.

La dédicace est accompagnée d'un hexastichon en vers grecs de Joannes Loinus *Lectori*.

Dr Turner.

(*A suivre.*)

Cours public. — M. le docteur Edmond Langlebert commencera lundi prochain, 12 juin, à sept heures et demie du soir, ses conférences sur la *thérapeutique des maladies vénériennes*, et les continuera, à la même heure, les vendredis et lundis suivants, rue de l'Odéon, 10.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale.

Étude clinique sur un cas de tuberculose chirurgicale suraigue, par M. le docteur Charvot, professeur agrégé de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce.

L'étude des tuberculisations localisées est à l'ordre du jour et cette question soulève, depuis quelques années, en France et surtout en Allemagne, des discussions d'un grand intérêt scientifique ; mais il en est une beaucoup plus importante au point de vue pratique et sur laquelle il serait nécessaire de faire le jour : c'est celle des relations qui existent entre ces suppurations froides et la tuberculose généralisée ou plus spécialement la phthisie pulmonaire. S'il est, en effet, intéressant de fixer la pathogénie de ces manifestations caséeuses et d'établir leur nature scrofuleuse ou tuberculeuse, il est bien plus important pour le praticien de savoir si cette évolution locale du processus scrofuleux ou tuberculeux n'est pas un danger pour l'existence du malade qui en est porteur et dans quelle limite ce poison tuberculeux (car l'on sera bientôt forcé d'admettre son existence) qui se développe sur place, peut se diffuser dans les tissus et infecter l'économie tout entière. Or, elle est à peine esquissée cette question qui ne peut pas seulement être résolue par des questions anatomo-pathologiques et qui est presque exclusivement du ressort de la clinique. Il est donc important que chacun tire de sa pratique les observations qui peuvent servir de base à cette étude, et c'est pourquoi nous croyons utile de publier dans tous ses détails l'observation suivante que M. le professeur Gaujot a bien voulu nous laisser prendre dans son service et qui lui a servi de texte à une leçon clinique des plus intéressantes :

Obs. — K..., âgé de vingt-trois ans, cavalier au 8e régiment de dragons, incorporé en novembre 1879, entre à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce le 2 juillet 1881, dans le service de M. le professeur Gaujot, salle 29, lit n° 31.

C'est un Breton, d'une constitution faible et d'un tempérament manifestement lymphatique. Il y a de la tuberculose dans sa famille, car son père est mort phthisique il y a cinq ans ; cependant sa mère et ses frères sont d'une bonne santé.

Quant à lui, il n'a pas eu de manifestations strumeuses dans son enfance et il n'a pas fait de maladie sérieuse avant l'âge de vingt ans. Il était cultivateur et vivait en plein air, jouissant d'une santé relativement bonne. A vingt ans, il contracte une pleurésie dont il guérit facilement.

Pris sans difficulté au conseil de revision, il entre au 8e dragons en novembre 1879 et fait régulièrement son service jusqu'en mai 1881. A cette époque apparaît un gonflement dans la région parotidienne droite en avant du tragus. Cette tuméfaction se développe d'une façon insidieuse, très lentement et sans cause apparente ; le malade ne s'était pas donné de coup en ce point et aucune affection voisine ne pouvait expliquer l'étiologie de cette grosseur ; rien du côté de l'oreille ; ni douleurs, ni otorrhée ; rien du côté des dents correspondantes et dans la région des maxillaires. Comme il ne souffre pas, K... continue son service pendant tout le mois de mai. Cependant, la tuméfaction augmentait toujours et s'étendait en bas et en arrière ; aussi est-il bientôt forcé d'entrer à l'infirmerie où il passe tout le mois de juin sans suivre de traitement bien sérieux. Vers les derniers jours du mois, la peau devient rouge, chaude et légèrement douloureuse au niveau de la tumeur restée jusque-là complètement indolente, et le malade est envoyé au Val-de-Grâce le 2 juillet 1881.

A son entrée, K... présente à la joue droite une tumeur qui occupe les régions parotidienne et massétérine ; elle remonte jusqu'au niveau de la ligne qui joint la queue du sourcil au sommet de l'oreille droite et descend jusqu'auprès de l'angle du maxillaire inférieur ; en largeur, elle va du bord postérieur de cet os, qu'elle déborde un peu, à la partie antérieure du masséter. La peau, à ce niveau, est rougeâtre et amincie, mais elle n'est pas chaude ; la pression profonde réveille un peu de douleur, surtout au niveau et en avant du tragus. Les doigts ont la sensation d'une poche fluctuante fortement tendue par le liquide qu'elle contient et qui peut se déplacer sur les tissus profonds avec lesquels elle ne semble pas contracter d'adhérences (loge parotidienne, branche montante du maxillaire inférieur). En examinant la cavité buccale, on ne trouve rien d'anormal qu'un point carié sur une des molaires supérieures du côté droit ; en palpant avec les doigts introduits dans la bouche la face profonde de la joue au niveau de l'abcès, on ne découvre rien d'anormal du côté des parties molles ni sur les maxillaires. Pas de lésions non plus du côté de l'oreille correspondante qui n'a jamais été le siège de douleurs ou d'écoulement purulent.

L'état général est assez bon et il n'y a aucun signe qui puisse faire songer à une tuberculose pulmonaire. Mais la figure bouffie et le tissu cellulaire sous-cutané engorgé indiquent un tempérament strumeux.

Il est facile de reconnaître là un abcès froid lentement développé au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur, mais il est beaucoup moins commode de dire quelle est la couche anatomique dans laquelle il siège. Est-ce un abcès froid idiopathique développé dans le tissu cellulaire sous-cutané et sans relation directe avec l'os de la mâchoire sur lequel il siège ? M. le professeur Gaujot est de cet avis et pense qu'il a eu pour point de départ l'altération caséeuse du petit ganglion situé en avant du tragus. L'évolution ultérieure de l'affection fait songer à un abcès sus-périostique de la branche montante du maxillaire inférieur. Mais ce qui est certain, c'est qu'au début l'os n'est pas malade et même, dix jours après, lorsqu'on ouvre l'abcès, on ne trouve aucun point de l'os à nu au fond de la cavité. On se borne à des applications locales de cataplasme et à une médication générale reconstituante.

Dans les jours qui suivent son entrée au service, l'abcès est soumis à des explorations répétées qui activent l'inflammation de la poche purulente (9 juillet). La tuméfaction grossit et tend à gagner du côté de la fosse temporale. La peau est rouge, chaude et tendue sur la tumeur qui devient nettement fluctuante et plus douloureuse qu'à l'entrée. Le malade souffre beaucoup et ouvre la bouche avec peine pour manger, ce qui montre que le masséter a été envahi par l'inflammation de voisinage. La fièvre s'allume : 38 degrés et 38°,6 le soir. On applique des cataplasmes.

Le 11 juillet, M. le professeur Gaujot pratique deux ouvertures : l'une en avant et un peu en dessous du tragus, dans les cheveux ; l'autre en bas, vers le bord inférieur du maxillaire inférieur. En haut, il est forcé d'inciser assez profondément les tissus et d'ouvrir l'aponévrose sous laquelle se trouve située la collection purulente. On passe un drain par ces deux ouvertures et, à ce moment seulement, il sort une notable quantité de pus épais renfermant quelques grumeaux caséeux. En explorant la cavité de l'abcès avec le stylet on n'arrive sur aucun point osseux dénudé. — Pansement à l'acide phénique ; sirop d'iodure de fer ; potion gommeuse opiacée.

Dans les jours qui suivent, la suppuration est abondante, mais l'état général reste très bon et il n'y a pas de fièvre. Le 15 juillet, on remplace le pansement phéniqué par des cataplasmes. Le 18, la tuméfaction de la région parotidienne a beaucoup diminué ; il reste surtout un empâtement du tissu cellulaire sous-cutané.

Vers la fin du mois, la suppuration commence à tarir, la région reprend peu à peu sa conformation normale et les tissus leur élasticité ; le drain joue facilement dans la plaie. Il persiste un empâtement profond. — On continue les cataplasmes.

Dans les premiers jours d'août, l'abcès froid s'emplit de fongosités qui viennent faire hernie en grand nombre par les ouvertures du trajet fistuleux autour des deux bouts du drain qui se déplace moins facilement dans la cavité de l'abcès ; ce sont de gros bourgeons grisâtres et mollasses qui saignent facilement. Cet état fongueux de l'abcès, qui indique peu de tendance à la cicatrisation, persiste pendant les mois d'août et de septembre, et vers la fin d'octobre l'abcès froid est dans le même état.

Peu de temps après son entrée à l'hôpital, dans le courant du mois de juillet, le malade s'était plaint de douleurs lombaires, et nous n'avions pas hésité à pressentir, avec M. le professeur Gaujot, la formation d'un abcès par congestion. Dans les derniers jours d'août, ces douleurs s'accentuent dans la cuisse droite que le malade tient en flexion sur le bassin et dans la rotation en dehors ; les efforts faits pour redresser cette position vicieuse causent de très vives douleurs au malade. Ce sont là les signes d'un psoïtis subaigu produit par les progrès de l'abcès vertébral de ce côté. En déprimant les parois ventrales qui sont singulièrement souples, on explore facilement les flancs et l'on ne trouve, dans les fosses iliaques, ni tuméfaction ni collection fluctuante ; mais la pression profonde sur la face antérieure des vertèbres lombaires est très

douloureuse. En arrière, la pression sur les apophyses épineuses des vertèbres lombaires réveille également de la douleur. Les mouvements et la marche deviennent difficiles. K... est forcé de garder le lit, couché sur le côté droit, le membre inférieur droit dans la flexion. Il souffre beaucoup de douleurs sciatiques très violentes qui s'étendent dans la cuisse et dans la jambe de ce côté.

Pendant la durée du mois de septembre, ces symptômes de suppuration rachidienne s'accentuent. Le psoïtis perd un peu de son acuité, mais les douleurs sciatiques et lombaires augmentent. Probablement, l'abcès vertébral qu'on ne peut sentir dans la fosse iliaque, se forme dans le petit bassin où il irrite les racines du nerf sciatique. En pratiquant le toucher rectal, on croit sentir une légère tuméfaction sur le côté droit du petit bassin, au-dessous et en dedans de l'ischion. Il n'y a pas d'altération du côté de la prostate et des vésicules séminales.

Dans le courant d'octobre, ces symptômes restent stationnaires, mais l'état général s'altère et indique une débilitation profonde. La peau devient blafarde et bouffie. L'appétit se perd, le malade garde constamment le lit. En explorant avec le stylet l'abcès froid primitif de la région parotidienne, on sent très distinctement l'os dénudé et rugueux; il est ainsi très facile de constater que la branche montante du maxillaire inférieur est atteinte d'ostéite et mise à nu dans une étendue d'au moins 2 centimètres. En palpant la racine de la cuisse droite, on sent dans la masse des adducteurs un empâtement mollasse et diffus qui semble indépendant de tout abcès migrateur et qui pourrait bien être un nouvel abcès froid des parties molles à la période d'induration. Il est important de noter que, même à ce moment, il n'y avait pas de signes cliniques de tuberculose pulmonaire. Rien dans les symptômes généraux ne pouvait faire songer à une phthisie au début et il n'existait dans les poumons aucun signe stéthoscopique.

En novembre et surtout en décembre, l'état général du malade s'aggrave d'une façon profonde et rapide. Le malade reste couché sur le côté avec de vives douleurs dans le bassin et dans le côté; l'appétit est languissant, la face bouffie; fièvre tous les soirs (de 38 degrés à 38°,5). La pression sur les apophyses épineuses des vertèbres lombaires, sur le sacrum, sur l'articulation sacro-iliaque du côté droit est fort douloureuse. Le malade a besoin d'un aide pour aller sur la chaise percée à côté de son lit, car il s'est déclaré une diarrhée colliquative qu'on ne peut arrêter. Assis sur la chaise, il souffre beaucoup à la racine de la cuisse droite; à ce niveau et en dedans, l'induration de la masse des adducteurs s'est transformée en une tumeur mollasse, arrondie, vaguement fluctuante, grosse comme une demi-orange. La fluctuation devient bientôt évidente; M. le professeur Gaujot ponctionne (23 décembre) l'abcès avec l'appareil de Potain et retire à peu près un verre de pus mal lié et grumeleux; puis il l'incise largement le 30 décembre; la poche ainsi vidée et lavée à l'acide phénique, la suppuration ne se reproduit pas, ce qui prouve que cette collection purulente n'est pas un abcès migrateur. Dans le courant du mois, on découvre en plusieurs points, surtout sur les parois costales et au niveau du bassin, une série d'abcès froids développés sans douleur.

A partir du 1er janvier, l'état du malade devient désespéré. L'œdème envahit les deux membres inférieurs, surtout le droit. La fièvre est continue; la température s'élève à 39 degrés tous les soirs. La diarrhée augmente et devient continue; rien ne peut l'arrêter; le malade va constamment sous lui. L'appétit est presque nul. Aussi l'affaiblissement est extrême; l'œdème se généralise; K... meurt le 15 janvier 1882.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort. — *Abcès froid de la région parotidienne.* — On commence par l'examen de cette lésion, qui a été le point de départ de la maladie. En incisant largement la poche de l'abcès, on met à découvert une cavité purulente dont le fond est formé par la branche montante du maxillaire inférieur dénudé, et même creusé d'une excavation profonde de 3 ou 4 millimètres : c'est une véritable gouttière large de 1 centimètre, longue de 3 centimètres, qui occupe le tiers postérieur de la branche montante de la mâchoire. En bas, elle s'arrête à 2 centimètres de l'angle de l'os, au niveau du trajet fistuleux inférieur; en haut, elle correspond au trajet fistuleux supérieur ouvert en avant du tragus, et communique largement avec l'articulation temporo-maxillaire, qui présente les lésions de l'arthrite tuberculeuse aiguë : disparition du disque interarticulaire et des cartilages d'encroûtement, érosion des surfaces articulaires osseuses avec infiltration tuberculeuse. Le condyle est remplacé par une extrémité effilée manifestement atteinte d'ostéite tuberculeuse; on dirait qu'il a été plongé dans un liquide fortement corrosif, qui a décapé sa surface cartilagineuse et rongé son extrémité articulaire. Du côté de la face interne de la mâchoire on ne trouve aucun travail osseux particulier. Pas de lésion appréciable du côté de l'oreille, dans la fosse temporale ou dans les tissus qui environnent l'abcès.

Colonne vertébrale. — A partir des dernières vertèbres dorsales, on voit la face antérieure du rachis rongée par l'ostéite tuberculeuse superficielle; mais les altérations osseuses sont surtout marquées sur les corps vertébraux des lombaires; au niveau de la troisième lombaire, l'ostéite tuberculeuse a attaqué profondément le corps vertébral, et l'on peut détacher un séquestre tuberculeux assez volumineux. [Voici le détail de ces lésions : ulcération diffuse du corps de la dixième vertèbre dorsale; elle s'étend en arrière et à gauche; la dixième articulation costo-vertébrale est détruite. Même lésion à la face antérieure du corps de la onzième dorsale. La moitié gauche du corps de la douzième dorsale est presque entièrement détruite; la douzième articulation vertébrale est largement ouverte. Sur le côté droit du corps de la deuxième vertèbre lombaire, ulcération de la largeur d'une pièce de 1 franc, et profonde de 5 millimètres environ. La face antérieure du corps de la troisième lombaire est creusée d'une caverne contenant un séquestre central spongieux de la grosseur d'une amande; le bord supérieur de cette face est détruit, et la caverne s'étend jusque dans le disque intervertébral qui sépare la deuxième de la troisième lombaire.] Un abcès par congestion se détache du côté gauche de la portion lombaire du rachis, et s'arrête, après un court trajet, dans le psoas, arrivant à peine dans la fosse iliaque gauche. Cet abcès migrateur n'avait donc pas eu le temps de prendre un grand développement.

Bassin. — Ce qui a tant fait souffrir le malade et a été pris pendant la vie pour un abcès par congestion évoluant à travers le bassin, ce sont des collections purulentes développées sur place et dues à des altérations profondes du sacrum et des os du bassin. L'ostéite tuberculeuse a produit ici des désordres encore plus marqués qu'au rachis; elle a creusé de profondes cavernes tuberculeuses : 1° dans le côté gauche du sacrum; 2° dans le côté droit du même os; là elle a déterminé la formation d'un vaste abcès qui fuse dans le côté correspondant du creux ischio-rectal, en se dirigeant vers le périnée et sans chercher à pénétrer dans le bassin; 3° dans l'ischion droit, dont la grosse tubérosité est détruite et présente une échancrure; 4° dans la crête iliaque droite, à sa limite postérieure, qui en ce point est échancrée comme par le passage d'une balle; 5° dans toute la partie de l'os iliaque droit qui limite le trou obturateur; là tout est détruit, et l'on voit une vaste excavation qui perfore de haut en bas : la branche horizontale du pubis, le trou obturateur, la branche descendante du pubis et une partie de la portion ischiatique. L'abcès, qui renferme plusieurs séquestres tuberculeux, est limité sur les côtés par les muscles obturateurs, et n'a pas eu encore le temps de fuser au loin; il n'est pas en communication avec l'abcès froid développé dans la masse des adducteurs droits, et qui était bien idiopathique, comme nous le pensions.

Thorax. — Ici les lésions produites par l'ostéite tuberculeuse sont à peine croyables tant elles sont graves et étendues. Dans plusieurs points les côtes sont détruites dans une longueur de 1 ou 2 centimètres et comme brisées par un projectile. Comme au bassin et dans les autres points du squelette, le caractère de ces lésions est celui de l'ostéite tuberculeuse; les os sont ulcérés sur une plus ou moins grande étendue, et à la surface de ces ulcérations de fines trabécules circonscrivent des aréoles remplies de matière caséeuse; ce tissu spongieux raréfié s'écrase facilement sous la pression du doigt. Les extrémités costales, érodées par l'ostéite, baignent dans de vastes abcès qui font saillie du côté de la cavité pleurale, et soulèvent la séreuse, qui à leur niveau ne porte pas trace de réaction inflammatoire; il n'y a pas eu de pleurite. En crevant ces poches, dont quelques-unes atteignent le volume d'une mandarine, on fait sortir un liquide purulent jaunâtre assez épais. Les côtes atteintes sont les suivantes :

A gauche : La sixième est détruite au niveau de l'articulation chondro-costale, dans une étendue de 1 centimètre environ; la surface du cartilage est légèrement érodée. La huitième est brisée au niveau de l'angle; solution de continuité de 1/2 centimètre. Onzième côte, même lésion au même niveau, solution de continuité de 2 centimètres. La tête et le col de la dixième et de la douzième baignent dans le pus d'un vaste abcès qui soulève la plèvre correspondante; les muscles de la masse commune bridaient la poche en arrière et ne se laissaient pas soulever.

A droite : La onzième côte est brisée au niveau de l'articulation chondro-costale; perte de substance de 1/2 centimètre. Les quatrième, cinquième et sixième présentent au niveau de l'angle

et sur leur face interne une large érosion donnant naissance à deux abcès indépendants juxtaposés, qui font saillie uniquement à l'intérieur du thorax.

Crâne. — La boite osseuse du crâne porte aussi des traces d'érosions tuberculeuses, et même en un point elle est percée de part en part. En effet, on trouve un abcès profond situé entre l'écaille du temporal gauche et le muscle; le périoste, peu épaissi, est décollé dans la largeur d'une pièce de 5 francs; à ce niveau, l'os est érodé et détruit superficiellement dans une étendue correspondante; le tissu osseux, mis à nu, est comme spongieux et s'écrase sous la pression du doigt. Au fond de cette ulcération osseuse, le stylet trouve une petite perforation par laquelle il pénètre dans la cavité crânienne, qui correspond au fond d'un ulcère osseux identique au premier, creusé sur la table interne de l'os. Ces deux surfaces érodées ne sont séparées que par une mince lamelle osseuse percée d'un trou par lequel elles communiquent.

Du même côté, sur la table interne du pariétal, à 2 centimètres en arrière de la lésion précédente, on voit une ulcération semblable de même grandeur; mais au point correspondant la table externe est saine.

Sur la table interne du pariétal droit, au point symétrique, on découvre une ulcération identique aux précédentes.

Au niveau de ces ulcérations osseuses la dure-mère est décollée, tomenteuse et recouverte d'une mince couche purulente; mais elle n'est pas épaissie, et, comme la plèvre, sa face séreuse ne garde pas trace d'inflammation. La pie-mère ne présente pas de granulations tuberculeuses. (Notons qu'à aucun moment le malade n'a présenté de troubles cérébraux.)

Viscères. — *Cerveau :* Il est absolument normal. Rien du côté de la moelle épinière.

Poumons : Adhérences pleurales nombreuses, minces et se laissant facilement déchirer. Les poumons sont criblés de tubercules crus; sur toutes les coupes on voit un semis de granulations grises et dures; c'est comme s'il avait neigé du tubercule sur la substance pulmonaire; pas de noyaux caséeux. Ce sont là les signes d'une granulie, d'une tuberculose aiguë miliaire et survenue depuis peu, comme l'indique la généralisation des tubercules et leur crudité. Du côté des glandes bronchiques, un seul ganglion est caséeux, mais non ramolli.

Cœur : Pas d'altérations.

Cavité abdominale : Assez grande quantité de sérosité citrine; pas de trace de péritonite.

Foie : 2690 grammes; très volumineux; dégénérescence graisseuse; pas de traces de tubercules.

Reins : 210 grammes; rien de particulier, ainsi que pour la *rate*, qui pèse 355 grammes.

Intestins : Les parois du gros intestin sont notablement épaissies, et le côlon transverse présente une ulcération ayant détruit la muqueuse sur la largeur d'une pièce de 1 franc.

Organes génito-urinaires : Ils ne présentent nulle part de dépôts caséeux ou de tuberculisation grise.

Réflexions. — Voici donc un jeune Breton qui présente quelques antécédents tuberculeux héréditaires et une constitution assez délicate, mais chez lequel pourtant, jusqu'à l'âge de vingt ans, rien ne vient révéler une prédisposition scrofuleuse ou tuberculeuse. A cette époque, il contracte une pleurésie, et ce signe indique clairement pour nous que le sujet est dès lors effleuré par la diathèse tuberculeuse; nous avons, en effet, observé depuis longtemps que l'éclosion des tuberculoses chirurgicales est devancée par l'apparition d'une pleurésie, qui n'est peut-être que la première manifestation du mal. Notre homme, cependant, fait son service régulièrement pendant un an, et c'est seulement au commencement de la seconde année qu'il est pris d'un abcès froid de la région parotidienne. C'est encore une remarque que l'on ne tarde pas à faire dans nos salles, et sur laquelle M. le professeur Gaujot attire souvent l'attention des élèves; ces altérations caséeuses locales surviennent presque invariablement chez les soldats dans le courant de la seconde année de service; il semble qu'il faille cette première année aux causes délétères inhérentes au casernement pour compromettre la santé de l'homme et le mettre dans les conditions de contracter cette débilitation, que l'on nommait autrefois scrofulose passagère, et que nous considérons plutôt comme une tuberculose chirurgicale acquise. Ici c'est un abcès froid qui apparaît en avant du tragus; qu'il se soit développé au début dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sur la face externe du périoste, peu importe. Ce qui est intéressant à noter c'est qu'au moment où on l'examine l'os maxillaire n'est pas dénudé. L'état général est bon, bien qu'indiquant une débilitation assez grande; il n'y a pas de signe de tuberculose pulmonaire.

Les choses en restent là pendant deux ou trois mois. Mais déjà peu de temps après son entrée, le malade se plaignait de douleurs de reins et bientôt l'on acquiert la certitude qu'un abcès par congestion est en voie de formation. Alors la scène change; l'ulcère tuberculeux primitif de la joue détruit le périoste, ronge la lame externe de la mâchoire, et envahit l'articulation temporo-maxillaire qu'elle détruit. Pendant ce temps le poison tuberculeux se généralise, et chose singulière, il se fixe de préférence sur le tissu osseux. L'ostéite tuberculeuse envahit successivement: le rachis dont elle ulcère presque toute la face antérieure, les os du bassin où elle creuse de profondes cavernes, les côtes qu'elle brise et disloque, le crâne dont elle perfore la paroi osseuse. L'état général s'aggrave notablement; la fièvre est continue, une diarrhée incoercible, probablement entretenue par l'ulcération du côlon, épuise les forces du malade qu'une granulie du poumon vient achever; cette période aiguë de l'affection ne dure pas beaucoup plus de deux mois.

Ces faits parlent d'eux-mêmes, et il est permis d'en tirer les conclusions suivantes :

1° L'abcès froid de la joue, que les anciens n'auraient pas manqué de ranger au début dans la classe si mal définie des abcès froids idiopathiques et plus tard, après dénudation osseuse, dans celle encore plus vague des caries, était bien une tuberculose localisée dans le tissu cellulaire de la région : l'évolution ultérieure de l'affection s'est malheureusement chargée de vérifier cette vue pathogénique. L'homme s'est inoculé lui-même le principe tuberculeux comme le cobaye auquel mon collègue M. le docteur Kiener avait injecté des fongosités prises, au début, dans le trajet fistuleux de la joue et qui est mort tuberculeux quelques mois après. Ajoutons que l'examen microscopique pratiqué par M. Kiener a démontré la nature tuberculeuse des lésions osseuses du rachis et des autres points du squelette.

2° Ces tuberculoses localisées s'épuisent d'ordinaire sur place et ne s'accompagnent pas aussi souvent qu'on pourrait le croire de phthisie pulmonaire proprement dite. Cette proposition que nous avons déjà formulée dans ce journal en étudiant les abcès froids tuberculeux sus-périostiques (*de la périostite chronique externe*, d'après les leçons de M. le professeur Gaujot, décembre 1879), peut étonner les chirurgiens qui pensent que ces suppurations de longue durée épuisent le malade et entraînent presque fatalement, à la suite de l'hecticité qui en résulte, des pneumonies caséeuses, c'est pourtant une remarque que l'on est forcé de faire quand on observe dans les hôpitaux militaires. Pendant le temps que nous suivons nos hommes, nous observons assez rarement ces altérations lentes du parenchyme pulmonaire : quand ils sont enlevés par le poumon, comme dans le cas que nous citons, c'est parce qu'il s'est déclaré une tuberculose aiguë, et l'on trouve le tissu du poumon infiltré de tubercules crus, c'est-à-dire développés depuis peu, sans trace de caséification et de cavernes.

3° Il est bon cependant de se rappeler que les malades porteurs d'abcès froids caséeux sont toujours exposés à l'invasion d'une tuberculose généralisée qui peut prendre, comme ici, la forme suraiguë et les enlever en quelques semaines. Il est impossible de ne pas voir que, dans ce cas, les accidents généraux sont dus à la diffusion du poison qui, à ce moment infecte l'économie tout entière. C'est une véritable auto-inoculation. Mais nous ne savons pas par quelle voie se fait la dissémination du principe tuberculeux; tout ce que nous pouvons remarquer c'est que, lorsqu'il se généralise aussi rapidement que chez notre malade, il affecte de préférence un tissu anatomique; ce sont

tantôt les séreuses, tantôt les ganglions lymphatiques qui se caséifient presque en totalité, tantôt les viscères, etc.; ici c'est le squelette qu'il choisit et l'affection prend la forme d'une ostéite tuberculeuse suraiguë qui en quelques semaines et avec une violence inouïe ulcère le rachis, les côtes, le bassin et perfore même la boite osseuse du crâne.

4° Il serait de la plus haute importance d'établir l'influence qu'exerce sur cette généralisation tuberculeuse l'intervention chirurgicale. Est-il possible de préserver l'homme de cette infection toujours imminente en enlevant le plus tôt possible le foyer caséeux qui en est la source, comme le pensent nombre de chirurgiens qui se hâtent de les opérer? L'intervention opératoire n'est-elle pas parfois dangereuse en ouvrant une large voie à l'absorption et par suite en favorisant cette généralisation? L'observation que nous citons et notre pratique personnelle encore trop courte ne nous permettent pas de trancher cette délicate question : mais nous ne pouvons nous empêcher de songer à deux ou trois cas dans lesquels nous avons vu les malades succomber à des tuberculoses souvent rapides, survenues à la suite d'opérations pratiquées sur des épididymites caséeuses et des fistules à l'anus.

5° Pour en finir on remarquera que l'altération de la colonne vertébrale a pris, dans le cas que nous citons, une forme assez différente du mal de Pott décrit par les auteurs classiques : elle correspond à ce que l'on a nommé l'ostéite diffuse des vertèbres. Ici, en effet, l'ostéite tuberculeuse a ulcéré la plus grande partie de la face extérieure du rachis, mais d'une façon superficielle, sauf au niveau des vertèbres lombaires. Aussi il n'y a pas lieu de s'étonner dans ce cas que l'affection ne se soit accompagnée ni de déformation apparente de la colonne vertébrale, ni de phénomènes médullaires.

A l'appui de ces conclusions nous voudrions citer un cas semblable au nôtre, survenu aussi dans le service de M. le professeur Gaujot en 1872; mais la place nous fait défaut et nous renvoyons nos lecteurs à cette observation très instructive publiée par M. le docteur de Santi dans la *Tribune médicale* (année 1877, page 472). C'est l'histoire d'un soldat de vingt-trois ans qui entre, le 3 mars 1877, à l'hôpital du Val-de-Grâce pour une otite moyenne purulente, sans présenter le moindre signe de phthisie pulmonaire. On découvre l'existence d'un abcès froid rétro-pharyngien d'origine rachidienne et on l'ouvre. A la fin du mois l'état général s'altère, la fièvre s'allume, une tuberculose aiguë se déclare et le malade meurt le 5 avril. A l'autopsie on trouve toute la face antérieure du rachis depuis l'atlas jusqu'au sacrum rongée par l'ostéite tuberculeuse diffuse avec décollement des surtouts ligamenteux et abcès froids multiples appendus de chaque côté de la colonne vertébrale ou faisant saillie dans le canal médullaire. Remarque intéressante pour nous, le poumon était farci de granulations miliaires indiquant une tuberculisation récente, mais il n'y avait pas de foyer caséeux. Quelques ulcérations intestinales du côté de la valvule iléo-cæcale. L'examen histologique pratiqué par M. Laveran montra la nature tuberculeuse de ces lésions.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 29 MAI 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

Aucune communication concernant la médecine.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 6 JUIN 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

Par un arrêté dont M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet l'ampliation et conformément à la délibération récente de l'Académie, celle-ci est autorisée à ajouter à l'article 2 de son règlement ainsi conçu : « Les associés libres peuvent être au nombre de 10 », le paragraphe suivant : « Les membres associés libres seront choisis parmi les savants, les administrateurs d'un ordre élevé ou toutes autres personnes pouvant prêter un concours utile à l'Académie. »

M. le docteur *E. Hardy* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de physique et de chimie.

M. le docteur *Borius* envoie, pour le concours du prix Godard, un ouvrage intitulé : *Les maladies du Sénégal*. (Inscrit sous le n° 9.)

M. le docteur *Jules Bœckel* (de Strasbourg) adresse, pour le concours du prix Amussat de 1883, un livre portant le titre de : *Fragments de chirurgie antiseptique*. (Inscrit sous le n° 2.)

M. le docteur *Poulet*, professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce, envoie, pour le concours du prix Itard de 1882, un livre intitulé : *Traité des corps étrangers en chirurgie*. (Inscrit sous le n° 3.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose le *Discours de clôture du Congrès de Dax*, par M. le docteur F. Garrigou; M. *Daremberg* offre, de la part de M. le docteur *Guiraud* (de Nice), une brochure intitulée : *Des mouvements de population à Montauban*.

M. *Roger* présente, au nom de M. le docteur *Marquez*, une brochure sur *Hyères*.

M. *Fournier* fait hommage d'une étude de M. le docteur *J. Rollet* (de Lyon) intitulée : *Des anciens foyers de syphilis et de l'origine américaine de l'épidémie du quinzième siècle*.

M. *Dechambre* dépose, au nom de M. le docteur *Modrzejewski* (de Varsovie), deux photographies représentant un cas de *moluscum* fibreux très multiplié.

M. *Moutard-Martin* présente : 1° de la part de la Société française d'hygiène, la 6e édition de la brochure intitulée : *Hygiène et éducation de la seconde enfance*; 2° un travail de M. le baron de Thérésopolis sur l'*antagonisme de la morphine et des alcaloïdes des solanées vireuses*; 3° un mémoire de M. *Marié-Davy* sur l'*assainissement de Paris*; 4° une étude de M. le docteur *Zanni* (de Constantinople) portant le titre suivant : *Des beurres dits de Sibérie, composition et analyse chimique*.

M. *Depaul* offre, au nom de M. le docteur Chahbazian, un mémoire sur *les fibromes du col de l'utérus au point de vue de la grossesse et de l'accouchement*.

D'une note transmise par MM. les bibliothécaires de l'Académie, il résulte qu'en 1881, 6870 volumes ou brochures sont entrés dans ses collections, savoir 6020 ouvrages divers, 250 périodiques (journaux et annuaires) et 600 thèses, ce qui porte le total des imprimés que possède la Compagnie à 107 899 volumes ou brochures.

Congrès de Genève. — Sur le rapport de M. Léon Colin, en réponse à la demande de M. le ministre de l'instruction publique, l'Académie propose à celui-ci comme délégués au Congrès international d'hygiène de Genève MM. *Fauvel*, *Proust* et *Léon Colin*.

Eaux minérales. — Conformément aux conclusions d'un rapport de M. *Armand Gautier*, l'Académie émet un avis favorable pour l'exploitation d'une source d'eau minérale dite Marie-Louise appartenant à M. Bonnet-Bardin, à Chamalières (Puy-de-Dôme).

Remèdes secrets. — L'Académie adopte les conclusions négatives d'une série de rapports de M. *Jungfleisch* sur des remèdes secrets sans intérêt ou n'ayant rien de sérieux.

Lésions utérines et péri-utérines dans la fièvre puerpérale. — Des lésions de l'utérus et de ses annexes dans la fièvre puerpérale, telle était la question mise au concours par l'Académie pour le prix Portal de 1881; un seul mémoire a été envoyé, mais, ainsi que l'apprend M. *Bernutz* dans un rapport très étudié et qui est à lui seul une importante monographie, son auteur s'est livré à une étude des plus complètes de la question proposée, surtout au point de vue de l'anatomie pathologique; on y trouve, en effet, après un historique des travaux et discussions auxquels a donné lieu la fièvre puerpérale, après une étude histologique approfondie du travail normal d'involution, des recherches très précises sur l'état des organes utérins et périutérins, examinés au point de vue histologique, dans les diverses affections dont les uns et les autres peuvent être atteints en pareil cas. Ces études s'appuient sur un nombre assez considérable d'observations qui ont permis à l'auteur de rappeler

les diverses théories émises à propos des accidents puerpéraux; sans se prononcer contre les diverses hypothèses étiologiques et pathogéniques, contage, miasme, virus ou septicémie, il admet cependant que ces accidents doivent être rattachés à une seule et même cause morbide, quelle qu'elle soit, en se fondant sur ce que toutes les accouchées d'une même salle présentent à des degrés divers des phénomènes à peu près identiques; ce qui est incontestable, c'est que la fièvre puerpérale est contagieuse et qu'il y a les plus grandes analogies entre les accidents auxquels elle donne lieu et ceux auxquels succombent les amputés.

M. *Jules Guérin* ne croit pas que l'Académie puisse accepter, sans le soumettre à une discussion approfondie, le rapport lu en séance publique par M. Bernutz; en donnant son approbation aux idées qui y sont émises, elle semblerait laisser tout à fait indéterminée la question soulevée. Car le mémoire dont ce rapport fait l'éloge ne fait pas mention de la discussion de 1838, et il ne faut pas oublier qu'il est toute une série de faits, M. Jules Guérin en a observé autrefois un grand nombre, dans lesquels on n'a pu trouver aucune espèce de lésion apparente à l'autopsie de femmes ayant succombé à la fièvre puerpérale; ces femmes meurent souvent si vite qu'elles n'ont pas le temps d'en avoir. Il serait donc désirable de ne pas passer sous silence ce côté de la question, qui a une grande importance au point de vue des doctrines.

On a pu, en effet, objecte M. *Bernutz*, croire autrefois que les malades mouraient presque toujours de fièvre puerpérale sans lésions organiques, parce qu'on se contentait alors de l'examen macroscopique des organes; mais aujourd'hui qu'il est facile de se livrer à une étude microscopique minutieuse, il est presque permis de les nier. L'auteur du mémoire a précisément montré par ses recherches histologiques très complètes que les opinions anciennes doivent désormais tenir compte de la perfection de plus en plus grande des procédés d'investigation.

Société de biologie.

SÉANCE DU 3 JUIN 1882. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Effets et mode d'élimination des iodures de tétréthylarsonium et des iodures doubles de tétréthylarsonium et de zinc : M. Rabuteau. — Léthargie incomplète; indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral : M. Dumontpallier. — Action comparée des chlorures de lithium, sodium et potassium sur la fermentation lactique : M. Ch. Richet. — Résultats de l'alimentation azotée chez les herbivores : M. Regnard.

M. *Rabuteau*. L'iodure de tétréthylarsonium simple injecté sous la peau des grenouilles *à la dose de 1 centigramme* produit un empoisonnement tout à fait analogue à celui du curare. A cette dose qui est suffisante pour amener la mort des grenouilles, il y a paralysie des nerfs moteurs et conservation de la contractilité musculaire. (Note précédente.)

L'iodure de tétréthylarsonium et de zinc, à la dose de 1 centigramme, n'amène généralement pas la mort. Ces résultats s'expliquent : 1 centigramme de ce sel double contient 5 milligrammes d'iodure de tétréthylarsonium, dose insuffisante d'après ce qui a été dit plus haut. D'autre part cette même quantité de 1 centigramme contient également 5 milligrammes de zinc, dose habituellement insuffisante.

A la dose de 2 centigrammes injectés sous la peau du dos dans 10 à 15 centigrammes d'eau, on observe la superposition des deux actions toxiques : celle de l'iodure de tétréthylarsonium (poison paralyso-moteur, curarique), et celle de l'iodure de zinc (poison musculaire).

L'iodure de tétréthylarsonium et de zinc est donc un sel double non seulement au point de vue chimique, mais encore au point de vue toxique. Il agit à la fois sur le système nerveux moteur et sur le système musculaire.

Les expériences faites sur les cochons d'Inde sont moins concluantes, sans doute à cause de la quantité insuffisante de sel double que l'auteur a eue à sa disposition. Ces expériences démontrent toutefois ce fait remarquable que l'on peut faire pénétrer dans l'organisme, à l'état de sel d'arsonium quaternaire, des quantités d'arsenic véritablement prodigieuses, qui amèneraient fatalement la mort si elles étaient administrées soit à l'état d'acide arsénieux ou arsénique, soit sous la forme d'arséniates ou d'arsénites.

— M. *Dumontpallier* a observé dans son service une femme chez laquelle un sommeil léthargique particulier avait été produit par une violente émotion : cet état léthargique était remarquable par une résolution musculaire et une anesthésie complète avec conservation du sens de l'ouïe et de la mémoire. L'action du regard sur les paupières abaissées a suffi pour déterminer le réveil, mais la malade était restée aphone. Dans les jours suivants elle a présenté une série de phénomènes nerveux qui sont invoqués par l'auteur à l'appui de l'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère; c'est ainsi que, la malade étant éveillée, si l'on provoque l'état léthargique par l'action du regard, on constate que la léthargie n'existe que pour le membre supérieur droit et le membre inférieur gauche. Il en est de même pour l'état cataleptique et l'état somnambulique. Si la malade est alors réveillée par l'action du regard, on remarque qu'elle ne distingue aucun objet de l'œil gauche et qu'elle ne sent pas la pression sur le membre supérieur gauche. « Il ressort de cette expérience, dit M. Dumontpallier, que la rétine de l'œil droit seulement transmettait au cerveau l'action de la lumière, de même que la pression sur le côté droit du vertex était transmise au cerveau. De plus, étant admis l'entre-croisement des fibres nerveuses des sensibilités générale et spéciale, nous étions conduit à supposer que le cerveau gauche seulement avait conservé son activité fonctionnelle. » Mais en provoquant le transfert des troubles anesthésiques, on a vu s'intervertir les réactions précédentes. Ces résultats amènent l'auteur à considérer comme établie l'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral.

M. *Poncet* (de Cluny) fait remarquer que les faits d'anesthésie rétinienne unilatérale complète signalés par M. Dumontpallier, ne concordent pas avec la notion classique de l'entre-croisement des fibres optiques; il croit indispensable de pratiquer l'examen campimétrique avant de se prononcer sur l'insensibilité complète de la rétine dans les cas de ce genre.

— M. *Ch. Richet* présente une nouvelle série de faits qui tendent à confirmer ce qu'il a avancé précédemment, à savoir que la hiérarchie de toxicité des métaux n'est pas la même que leur hiérarchie atomique.

Il a pris pour sujets d'études les trois chlorures alcalins de lithium, sodium et potassium dont les poids atomiques sont de 7, de 23 et de 39 respectivement. On devrait les trouver de plus en plus toxiques, à mesure qu'on passe du lithium au sodium et du sodium au potassium, si la loi posée par M. Rabuteau était générale.

Au lieu d'étudier leur action sur les vertébrés, M. Richet a préféré rechercher leurs effets comparatifs sur les organismes inférieurs qui déterminent la fermentation lactique. Cette fermentation offre l'avantage de se faire régulièrement sans qu'il soit nécessaire de purifier par des cultures successives ou d'ensemencer le liquide qu'on examine; d'autre part, le dosage de l'activité du ferment est très simple : c'est une simple évaluation acidimétrique.

Le procédé de dosage employé pour l'acide lactique est fondé sur la propriété de la phtaléine du phénol, dissoute dans l'alcool, de se colorer en rouge dès que la liqueur passe à l'état alcalin.

Des expériences présentées par M. Richet, se dégage ce premier point que des quantités considérables de substance saline peuvent favoriser la fermentation lactique au lieu de l'entraver. Le lait fermente mieux quand il contient environ 5 grammes de sodium ou mieux 15 grammes de potassium par litre que quand il est pur.

Pour comparer le degré d'activité des différents chlorures, l'auteur a choisi une limite calculée d'après la quantité de sel qui correspond à une production d'acide lactique égale à la moitié de l'acide lactique formé dans les conditions normales. On voit ainsi que le sodium est deux fois moins actif que le potassium, et cinq fois moins actif que le lithium.

C'est absolument le contraire de ce qu'on aurait dû constater en se rapportant à la loi de M. Rabuteau.

— M. *P. Regnard* a pensé que les insuccès de l'alimentation azotée des herbivores tenaient au mauvais choix des substances employées (viande crue salée, etc.), et d'autre part à la période trop tardive de la vie à laquelle cette alimentation est essayée.

En présence de ce fait que les herbivores sont en réalité des carnivores pendant la phase de leur existence où ils se nourrissent de lait, l'auteur s'est demandé s'il ne serait pas possible d'activer le développement des jeunes en remplaçant le lait maternel par quelque autre substance azotée.

Quelques expériences concluantes ont été faites sur des agneaux : on les a nourris avec du sang desséché pris à l'abattoir, en augmentant graduellement les doses de 10 grammes environ à 80 grammes. La comparaison des sujets ainsi alimentés avec d'autres sujets du même âge, également abandonnés de leur mère et soumis à la ration d'entretien végétale, est tout à fait favorable à l'alimentation azotée.

M. Regnard considère l'application de ce procédé comme pouvant être très avantageuse non pour l'alimentation des agneaux, mais pour celle des jeunes veaux qu'on abandonne dans certains pays après avoir obtenu de la vache le seul produit qu'on désire, c'est-à-dire le lait destiné à la fabrication du fromage.

REVUE DES JOURNAUX

Des rapports de l'asthme et des polypes muqueux du nez, par le docteur JOAL.

Les polypes muqueux du nez occasionnent parfois, surtout chez les arthritiques, des troubles dypsnéiques de nature asthmatique. Cet asthme symptomatique a sans doute pour cause une action réflexe consécutive à l'irritation de la muqueuse nasale; d'ailleurs les troubles nerveux provoqués par les polypes du nez consistent parfois en simples éternuements spasmodiques, se montrant par accès. D'autre part, on sait depuis longtemps que les tumeurs polypeuses donnent parfois lieu à l'emphysème et au catarrhe chronique des bronches. L'ablation des polypes du nez a pour résultat d'amender ou de faire disparaître les accidents de nature asthmatique. (*Arch. gén. de médec.*, mai 1882.)

Les altérations paludéennes du rein, par MM. KIÉNER et KELSCH.

Dans ce travail fort intéressant, nous ne relèverons ici que les faits relatifs aux déterminations de l'impaludisme sur le rein. Ce sont, avant tout, des phénomènes d'ordre commun que les auteurs ont eu à décrire; et dans ces hyperhémies, ces phlegmasies, ces dégénérescences, la spécificité étiologique n'est marquée qu'en caractères de second ordre. Le poison paludéen est congestif, phlogogène, non stéatosique; d'où la tendance aux hémorrhagies, aux inflammations franches, tandis que les lésions artérielles sont peu accusées, et que les dégénérescences graisseuse ou amyloïde font presque toujours défaut. (*Arch. de physiol. norm. et patholog.*, n°s 2 et 3, 1882.)

De l'épithélioma primitif de la rate, par Em. GAUCHER. Thèse de Paris. O. DOIN, 1882.

Courte et excellente thèse, dont les conclusions sont fondées sur une observation très complète. Les caractères cliniques de l'affection qui y est étudiée furent: une hypertrophie considérable de la rate qui pesait 4 kil. 770, avec douleurs spontanées vives, des hémorrhagies multiples sans leucémie, ni ascite, enfin une cachexie spéciale. L'examen histologique conduisit au diagnostic d'épithélioma de la rate. Les éléments spléniques étaient remplacés par des cellules épithéliales volumineuses, nucléaires; les corpuscules de Malpighi étaient détruits; enfin, dans la trame conjonctive hyperplasiée se voyaient des foyers hémorrhagiques. Mais la dénomination d'hypertrophie primitive et idiopathique semble sujette à critique, puisque, dans le fait de Gaucher, la splénomégalie et les phénomènes morbides paraissent avoir été consécutifs à une dothiénentérie. Ne serait-ce pas une splénopathie typhoïde passée à l'état chronique?

Recherches histologiques sur les tubercules sous-cutanés douloureux, par M. A. CHANDELEUX.

On connaît bien, au point de vue clinique, ces petites tumeurs sous-cutanées, faisant légèrement saillie sous les téguments et donnant lieu à de vives douleurs, spontanées ou provoquées par la pression, revenant souvent par accès. Mais on est loin d'être fixé sur leur structure, sur leurs rapports avec les nerfs.

D'après M. Chandeleux, les tubercules sous-cutanés douloureux ont une structure très variable; rarement ce sont des névromes vrais, plus souvent il s'agit de fibromes papillaires ou d'épithéliomes tubulés formés aux dépens des glandes sudoripares. Des faisceaux nerveux sont toujours en rapport avec la tumeur, soit qu'ils rampent à la surface, soit qu'ils se trouvent dans l'intervalle de ses lobules.

Enfin, les douleurs spontanées sont dues à la turgescence des vaisseaux qui existent dans l'épaisseur de la tumeur, ou autour d'elle.

Ce travail est suivi d'un index bibliographique étendu. (*Arch. de physiol. norm. et pathol.*, 1882, n° 4.)

Du bruit de glou-glou provoqué dans certains cas de pneumothorax par les mouvements alternatifs de flexion et de redressement du tronc, par M. G. VARIOT.

Dans ce travail, entrepris sous l'inspiration de Maurice Raynaud, M. Variot étudie un signe non encore décrit de pneumothorax. Pour produire le *glou-glou* pleural, il faut faire exécuter aux malades, avec une certaine brusquerie, des mouvements alternatifs de flexion à angle droit et d'extension du tronc sur les cuisses. On entend alors une succession de 3, 4 ou même 5 grosses bulles à timbre cavitaire et simulant le glou-glou aspiratif d'une bouteille qui se vide. Il n'y eut d'autopsie dans aucun des deux cas rapportés par M. Variot; aussi son interprétation du mécanisme de la production du glou-glou reste-t-elle hypothétique. Il s'agirait, d'après lui, de pneumothorax dans une plèvre cloisonnée. Selon que les malades sont dans la position debout ou fléchie, les gaz et les liquides se substituent réciproquement les uns aux autres, et la production du bruit normal est due au passage des gaz et des liquides à travers les orifices étroits des logettes pleurales. (*Revue de médecine*, 1882, n° 5.)

Cirrhose hypertrophique pigmentaire dans le diabète sucré, par MM. HANOT et A. CHAUFFARD.

Chez les deux malades dont MM. Hanot et Chauffard rapportent l'histoire, il se produisit, à la période cachectique d'un diabète sucré, une coloration bronzée de la peau, analogue à celle qu'on observe dans la maladie d'Addison, mais sans pigmentation des muqueuses. A l'autopsie on trouva une cirrhose hypertrophique du foie, avec production de nombreux canalicules biliaires de nouvelle formation et atrophie pigmentaire de l'épithélium hépatique. Les auteurs attribuent ces lésions si complexes à trois influences successives et surajoutées; la lésion préalable, déterminante de l'hyperglycémie, l'adultération du sang, enfin le vice d'irrigation consécutif à l'artérite. Ils n'émettent d'ailleurs que sous toutes réserves cette interprétation pathogénique de cette variété non encore décrite de cirrhose pigmentaire. (*Revue de médecine*, 1882, n° 5.)

BIBLIOGRAPHIE

Étude sur les souffles du rétrécissement et de l'insuffisance de l'artère pulmonaire, par G. VIMONT, interne-lauréat des hôpitaux. — Thèse de doctorat, Paris, 1882.

La partie la plus importante du travail de M. Vimont est relative à la démonstration définitive, grâce à un grand nombre d'observations très précises, du rétrécissement et de l'insuffisance *acquis* de l'artère pulmonaire. Cette variété clinique de lésions de l'artère pulmonaire, que Constantin Paul avait établie en 1871 en se fondant lui-même sur des examens minutieux, repose aujourd'hui sur un nombre considérable de faits : M. Vimont apporte à l'appui de sa thèse 52 observations avec des tableaux synoptiques très soignés.

L'étude des souffles eux-mêmes est faite avec une grande précision sauf quelques critiques de détail qui seront indiquées tout à l'heure, nous ne pouvons mieux faire que de résumer ici ce qu'en dit l'auteur.

Après avoir cherché à déterminer à son tour d'une manière indiscutable les rapports de l'orifice et du tronc de l'artère pulmonaire avec la paroi antérieure du thorax, M. Vimont établit le fait important que, « dans certains cas de rétrécissement pulmonaire, on voit l'artère dilatée s'accoler à cette paroi et *même lui transmettre des ondulations* ». Ceci expliquera pourquoi on observe fréquemment un frémissement cataire plus ou moins intense dont la coïncidence avec le souffle du rétrécissement pulmonaire présente une valeur diagnostique indiscutable.

Quant aux souffles, leur étude se ramène aux points suivants :

Le souffle du rétrécissement siège à la base du cœur; il a son maximum dans le deuxième espace intercostal gauche à 1, 2, 3 centimètres du bord gauche du sternum, c'est-à-dire au point qui correspond à l'artère pulmonaire plus ou moins dilatée. Ce souffle est systolique et prolongé, remplace le premier bruit du cœur qu'il couvre complètement. Le plus souvent intense et rude, il se propage en suivant le trajet de l'artère pulmonaire. Il diminue et même disparaît au niveau du passage de la crosse aortique sur la bifurcation de l'artère pulmonaire et ne se propage pas dans les vaisseaux du cou.

Le souffle de l'insuffisance (lésion le plus souvent associée au rétrécissement) siège aussi à la base du cœur, dans la même région. Il est diastolique, d'une durée variable; doux et aspiratif en général; ressemble beaucoup à celui de l'insuffisance aortique, mais se propage dans la direction du ventricule droit, « on le suit en descendant le long du sternum jusqu'au quatrième espace intercostal environ ».

Ces caractères du souffle de l'insuffisance pulmonaire ne sont pas, comme on voit, tellement spéciaux qu'on ne puisse hésiter entre cette lésion et l'insuffisance aortique : aussi faut-il, comme le dit l'auteur, ne se prononcer qu'après un examen détaillé de l'état du cœur lui-même et du pouls par tous les moyens connus.

La même réserve, quoique moins rigoureuse, pourrait être faite à propos du diagnostic différentiel du souffle du rétrécissement pulmonaire et de celui du rétrécissement aortique. Cependant ici, le siège, l'existence simultanée du frémissement cataire, le défaut de propagation dans les vaisseaux du cou rendaient déjà plus certaine la localisation du souffle systolique à l'orifice pulmonaire. M. Constantin Paul a ajouté aux signes différentiels précédents un point nouveau dont l'importance clinique n'échappera à personne : il s'agit des différences que présente ce souffle suivant la position donnée au malade et suivant qu'il fait ou non un effort : « Quand le malade est dans un plan horizontal, le bruit de souffle atteint son maximum d'intensité et s'accompagne de frémissement cataire. Au contraire, quand il est debout, le bruit diminue considérablement tout en restant perceptible. » De même quand le sujet fait un violent effort d'expiration en fermant la bouche et les narines, le souffle diminue et finit par disparaître.

Tout en acceptant volontiers la signification des modification précédentes dues aux changements de position et à l'influence de l'effort, nous ne croyons pas que les explications données soit par M. Constantin Paul, soit par M. Vimont, soient à l'abri de toute critique. Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur une discussion de ce genre : nous nous contenterons donc d'une simple remarque. Pour l'influence des changements de position, dire avec M. C. Paul que la pesanteur est plus favorable à la circulation de l'artère pulmonaire dans le décubitus horizontal, c'est peut-être s'avancer beaucoup; car le cours du sang dans cette artère est surtout commandé par les variations de l'aspiration thoracique et la pesanteur n'a que peu ou point d'influence sur elle. Nous aimerions mieux admettre avec M. Vimont, d'après les idées émises par M. Grancher, que, dans cette position du malade, le bruit de l'artère pulmonaire se renforce d'un bruit extra-cardiaque surajouté, dû à la présence de la lame de poumon qui vient s'interposer entre le cœur et la paroi; mais nous comprenons autrement le rôle de cette lame pulmonaire : pour nous, il s'agit ici, comme l'enseigne M. Potain, du déplacement brusque, par aspiration, de l'air contenu dans la portion de poumon voisine du cœur au moment de l'évacuation systolique, bien plutôt que d'un choc produit par l'expansion artérielle.

Quant aux modifications déterminées par l'effort, et consistant en une atténuation graduelle du bruit systolique de l'artère pulmonaire, l'explication de M. Vimont est en contradiction avec un fait physiologique sur lequel nous avons nous-même insisté ailleurs : la tension, au lieu d'augmenter, comme le pense l'auteur, diminue graduellement dans le système cardio-pulmonaire, attendu que, pendant l'effort, le sang veineux, retenu aux abords de la poitrine, cesse d'arriver en quantité suffisante pour alimenter la circulation intra-cardiaque droite et pulmonaire. C'est donc beaucoup plutôt, comme le pensait M. C. Paul, à la diminution progressive de l'ondée de l'artère pulmonaire qu'est due l'atténuation graduelle du souffle.

Ces réserves théoriques sont, comme on le voit, peu importantes et n'enlèvent rien à la valeur du travail de M. Vimont : il s'est surtout proposé de faire une œuvre clinique, d'établir sur une base plus large l'existence des lésions acquises de l'artère pulmonaire, et de préciser les caractères des souffles qui permettent d'en affirmer l'existence. Ce que nous avons dit de cette partie essentielle de sa thèse suffit à montrer qu'il a pleinement atteint son but.

FRANÇOIS-FRANCK.

Traité de l'art des accouchements, par MM. Tarnier et Chantreuil. 1er volume. — Paris, Lauwereyns, 1882.

Malgré les importants progrès réalisés dans ces derniers temps par la science obstétricale, aucun traité classique représentant l'état actuel de nos connaissances n'existait en France. Pour conduire à bonne fin un pareil travail, il fallait à la fois des recherches considérables et le contrôle d'une grande expérience. L'heureuse collaboration trop tôt interrompue de MM. Tarnier et Chantreuil réalisait cette double condition. D'un côté, un jeune accoucheur pouvant consacrer le temps nécessaire au dépouillement de tous les documents scientifiques, de l'autre un praticien mûri par l'expérience, capable de contrôler tous ces matériaux et de les coordonner dans le plan bien arrêté de l'ouvrage. Des deux volumes qui composeront ce nouveau Traité des accouchements, le premier, que nous avons sous les yeux, comprend tout ce qui se rapporte à l'accouchement naturel : l'*eutocie*. Le second, qui traitera de la partie pathologique, *dystocie*, nous est promis dans un bref délai.

Le premier volume, consacré à la partie physiologique de l'art des accouchements, est divisé en sept parties ou sections : 1° l'anatomie de l'appareil génital de la femme; 2° la physiologie des organes génitaux avant la grossesse; 3° la grossesse normale; 4° l'accouchement normal; 5° la délivrance naturelle; 6° l'état puerpéral physiologique; 7° l'hygiène de l'enfant nouveau-né.

Il nous serait impossible d'aborder l'analyse complète du *Traité de l'art des accouchements*, nous voulons seulement signaler quelques points qui nous paraissent particulièrement dignes d'intérêt. A ce titre, nous indiquerons le chapitre de la troisième section traitant des signes fournis par le palper abdominal.

Indiqué pour la première fois en 1601 par l'Italien Mercurius Scipio, comme un moyen de distinguer les présentations du fœtus, le palper, après avoir été plus ou moins utilisé par tous les accoucheurs de l'Europe, a été étudié dans ces derniers temps par M. le docteur Pinard, qui en a donné un traité complet (1878). M. Tarnier, qui s'en était spécialement occupé dès 1865, lui consacre un chapitre important dans lequel se trouvent les renseignements nécessaires sur la technique de ce procédé à l'aide duquel on peut acquérir les données les plus précises sur l'état de la matrice, l'attitude du fœtus, le diagnostic des présentations et des positions. Toutes ces démonstrations sont appuyées d'excellentes figures qui en facilitent singulièrement l'intelligence.

Cette abondance de figures se retrouve dans toutes les parties de l'ouvrage où elles peuvent être utiles, principalement dans les chapitres consacrés à l'étude des phénomènes mécaniques de l'accouchement. On comprend facilement quelle clarté elles donnent aux explications et combien elles les simplifient.

A propos de l'état puerpéral et des soins qu'il convient de donner aux accouchées, les auteurs nous présentent sur l'hygiène des Maternités une étude du plus haut intérêt, envisagée au point de vue des théories régnantes sur les véritables agents de la contagion, de l'infection et de la méthode antiseptique. Nous y retrouvons le plan du nouveau pavillon d'isolement de la Maternité de Paris (pavillon Tarnier) où l'on s'est efforcé de réunir toutes les conditions qui peuvent garantir les accouchées des chances si multipliées de la contagion.

Le volume se termine par un dernier chapitre consacré à l'alimentation des enfants du premier âge. Dans aucun traité d'obstétrique, la question n'a été traitée avec autant de soins et de détails. Toutes les difficultés de la pratique sont signalées et le médecin y trouvera tous les renseignements dont il a si souvent besoin. C'est un guide sûr et qui sera souvent consulté.

Nous souhaitons vivement que le second volume consacré à la dystocie vienne compléter prochainement cette œuvre vraiment magistrale, inspirée des meilleures traditions de notre école.

B.

Index bibliographique.

Organisation de la médecine publique en France, par M. A.-J. Martin. Brochure in-8° de 38 pages. — Paris, 1882. G. Masson.

De l'organisation départementale de la médecine publique, par le docteur Gustave Drouineau, secrétaire du Conseil départemental d'hygiène publique de la Rochelle. Brochure in-8° de 145 pages. — Paris, 1882. G. Masson.

Ces deux brochures ont été présentées à l'Académie de médecine, dans la séance du 9 mai, par M. le docteur Bergeron, qui en a fait un commentaire excellent, et nous-même les avons signalées dans le n° 19 de la *Gazette hebdomadaire* (p. 319), à la suite d'un très intéressant mémoire de M. Valentin Vignard sur le même sujet. Nos lecteurs sont donc au courant de la question qui domine toute l'organisation de la médecine publique. Ils savent combien il serait désirable que tous les rouages de cette organisation fussent entre les mains d'une direction centrale. On peut discuter sur la forme à donner à cette concentration d'autorités et d'attributions; nous nous sommes expliqué à cet égard; mais qu'elle revête la forme d'un ministère spécial où celle d'un simple service central, elle est indispensable tout à la fois pour mettre en mouvement l'esprit d'initiative et pour assurer l'harmonie dans l'ensemble de mesures, si nombreuses et si diverses, que réclame l'intérêt de la santé publique.

Le travail de M. Martin, qui est un Rapport fait à la *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle*, envisage le sujet dans toutes ses parties et pour la France entière. Passant d'abord en revue nos services d'hygiène, notre service sanitaire extérieur, nos bureaux d'hygiène, notre comité consultatif d'hygiène, nos services administratifs de médecine publique; puis, portant ses regards à l'étranger, où les mêmes besoins ont amené l'expression et quelquefois l'accomplissement des mêmes *desiderata*, il fait ressortir à chaque pas les graves inconvénients d'un état de choses qui partage entre plusieurs ministères et livre trop souvent à des autorités incompétentes le soin de l'assistance publique et de la prophylaxie sanitaire. Bien des plaintes de ce genre s'étaient déjà élevées, et M. Martin n'a garde de ne pas les rappeler; mais son rapport a le mérite, par les détails dans lesquels il ne craint pas d'entrer, de faire mieux toucher du doigt les imperfections qui trouveraient un remède dans l'institution réclamée.

M. Drouineau, lui aussi, déclare « impossible » que la fusion des deux bureaux d'assistance et d'hygiène, dont le premier relève du ministère de l'intérieur et le second du ministère de l'agriculture et du commerce, ne résulte pas d'un accord préalable entre les deux ministères pour constituer « une direction de la santé publique ». Mais cette unité de direction générale n'empêche pas des centralisations partielles pour le service sanitaire départemental, et M. Drouineau s'applique à montrer que ce service devrait être soumis à l'autorité du préfet, placé lui-même, bien entendu, sous l'autorité supérieure de la direction, et assisté d'un personnel spécial; à peu près comme, en politique, il dirige les affaires du département sous l'autorité du ministre de l'intérieur. Dans les limites, très étendues d'ailleurs, où il renferme son sujet, l'auteur ne néglige pas plus que M. Martin les points particuliers où peuvent se trouver les éléments d'une solution éclairée.

Nous n'irons pas au delà de ces indications générales, mais en donnant avis au lecteur qu'il ne trouvera nulle part un exposé plus complet, plus lucide ni plus sensé de cette grande question de l'organisation de la médecine publique, que dans ces deux brochures, ainsi que dans le mémoire ci-dessus rappelé, de M. Valentin Vignard.

Desquamation épithéliale de la langue, par le docteur Gautier. Genève, 1882.

Cette maladie, décrite pour la première fois par Rayer en 1831, a été l'objet des recherches de Bergeron, Gubler, Bridou, Parrot, sans qu'on ait encore bien élucidé sa nature.

On en reconnaît trois formes principales : 1° la forme à décou-

pures nettes, en carte géographique; 2° la forme festonnée; 3° la forme lichénoïde; cette dernière assez mal caractérisée.

La première variété peut présenter une marche aiguë ou chronique. Les deux autres variétés sont toujours chroniques.

M. Parrot considère ces desquamations épithéliales de la langue comme syphilitiques, et propose de les réunir sous le nom de syphilis desquamative de la langue. Il appuie son opinion sur des relevés qui établissent que, sur 15 enfants atteints de la desquamation, 13 offraient des traces incontestables de syphilis.

Cette opinion a été vivement combattue par des observations prises en dehors des hôpitaux. Il paraît cependant difficile de nier que, dans la majorité des cas, l'affection ne soit de nature syphilitique. Tout au moins faudrait-il admettre que la syphilis y prédispose d'une manière toute spéciale.

Bien que la desquamation linguale constitue une maladie peu grave, elle n'en est pas moins fort gênante et quelquefois fort douloureuse, particulièrement dans la forme dite lichénoïde. Le traitement local par les collutoires astringents ou acides échoue le plus souvent. La teinture d'iode étendue d'eau donne de meilleurs résultats. En somme, la maladie est rebelle, cesse d'elle-même, se reproduit plusieurs fois, et l'inefficacité du traitement syphilitique a été invoquée contre l'opinion de Parrot. Presque toujours on constate concurremment un état de dyspepsie et d'anémie qui fournit les principales indications thérapeutiques.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les professeurs de la Faculté, dans l'assemblée du 25 mai, ont pris les délibérations suivantes :

A. Les limites des consignations pour les examens probatoires du quatrième trimestre de l'année scolaire 1881-1882 sont fixées comme suit : 1° pour le troisième examen de doctorat jusqu'au 15 juin inclusivement; 2° pour le quatrième examen de doctorat (ancien et nouveau mode) jusqu'au jeudi 20 mai inclusivement; 3° pour le cinquième examen de doctorat (ancien et nouveau mode également) jusqu'au jeudi 6 juillet inclusivement; 4° pour le troisième examen d'officiat et les sages-femmes, jusqu'au jeudi 6 juillet inclusivement; 5° pour les thèses, jusqu'au jeudi 20 juillet inclusivement.

B. Les élèves ajournés, après le 15 juin, à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

C. Passé le 20 juillet prochain, MM. les professeurs n'accepteront plus la présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

CONCOURS DES ACCOUCHEURS. — Le concours pour quatre places d'accoucheurs des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Budin, Porak, Pinard et Ribemont.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles Bouyer, dont les obsèques ont eu lieu à Saintes, au milieu d'un grand concours d'amis. M. le docteur Charles Bouyer était âgé de soixante-dix-sept ans.

ALGER. — *Hôpital Mustapha*. — Quatre concours publics s'ouvriront cette année, aux dates suivantes, à l'hôpital de Mustapha-Alger. 1° Le premier concours aura lieu le lundi 23 octobre prochain pour la nomination, pour trois ans, à cinq places d'élèves internes en médecine et en chirurgie. — 2° Le second concours aura lieu le lundi 30 octobre prochain pour la nomination, pour deux années, à huit places d'élèves externes en pharmacie et en chirurgie. — 3° Le troisième concours aura lieu le vendredi 10 novembre 1882, pour la nomination à trois places de médecin-adjoint. — 4° Le quatrième concours aura lieu le mercredi 8 novembre 1882, pour la nomination de deux places de chirurgien-adjoint, dont une de nouvelle création.

Pour les conditions de ces concours, s'adresser au secrétariat de la commission administrative des hôpitaux d'Alger.

NOMINATIONS. — Dans sa séance du 27 mai 1882, l'Académie royale de médecine de Belgique a élu membre correspondant notre collaborateur M. François-Franck, qui a seul obtenu la majorité réglementaire sur vingt candidats. (*Le Moniteur belge*, journal officiel, 31 mai 1882.)

MORTALITÉ A PARIS (22e semaine, du jeudi 26 mai au jeudi 1er juin 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1131, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 41. — Variole, 11. — Rougeole, 36. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 49. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 10. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 57.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 212. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 57. — Bronchite aiguë, 28. — Pneumonie, 82. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 72; au sein et mixte, 28; inconnu, 8. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 109; de l'appareil circulatoire, 62; de l'appareil respiratoire, 65; de l'appareil digestif, 39; de l'appareil génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 4.

Conclusions de la 22e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1150 naissances et 1131 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient 1177, 1140, 911, 1326. Le chiffre de 1131 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. Nous avons à constater une décroissance marquée des sévices des principales affections épidémiques. L'atténuation est surtout sensible pour la variole, dont le chiffre hebdomadaire de décès a diminué de moitié d'une semaine à l'autre, et pour la diphthérie, qui, pour la première fois depuis le commencement de cette année, a compté moins de 50 décès.

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

Sommaire du n° 5 (31 mai 1882) de la **Revue d'ophthalmologie**, dirigée par MM. DOR et E. MEYER : *Sur la rétine du type juxta-épendymaire, Revue générale*. — Paris, G. Masson, éditeur.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Les mouvements de l'iris chez l'homme à l'état physiologique, par M. le docteur Jerissenne. In-8. Paris, A Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

Étude sur les souffles du rétrécissement et de l'insuffisance de l'artère pulmonaire, par M. le docteur G. Vimont. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 4 fr.

Étude sur le sycosis, par M. le docteur Catois. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Étude sur la pathogénie des ascite chyliformes, par M. le docteur Veil. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

De la lithotritie rapide, par M. le doctour Reliquet. In-8 avec 28 figures intercalées dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

Étude sur la syphilis pulmonaire, par M. le docteur Carlier. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Traitement et curabilité de la phthisie pulmonaire par l'électricité, par M. le docteur Alavoine. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

De l'empyème pulsatile, par M. le docteur Comby. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

Notes de clinique médicale, par M. le docteur Henrot. 8e année. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

De l'écriture en miroir, étude sur l'écriture de la main gauche dans ses rapports avec l'aphasie, par M. le docteur Martial Durand. In-8. 1 fr.

Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée, par M. le docteur Morell Mackenzie, traduit de l'anglais et annoté par MM. les docteurs E.-J. Moure et F. Berthier. 1 beau volume in-8 de 820 pages avec 127 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 13 fr.

De l'électricité statique et de son emploi en thérapeutique, par M. le docteur Paul Vigouroux. Grand in-8 de 103 pages et 6 planches. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 15 juin 1882.

LE DIVORCE ET L'ALIÉNATION MENTALE. — LA MORT SUBITE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : Le divorce et l'aliénation mentale.

La réplique de M. Blanche à M. Luys sur la question du divorce appliqué à l'aliénation mentale a été telle que nous l'attendions. Elle confirme si nettement toutes nos appréciations, au point de vue de la pathologie comme au point de vue de ce qu'on est convenu d'appeler le *sentiment*, que nous n'avons rien de mieux à faire aujourd'hui, que de renvoyer le lecteur à l'argumentation de M. Blanche et à signaler la forte impression qu'elle a paru faire sur une grande partie de l'Académie.

La mort subite dans la fièvre typhoïde.

Cet accident n'est pas rare. Les faits connus dépassent aujourd'hui la centaine. Ce n'est donc pas sans une certaine surprise qu'on voit cette terminaison à peine relatée dans les ouvrages français antérieurs à ces quinze dernières années. Chomel et Andral en rapportent deux exemples, qu'ils mentionnent simplement sans y insister davantage. C'est en 1864 que Zenker (de Leipsik), étudiant les lésions musculaires dans la fièvre typhoïde, insista sur les dégénérescences de la fibre charnue du cœur déjà entrevues par Laennec, Louis et par Stokes qui les avait bien indiquées dans le typhus pétéchial. La question était donc presque neuve quand M. Dieulafoy en fit le sujet de sa thèse en 1869. C'est dans la même année que parurent les recherches d'Hayem sur les altérations musculaires dans les fièvres. Les travaux se succédèrent rapidement. Nous signalerons parmi les principaux une étude de Laveran publiée dans les *Archives de médecine* de 1871; plusieurs articles de Libermann dans la *Gazette des hôpitaux* de 1877; la thèse de M. Tambareau; celle de M. Rabère (1878) où sont analysées soixante observations. On trouverait toutes les indications nécessaires dans un travail de M. Henri Huchard qui parut dans l'*Union médicale* en 1877. Toutes les théories mises en avant pour expliquer la mort subite y sont exposées et successivement discutées.

Nous avons été amené à parcourir ces différents documents par l'observation d'un cas qui nous a tristement surpris. La terminaison fatale y survint dans des conditions un peu différentes de celles qui avaient été habituellement signalées. Nous en donnons la relation que nous ferons suivre des considérations que ce fait nous a suggérées sur le mécanisme de la mort subite dans la fièvre typhoïde :

OBS. — Mme X..., femme de trente-cinq ans, grande, maigre, a été délicate dans son enfance. Sa santé s'est atténuée et elle n'a pas pris le lit depuis dix ans. Elle a eu trois enfants; deux sont vivants et bien portants. Elle habite la campagne et y vit très confortablement. Le 22 février, elle est prise d'un malaise qu'elle attribue à un refroidissement contracté au théâtre. Une fièvre légère se déclare avec les symptômes ordinaires d'un embarras gastrique. Le malaise ne cède pas à un vomitif et il survient une légère diarrhée. Cet état de souffrance, à peine fébrile, n'empêcha pas Mme X... de présider, le 27, un dîner de vingt personnes et d'y manger sans dégoût quelques aliments légers. Cependant, le lendemain 28, la diarrhée augmenta. Il y eut huit selles glaireuses, légèrement striées de sang, expulsées avec quelques coliques.

Cette diarrhée céda rapidement sous l'influence de la diète et de quelques émollients.

Dès le 2 mars, les selles, au nombre de trois par jour, étaient presque consistantes et de couleur foncée. Le pouls oscillait entre 84 et 92. La température ne dépassa jamais le soir 38°,2 et tomba le matin à 37°,6. Le ventre est indolore, non météorisé. Aucune tâche ne se montre. La langue est rouge et les papilles saillantes. Pas de râle dans la poitrine.

Malgré le peu de gravité de cet ensemble morbide, Mme X... se plaint d'un grand sentiment de faiblesse, presque d'anéantissement. Elle s'inquiète singulièrement de son état; parle d'une terminaison fatale, repousse toute alimentation un peu substantielle.

Nous avions d'abord pensé à un simple état gastrique avec catar-

rhe intestinal prolongé et aggravé par le dîner du 27 février; mais le 4 mars, quelques taches lenticulaires bien nettes se montrèrent sur le ventre. La malade avait à plusieurs reprises mouché un peu de sang. Le diagnostic n'était pas douteux et l'extrait de quinquina fut prescrit en potions.

La journée du 5 mars est bonne. La malade cause toute la journée, accepte avec plaisir quelques potages, du lait et du bouillon. La température est au-dessous de 38 degrés.

Le matin du 6, elle se réveille vers sept heures, après une nuit tranquille, répond aux questions de son mari qu'elle se trouve bien, quoique toujours faible. Elle demande une tasse de lait. A peine l'a-t-elle ingéré qu'elle se sent mal à l'aise et prise de coliques. On lui apporte le vase de nuit, et, au moment de s'en servir, elle se renverse sur son lit et meurt après une légère contraction des lèvres, sans pousser une plainte.

Tous les moyens usités en pareils cas sont employés sans succès. Des cautérisations avec le marteau de Mayor, des frictions sinapisées énergiques pratiquées sur toute la surface cutanée ne donnent aucun résultat. La tête avait été tout d'abord fortement abaissée en arrière. La mort avait été instantanée. Aucune hémorrhagie apparente n'était survenue.

C'est bien là un cas de mort subite par syncope. L'hypothèse d'une embolie, qui s'était d'abord présentée à notre esprit, ne pouvait se soutenir. Il n'y avait eu ni dyspnée, ni apparence d'asphyxie. La syncope était évidente.

En nous rapportant aux cas du même genre, signalés dans les travaux que nous avons mentionnés, nous constatons, à côté d'analogies nombreuses, certaines différences qu'il nous paraît utile de signaler. Nous voyons tout d'abord, dans les différentes observations que la mort subite survient, dans la grande majorité des cas, à la période de convalescence de la maladie. C'est alors que l'on croit tout terminé et qu'on suppose que le malade s'achemine progressivement vers une guérison définitive que l'accident vient brutalement renverser les espérances les plus autorisées. La mort survient habituellement entre le troisième et le quatrième septenaire. Une seule observation de Libermann se rapporte à une fièvre typhoïde arrivée au sixième jour.

Sous ce rapport, notre observation s'éloigne des faits ordinaires. Il est impossible de faire remonter le début de la maladie au delà du 22 février, et c'est le 6 mars, c'est-à-dire le douzième jour, que l'accident est arrivé.

Nous voyons que les auteurs ont fait cette remarque que la mort subite arrivait de préférence dans les formes peu graves, en apparence, de la maladie. Cette circonstance est habituelle, sans être cependant constante. A ce point de vue, il est difficile de rencontrer une forme plus bénigne que celle en présence de laquelle nous nous trouvions. Rappelons que la température, observée avec soin, n'avait jamais dépassé 38°,2; que la malade avait pu, quelques jours après son début, présider sans trop de fatigue un dîner de deux heures de durée ; et que la veille de sa mort, nous pensions, en présence d'un état de mieux être et d'un certain réveil d'appétit, avoir affaire à une de ces formes abortives qu'on observe de préférence chez des sujets acclimatés et placés d'ailleurs dans de bonnes conditions hygiéniques.

Les explications assez variées que l'on a données de la mort subite dans la fièvre typhoïde, et qui ont été si bien discutées par M. Huchard, se rangent sous trois chefs principaux : 1° la théorie de l'action réflexe (Dieulafoy) ; 2° celle de l'anémie cérébrale (Laveran et Bassard) ; 3° la théorie de la myocardite (Zenker), celle de la myocardite avec endartérite proliférante (Hayem).

Dans la première, l'action réflexe aurait pour point de départ la lésion intestinale. L'excitation serait transmise par le sympathique jusqu'aux cellules de la moelle ou du bulbe. Elle s'y transforme en mouvement, suivant, tantôt le pneumogastrique, tantôt les autres nerfs respiratoires, d'où l'arrêt de la respiration et du cœur.

Cette théorie ingénieuse, basée d'après son auteur sur la physiologie et sur la clinique, résiste difficilement aux objections qu'a résumées M. Huchard. En effet, dans cette hypothèse, l'accident mortel devrait coïncider avec la période d'état des lésions intestinales et non avec celle de leur réparation. On n'observe pas la syncope dans certaines maladies où les filets sympathiques doivent être sérieusement lésés : la péritonite ou la dysenterie par exemple. On a souvent noté la mort subite dans le typhus où la lésion intestinale fait défaut. L'hypothèse de la mort subite par action réflexe, ayant son point de départ dans l'intestin ou même dans l'estomac, est donc tout au moins insuffisante.

Quant à la théorie de l'anémie cérébrale, elle n'explique pas la persistance et la gravité de la syncope chez les typhoïdes. L'anémie cérébrale existe dans bien des cas de cachexie profonde où l'on voit les syncopes se succéder sans déterminer la mort. On sait d'ailleurs que le bulbe et le mésocéphale, qui commandent si directement la circulation, conservent leurs fonctions dans les cas d'anémie encéphalique les plus accusés, grâce à la richesse de leurs anastomoses vasculaires (Vulpian).

L'importance capitale des altérations musculaires dans les fièvres, dans la fièvre typhoïde en particulier, ne saurait être contestée. Hayem a montré combien cette dégénérescence granulo-graisseuse, étudiée par Zenker et Waldeyer (1864-1865), était favorisée par une altération particulière des vaisseaux qu'il fit connaître sous le nom d'endartérite proliférante ; cette endartérite ayant pour effet d'oblitérer par des caillots thrombosiques le calibre des petites artères nourricières du muscle cardiaque.

L'objection capitale opposée à cette théorie explicative de la syncope, réside dans ce fait que l'altération cardio-vasculaire a fait défaut dans plusieurs cas où elle avait été recherchée avec le plus grand soin. M. Hayem affirme, il est vrai, qu'il a toujours trouvé l'altération des fibres musculaires du cœur dans les cas de mort subite chez les typhoïdes. Notons que dans la variole où MM. Desnos et Huchard ont particulièrement étudié des altérations analogues, la mort subite est bien autrement rare que dans la fièvre typhoïde ; ce qui tient peut-être à la durée relativement plus courte de la variole.

Nous n'avons pas parlé des thromboses ou embolies qu'on a constatées dans des cas analogues. Les dégénérescences cardio-vasculaires, l'état particulier du sang jouent évidemment un rôle important dans l'étiologie de ces coagulations ; mais elles sont loin d'être constantes et tuent rarement par syncope ; mais bien plutôt par asphyxie plus ou moins rapide.

On peut conclure de cet exposé sommaire que l'explication anatomique de la mort subite des typhoïdes laisse encore bien à désirer. Il n'y a pas de théorie exclusive satisfaisante ; M. Huchard pense que l'anémie de l'encéphale, la dégénérescence ou simplement l'ischémie du cœur peuvent en se réunissant rendre compte de la plupart des cas. C'est une théorie éclectique.

Quoi qu'il en soit, n'est-il pas remarquable de voir ces syncopes mortelles survenir dans des cas si différents au point de vue clinique ? Si la convalescence paraît être l'épo-

que de prédilection pour ces terminaisons subites, il n'en est pas moins vrai que les cas les plus légers en sont tributaires au même titre et plus souvent que les cas les plus graves. Ce sont eux qui donnent à la mort subite l'appoint le plus considérable. Or, il semble évident que les dégénérescences signalées devraient être bien plus avancées, bien plus complètes chez les sujets épuisés par un long processus morbide et tous les accidents qu'il comporte. La malade dont nous avons donné l'observation était en pleine santé douze jours avant sa mort. La fièvre avait évolué avec une bénignité exceptionnelle. Il est difficile de supposer une altération cardiaque bien avancée chez une femme qui avait toujours joui d'une bonne santé; qui, pendant sa courte maladie, n'avait présenté aucun trouble circulatoire autre que la faiblesse du pouls; chez laquelle aucune intermittence n'avait été constatée.

Ces intermittences avec tendances lypothimiques et abattement profond ont été signalées dans beaucoup d'observations comme précurseurs d'une terminaison syncopale. Nous avons été frappés chez notre malade de cette discordance entre une affection presque apyrétique à forme très atténuée, et cette lassitude extrême, cette pâleur, cette expression d'anéantissement que rien n'expliquait. Aussi avions-nous renoncé dès les premiers jours à toute médication débilitante et administré le vin, le quinquina, le café. Cette conduite est d'ailleurs recommandée par tous les auteurs, qui insistent sur la nécessité de relever par tous les moyens possibles les forces du malade. Nous étions loin de nous attendre, en face de symptômes que présentent si communément les sujets nerveux et très impressionnables, à une terminaison aussi brutale, survenant chez une malade jeune, vigoureuse, longuement acclimatée et vivant dans les meilleures conditions d'hygiène.

BLACHEZ.

Contributions pharmaceutiques.

FORMULES DE MÉDICAMENTS EMPLOYÉS CONTRE LA COQUELUCHE.

Alcoolature de « Drosera Rossolis ».

J'ai fait et publié, il y a quelques années, l'étude pharmacologique de cette petite plante; dans ce travail j'ai démontré sa parfaite innocuité et son efficacité contre certains rhumes opiniâtres et contre la coqueluche. Beaucoup de praticiens ont eu à se louer de l'emploi de son alcoolature, et je suis persuadé qu'ils auraient obtenu des résultats plus décisifs encore s'ils l'avaient administrée à doses plus élevées.

Voici les doses auxquelles elle doit être prescrite :

Pour un enfant de un à deux ans, 20 gouttes trois fois par jour dans un peu d'eau sucrée, ce qui fait 2 grammes (car on sait que les alcoolatures et les teintures à 60 degrés centésimaux donnent 30 gouttes au gramme, l'eau en donnant 20).

Pour les enfants de deux à quatre ans, une cuillerée à café par jour.

Pour les âges supérieurs, 2, 3 et 4 cuillerées à café par jour.

Quand l'alcoolature de *Drosera* ne réussit pas à ces doses-là, elle ne réussit pas davantage à doses plus fortes. Il existe en pharmacie une autre préparation de *Drosera* d'un usage fréquent : ce sont les pilules d'extrait alcoolique à 0,05, que l'on prescrit à la dose de 4 à 6 par jour. Elles sont habituellement réservées aux adultes.

Potion à la cochenille.

Cochenilles pulvérisées......	2 grammes.
Sous-carbonate de potasse.....	1gr,20
Eau distillée bouillante......	200 grammes.
Sirop de fleur d'oranger.....	60 —

Après une infusion d'une demi-heure des substances dans l'eau chaude, on passe au blanchet et on ajoute le sirop.

Cette potion a été le médicament de prédilection du docteur A. Delpech contre la coqueluche. Nous avons fait ensemble un grand nombre d'observations pour fixer les quantités qui devaient être prescrites, et nous nous sommes arrêtés aux doses suivantes :

Pour les enfants de un à deux ans, de 3 à 4 cuillerées à café par jour.

Pour ceux de deux à quatre ans, de 2 à 3 cuillerées à bouche.

Pour les âges supérieurs, de 4 à 6 cuillerées à bouche.

Cette préparation ne se conservant pas, et devant être continuée longtemps, je l'ai transformée en sirop pour la commodité des malades.

Sirop à la cochenille.

Cochenilles pulvérisées......	15 grammes.
Sous-carbonate de potasse....	12 —
Eau distillée bouillante......	600 —
Sucre concassé............	900 —

Faites infuser les substances pendant une demi-heure, ajoutez le sucre, cuisez à 30 degrés B. et passez à l'étamine.

Ce sirop, dont j'ai eu maintes fois l'occasion de constater les excellents effets, se prescrit à la dose de 2 à 3 cuillerées à café par jour pour les enfants de un à deux ans;

De 3 à 6 cuillerées à café pour ceux de deux à quatre ans;

De 2 à 3 cuillerées à bouche pour les adultes.

Poudre anti-coqueluche du docteur Beauchêne.

Magnésie calcinée............	8 grammes.
Sucre....................	2 —
Extrait de belladone..........	0gr,20
Kermès....................	0gr,10
Iris......................	0gr,60

Pour 50 prises.

Mélangez d'abord l'extrait et le sucre, ajoutez le kermès et l'iris, triturez un instant, ajoutez la magnésie, et triturez jusqu'à ce que la poudre soit homogène, enfin divisez en 50 prises égales.

Ces prises se donnent toujours entre les repas et à la dose de 3 par jour pour les enfants de un an;

De 5 pour ceux de deux à trois ans;

De 8 pour ceux qui sont plus âgés.

Cette formule a été communiquée au commencement de ce siècle à Bouvrat, un de mes prédécesseurs. Je ne sache pas qu'elle ait été jamais publiée. Elle jouit d'une réputation méritée dans notre clientèle. Quand cette poudre n'amène pas la guérison, elle procure toujours un grand soulagement.

Beaucoup d'autres médicaments sont journellement employés contre la coqueluche, entre autres la poudre de racine de belladone, le chloral, les bromures alcalins; mais, pour ceux-là, il n'est pas nécessaire de donner des formules, le médecin devant les varier suivant l'intensité de l'affection et les effets à produire.

Pierre VIGIER.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

De la valeur des respirations anomales dans le diagnostic du début de la tuberculose pulmonaire commune, par M. le docteur J. Grancher, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Necker.

Laennec, dans son admirable *Traité de l'auscultation*, auquel on ne peut guère reprocher que la simplicité un peu idéale de certaines descriptions, s'était laissé séduire par l'idée de trouver pour chacune des périodes de la phthisie un signe pathognomonique.

D'après lui, le *premier degré* de la tuberculose, c'est-à-dire l'accumulation dans le poumon de tubercules miliaires crus, est caractérisé par une *bronchophonie diffuse*, laquelle est accompagnée ordinairement de *submatité*; le *ramollissement* des tubercules est indiqué par le *gargouillement* avec *pectoriloquie imparfaite* et *souffle*; la *caverne* a comme signes pathognomoniques la *pectoriloquie parfaite* et les *râles caverneux*.

Les éditions successives de l'œuvre de Laennec reproduisirent, sans les modifier, et cette division de la phthisie en trois périodes et cette catégorisation des signes physiques. Mais Andral ajouta à l'édition de 1837 une note importante qui apportait à la fois un correctif et un complément au texte de Laennec en ce qui concerne la première période :

« Aux signes fournis par l'auscultation de la voix, dit Andral, il faut ajouter ceux que donne l'auscultation du bruit respiratoire : ici les cas suivants peuvent se présenter.

» Premier cas : le bruit respiratoire a conservé *toute sa pureté, tout son moelleux et toute sa force*. Il en est ainsi lorsque les tubercules, bien qu'assez nombreux, sont encore d'un petit volume et séparés les uns des autres par de grands intervalles dans lesquels le tissu du poumon a conservé toute sa perméabilité.

» Deuxième cas : le bruit respiratoire est devenu beaucoup *plus faible* du côté où se sont produits les tubercules, soit qu'en même temps le son des parois thoraciques ait pris plus d'obscurité, soit qu'il ne se soit pas modifié, ce qui est loin d'être rare, soit enfin qu'il soit devenu plus clair (ce qui ne peut avoir lieu que s'il y a coïncidence d'emphysème).

» Cette diminution de l'intensité du bruit respiratoire se lie à l'existence de tubercules plus nombreux que sa conservation.

» Troisième cas : le bruit respiratoire vient à se décomposer en deux bruits. L'un correspond au temps pendant lequel l'air pénètre dans les bronches. C'est le seul bruit qui doive s'entendre dans l'état normal; il peut être encore assez fort, *mais il a perdu de son moelleux et de sa douceur accoutumées;* il peut être aussi devenu très faible, avoir, par exemple, une intensité deux ou trois fois moindre que le bruit qui, de l'autre côté, accompagne l'inspiration. Un second bruit suit celui-là, tantôt peu prononcé, et perceptible seulement lorsqu'on recommande au malade de respirer profondément; tantôt très fort, ressemblant à une sorte de souffle, et masquant presque entièrement le bruit qui le précède. Ce second bruit a lieu pendant le temps de l'expiration... Ce bruit d'expiration indique l'existence de tubercules déjà assez volumineux et qui ont oblitéré plusieurs tuyaux bronchiques. On peut l'entendre, soit dans les régions sous-claviculaires, soit dans les fosses sus et sous-épineuses. »

Il semble que les remarques d'Andral soient passées inaperçues, ou, en tout cas, qu'on n'en ait pas apprécié toute la valeur, car, en 1843, Louis, divisant la phthisie en deux périodes, décrit, pour la première, un ensemble de signes des plus complexes. Voici ce qu'il dit :

« L'existence simultanée, au sommet du poumon gauche, d'une expiration un peu prolongée et un peu dure, d'un peu de bronchophonie et de quelques craquements, dans un cas où les symptômes rationnels laissent encore beaucoup d'incertitude, lèverait *à peu près* tous les doutes, et une altération légère de la sonorité de la poitrine dans le point correspondant les dissiperait complètement. »

C'est cet enseignement de Louis qui est reproduit encore aujourd'hui dans les livres classiques, et qui sert malheureusement de règle de conduite à la plupart des médecins.

Ce n'est pas que Louis ou ceux qui l'ont suivi ignorent l'ordre de succession des signes qui peuvent se montrer dans le cours de la tuberculose; tous, au contraire, se plaisent à constater que les signes d'auscultation précèdent les autres, et que, pendant un temps plus ou moins long, les tubercules ne se révèlent que par des modifications dans l'intensité, le timbre ou le rhythme de la respiration, sans altération des vibrations et du son.

Ce n'est pas non plus que l'étude des respirations anormales ait été négligée, car, après Andral, elles ont été décrites avec beaucoup plus d'exactitude; on a insisté sur les divers degrés de l'affaiblissement du murmure vésiculaire; les modifications du timbre de la respiration ont été subdivisées en respiration granuleuse, rude, râpeuse; la respiration saccadée, signalée pour la première fois par Raciborsky et bien étudiée par M. Bourgade, a été considérée par MM. Hérard et Cornil, et surtout par M. Peter, comme un des meilleurs signes du début de la tuberculose.

Le professeur Jaccoud, ne manque pas, dans l'énumération des signes de début, d'indiquer toutes ces respirations anomales.

Tout le monde, en un mot, accepte leur existence et reconnaît leur valeur; mais quand il s'agit de passer de la théorie à la pratique, et quand on se demande quels sont les signes nécessaires et suffisants pour affirmer la tuberculose, on oublie les prémisses posées, et on fait intervenir à la fois l'auscultation, la percussion et la palpation, comme s'il n'y avait pas de diagnostic possible hors l'association de ces trois ordres de signes.

Je pourrais rappeler ici l'opinion de la plupart des médecins qui se sont occupés de la question, et de ceux-là mêmes qui paraissent attacher la plus grande importance à ces respirations anomales. Je me contenterai de citer un passage du livre de MM. Barth et Roger, à la lecture duquel plusieurs générations médicales se sont formées à l'auscultation.

Voici, par exemple, ce qu'ils disent à propos de la respiration rude : « Est-elle accompagnée d'un bruit d'expiration prolongée, avec retentissement de la voix et son obscur à la percussion, on diagnostiquera des tubercules crus, et si, plus tard, il survient des craquements secs ou humides, on saura que le ramollissement de ces tubercules commence. »

Il est certain que ces déductions sont irréprochables; mais on peut se demander s'il est bien nécessaire que tous ces signes soient réunis pour que le médecin se fasse une opinion, et, retournant la phrase de MM. Barth et Roger, on peut poser la question suivante : si la respiration rude ou toute autre respiration anomale n'est pas accompagnée des signes que vous dites, s'il n'existe en même temps ni retentissement de la voix, ni son obscur à la percussion, ni craquements, est-il impossible d'affirmer la tuberculose?

Ce luxe de signes physiques indiqué ou réclamé par les auteurs a le grave inconvénient de laisser régner dans la pratique une très grande incertitude sur le moment où le diagnostic peut et doit être posé. La jurisprudence médicale est tellement confuse sur ce point qu'il n'est pas de jour où deux ou trois médecins consultés par un malade ne se trouvent en désaccord formel sur la signification à accorder à tel ou tel signe d'auscultation. Le premier affirme la tuberculose, le second la nie, le troisième reste hésitant, et le malade, ballotté entre ces opinions diverses, se décide à attendre. Plus tard apparaissent les craquements et l'obscurcissement du

son; mais six mois ou un an se sont écoulés que l'on aurait fort utilement employés si l'on avait fait le diagnostic tout de suite.

Sans doute, l'opinion classique est exacte, et si l'on prend à la lettre le texte de Laennec ou celui de MM. Barth et Roger, on est obligé de reconnaître qu'il n'y a rien à y reprendre. Mais le *tubercule cru* dont parlent ces auteurs est-il bien réellement la lésion initiale et la forme la plus réduite de la tuberculose? Ce n'est pas, à coup sûr, ce que nous enseigne l'étude du processus tuberculeux.

Nous savons aujourd'hui que ce tubercule miliaire résulte de la conglomération d'un certain nombre de tubercules microscopiques qu'on appelle des follicules tuberculeux; ce follicule tuberculeux est lui-même composé d'éléments que l'on peut retrouver à l'état distinct, à savoir les cellules géantes et les cellules embryonnaires.

Il y a donc, depuis l'apparition dans le parenchyme du poumon de la première cellule embryonnaire jusqu'à la production du tubercule miliaire adulte, toute une série d'étapes plus ou moins rapidement parcourues, dont l'ensemble constitue, à proprement parler, une *période de formation*. C'est cette période que Bayle avait pressentie, et qu'il désignait sous le nom de *période de germination*.

Il faut donc renoncer, au point de vue anatomique, à considérer les tubercules miliaires crus comme appartenant à la première période de la tuberculose, et, par suite, sur le terrain de la clinique, on ne doit plus accepter comme caractérisant le début de cette maladie les signes physiques que les auteurs rattachaient, à juste titre, à cette lésion. Et comme tout le monde reconnaît que les altérations du murmure vésiculaire se montrent longtemps avant les signes fournis par la percussion et la palpation, il est logique d'admettre que ces altérations sont précisément en rapport avec la période de formation ou de germination.

Dès lors, la question qui se pose est la suivante : l'une quelconque des respirations anomales, la respiration rude, la respiration saccadée, la respiration faible, suffit-elle, quand elle est isolée, pour le diagnostic de la tuberculose?

A cette question je n'hésite pas, pour ma part, à répondre: oui, le plus souvent, et dans certaines conditions déterminées, les respirations anormales suffisent pour ce diagnostic.

La chose est, à mon sens, d'autant plus importante à décider que l'évolution tuberculeuse se poursuit pendant de longs mois et même pendant des années sans donner lieu à d'autres signes qu'à ces respirations anomales, et qu'un traitement énergique appliqué pendant tout ce temps permettrait le plus souvent d'obtenir des guérisons radicales, tandis que, si l'on reste dans l'incertitude, et si l'on attend pour formuler ce diagnostic l'apparition des craquements et de la matité, on laisse se produire des lésions irréparables ou dont on ne triomphera désormais qu'avec la plus grande difficulté.

Il me reste maintenant à déterminer les conditions dans lesquelles ces respirations anomales peuvent avoir la signification absolue que je leur ai assignée.

Et d'abord il y a un fait qu'il importe de retenir, c'est que les anomalies qui portent sur l'inspiration sont à la fois plus précoces et plus significatives que celles qui portent sur l'expiration. Cela est vrai pour la respiration saccadée et pour la respiration faible; c'est vrai surtout pour la respiration rude, et les raisons en sont faciles à comprendre.

A l'état physiologique, l'inspiration peut présenter une intensité variable suivant les régions que l'on ausculte, mais, quelle que soit sa *force*, elle présente partout la même *douceur* et le même *moelleux;* en outre, elle donne partout la même *note* musicale. Au contraire, pour des raisons qu'il est difficile de déterminer, mais indépendamment de tout état pathologique, le timbre de l'expiration présente d'un point à un autre des différences assez considérables. Les anomalies de l'inspiration sont donc plus significatives que celles de l'expiration. Elles sont, en outre, beaucoup plus précoces.

Cela posé, des trois respirations anormales dont je désire étudier la valeur diagnostique au début de la tuberculose commune à marche lente, qui est la seule dont je m'occupe, l'*inspiration rude et basse* a une importance prépondérante.

L'inspiration rude est caractérisée, comme le disait Andral, par ce fait que le murmure vésiculaire a perdu son moelleux et sa douceur accoutumés. Ce n'est là qu'une différence de sensations, mais on arrive à la percevoir très bien, si l'on a le soin de n'ausculter que l'inspiration, en faisant abstraction du bruit de l'expiration, et si surtout on compare l'une à l'autre les deux régions homologues du poumon.

J'ajoute qu'une fois que l'attention est fixée sur ces modifications respiratoires, on les perçoit ensuite très facilement. Ce sont des sensations auxquelles il faut s'habituer, et qui deviennent peu à peu d'une perception aussi aisée que l'est celle de n'importe quel autre bruit morbide.

A mesure que les lésions pulmonaires font des progrès, la dureté de l'inspiration s'accentue, et passe par les divers degrés qui ont été désignés par M. Woillez sous les noms de: *respiration granuleuse, rude et râpeuse.*

En même temps qu'elle est *rude*, l'inspiration est ordinairement *grave* et d'une tonalité inférieure à la tonalité normale. C'est un point qui me paraît n'avoir jamais attiré l'attention de personne, et qui cependant a une assez grande importance.

D'après le docteur Prat (*Physiol. de l'audition*, *Gaz. méd.*, 1869), « l'inspiration, dans l'état physiologique, donne le *ré* de la troisième corde que l'archet fait vibrer à vide, et l'expiration donne l'*ut* au-dessous de ce *ré.* » Eh bien! lorsque l'inspiration cesse d'être moelleuse pour prendre les caractères de la respiration rude, sa tonalité s'abaisse au point que l'inspiration et l'expiration finissent par donner la même note. C'est encore là une sensation à laquelle il faut s'habituer et pour laquelle il n'est nullement besoin d'être doué d'une oreille musicale. Je dirai même que cette sensation est souvent d'une perception plus facile que la rudesse proprement dite.

Quelle est la signification véritable de cette respiration rude et basse? Tout le monde s'accorde à reconnaître qu'elle est très souvent liée à l'existence de granulations tuberculeuses; mais ne peut-elle pas se rencontrer dans d'autres états pathologiques du poumon ou de la plèvre?

En ce qui concerne la plèvre, je crois qu'il convient de l'éliminer tout de suite, car personne n'a jamais soutenu qu'une inflammation pleurale pût déterminer la respiration rude; mais il est certain, en revanche, que celle-ci est souvent en rapport, soit avec une congestion pulmonaire, soit avec un état subinflammatoire des petites bronches, avec ou sans tubercules concomitants : j'ai fait, pour ma part, plusieurs autopsies qui m'en ont fourni la démonstration aussi complète que possible.

L'inspiration rude n'est donc pas par elle-même un signe suffisant de tuberculose; il faut, pour qu'elle ait sa valeur de définition, qu'elle se produise dans certaines conditions; ces conditions sont au nombre de deux : l'inspiration rude doit être *permanente* et elle doit être *localisée.*

Elle doit être *permanente*, c'est-à-dire que ni les secousses de la toux, ni le temps ne la modifieront.

Elle doit être localisée : il va de soi, en effet, que, si l'inpiration est rude partout, de la base au sommet, à droite et à gauche, l'idée de la tuberculose ne se présentera même pas à l'esprit, sauf le cas de granulie pour le diagnostic duquel les symptômes généraux et fonctionnels priment en importance les signes physiques; et on pensera soit à une bronchite diffuse, soit à une congestion pulmonaire généralisée.

Si, au contraire, l'inspiration rude est localisée au sommet, et particulièrement au sommet gauche qui est, d'après mes observations, le siège d'élection de la tuberculose commune au début; si surtout on la retrouve dans plusieurs explora-

tions successives, et si elle persiste ainsi pendant des semaines ou des mois, que peut-elle signifier? Une bronchite chronique ou une congestion pulmonaire localisées au sommet? De là à la tuberculose il n'y a que la distance de l'effet à la cause; et, de fait, lorsque ces deux conditions de localisation et de fixité sont réalisées, le diagnostic de tuberculose s'impose à l'esprit.

Il est bien entendu d'ailleurs que l'étude des phénomènes rationnels et des symptômes généraux qui accompagnent le plus souvent l'apparition de ces signes physiques ne saurait être négligée; mais je crois que, tout en tenant grand compte de ces symptômes, il faut s'en servir seulement pour aider au diagnostic.

Presque toujours, en effet, les malades toussent plus ou moins, ils ont des douleurs thoraciques vagues, ils se fatiguent plus facilement qu'autrefois, leur appétit est diminué. Les femmes sont anémiées, elles ont des pertes plus ou moins abondantes, ou au contraire voient leurs règles se supprimer; bref, on observe toute une série de symptômes qui n'ont pas par eux-mêmes une bien grande signification, mais dont l'importance s'accroît quand apparaît le moindre signe physique. Pour ma part, quand chez un malade de ce genre je constate une certaine rudesse de l'inspiration localisée à un sommet et permanente, je n'hésite pas à affirmer le diagnostic de tuberculose, et à conformer ma conduite à ce diagnostic.

Que risque-t-on à agir de la sorte? Étant donné que la thérapeutique de la tuberculose à ce degré n'est autre que la pratique d'une hygiène excellente, l'erreur de diagnostic, si elle était possible dans les conditions que j'ai déterminées, serait loin d'être préjudiciable au malade, puisque le traitement qu'on lui ferait suivre aurait en tout cas pour effet de rétablir rapidement sa santé.

Je pourrais citer de nombreux exemples tirés de ma pratique d'hôpital ou de ma clientèle. Combien de fois, par exemple, ne m'est-il pas arrivé de rectifier dans mon service le diagnostic de chloro-anémie qui avait été porté par les élèves? Pour les raisons que j'ai dites, j'affirmais l'existence de la tuberculose, et quelques mois plus tard, les malades revenaient dans la salle avec des hémoptysies, et présentant tous les signes de la phthisie confirmée.

La chose est plus facile à constater en ville, parce que l'on tain nombre chez lesquels le fait d'une respiration rude au sommet du poumon m'a suffi pour établir le diagnostic de tuberculose. Sous l'influence du traitement auquel je les soumets, l'état général se remonte rapidement et la maladie est enrayée. Quant aux signes physiques ils ne se modifient qu'avec une grande lenteur. Il est des malades chez lesquels la respiration est redevenue normale; mais ce résultat n'a été acquis qu'après un temps très long.

D'autre part, j'ai été souvent consulté par des personnes chez lesquelles l'auscultation avait été pratiquée quelques mois auparavant par les médecins les plus instruits et les plus attentifs : les signes qu'ils avaient constatés ne leur avaient pas paru suffisants pour diagnostiquer la tuberculose, et quand ces malades venaient me trouver, ils présentaient au y peut suivre plus longtemps les malades. J'en ai vu un cer-sommet des craquements et de la submatité.

Il suffit d'avoir vu quelques faits de ce genre pour être convaincu qu'il n'y a pas, en auscultation, de signe qui soit à dédaigner; et pour affirmer que la moindre altération du murmure vésiculaire impose le diagnostic de tuberculose, pourvu qu'elle soit circonscrite au sommet, et qu'elle y présente une grande fixité.

Ceux de mes confrères ou de mes maîtres qui pensent que la respiration saccadée a une grande valeur dans le diagnostic de la tuberculose me trouveront tout à fait de leur opinion, et je pourrais répéter à propos de ce signe physique ce que je viens de dire de la respiration rude. Cependant elle est moins fréquente et moins précoce que cette dernière, et elle a, en conséquence, une importance moindre.

D'autre part, sa pathogénie est bien plus complexe que celle de la respiration rude, d'où il suit que les chances d'erreur auxquelles elle expose sont plus nombreuses. Très souvent les saccades respiratoires sont liées, ainsi que l'a démontré M. Potain, aux battements cardiaques; très fréquemment aussi elles sont réalisées par les altérations propres de la plèvre, et ce serait même là, d'après les recherches de Colin, le cas le plus commun.

Je n'ignore pas la relation de cause à effet qui existe entre la tuberculose et la pleurésie du sommet, mais il peut être plus fréquent de rencontrer des pleurésies simples du sommet que des bronchites localisées à cette partie du poumon, sans tubercules.

Je répète d'ailleurs que je ne conteste pas la valeur de la respiration saccadée; les observations de M. Bourgade (de Clermont-Ferrand) démontrent d'une façon irréfutable que, dans certaines circonstances, ce signe physique ne peut être expliqué que par l'existence de granulations tuberculeuses. Ce que je tiens à établir, c'est qu'elle a une signification moindre que la respiration rude, et aussi qu'elle est moins précoce. Il m'est arrivé plusieurs fois de constater la respiration saccadée chez des malades dont j'avais depuis longtemps déjà diagnostiqué la tuberculose, par la rudesse de la respiration.

Les mêmes observations peuvent s'appliquer à la respiration faible, car celle-ci est encore plus tardive dans son apparition que la respiration saccadée; lorsqu'on la constate chez un malade, le moment n'est pas éloigné où apparaîtront les craquements secs et la submatité. Son importance comme élément de diagnostic est donc considérable; mais du point de vue où je me place, elle offre un moindre intérêt que les autres respirations anomales, parce qu'elle indique déjà l'existence de lésions assez avancées.

Il est à peine nécessaire de faire remarquer ici que ce que je viens de dire de la respiration faible ne s'applique qu'à la tuberculose *commune à évolution chronique;* car, dans d'autres formes de tuberculose, il faudrait, pour être dans le vrai, retourner la proposition. Dans les formes pleurétiques ou pneumoniques, par exemple, la respiration affaiblie est d'habitude le premier type de respiration anomale que l'on observe au sommet du poumon.

Conclusions. — Vu la nécessité de faire le diagnostic de la tuberculose pulmonaire le plus tôt possible, il faut attacher aux respirations anomales une valeur plus grande qu'on ne l'a fait jusqu'ici.

Quand elles sont *localisées* à un sommet, surtout au sommet gauche, et *permanentes*, ces respirations anomales ne permettent pas seulement de faire le diagnostic, elles l'imposent, à elles seules, et sans aucune modification du son, ni des vibrations vocales, sans aucun signe adventif, craquement, etc.

Ces respirations anomales sont par ordre d'importance : l'inspiration *rude* et *basse*, la respiration *saccadée* et la respiration *affaiblie*. L'inspiration rude et basse est celle qui a la plus grande valeur, parce qu'elle est la plus précoce et la plus fréquente.

Ces conclusions ne sont pas applicables aux malades qui ont souffert antérieurement d'une pleurésie généralisée, d'une pneumonie ou de toute autre maladie grave de la plèvre ou du poumon.

Elles ont au contraire le maximum de leur valeur chez les jeunes gens et les jeunes filles suspects, pour quelque raison que ce soit, d'un processus tuberculeux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 5 JUIN 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

SUR LES FERMENTATIONS SPONTANÉES DES MATIÈRES ANIMALES. Note de M. *A. Béchamp*. — L'auteur donne ici les résultats de l'ensemble de ses recherches. Ils peuvent se résumer de la manière suivante :

1° Spontanément, c'est-à-dire sans le concours d'aucune cause extérieure, la viande, le foie, les œufs brouillés fermentent.

2° L'organisme humain produit de l'alcool dans ses tissus. L'urine d'un homme ayant dépassé la cinquantaine contenait de l'alcool, même après l'abstention, durant vingt-quatre heures, de toute boisson fermentée. L'alcool se découvre plus difficilement dans l'urine des jeunes sujets. Le lait de vache et d'ânesse, au moment de la traite, contiennent de l'alcool et de l'acide acétique. L'un et l'autre augmentent après la traite, tandis que les microzymas évoluent en bactéries et que le lait se caille. On trouve de l'alcool dans le foie, le cerveau, les muscles, pris à des animaux (mouton, bœuf) au moment où ils venaient d'être abattus, et distillés tandis qu'ils étaient encore chauds. Le seul élément histologique non transitoire de l'organisme qui persiste après la mort, et qui évolue en bactéries, sont les microzymas, et il est naturel de les considérer comme les ferments organisés producteurs de cet alcool, acide acétique, etc.

3° La matière fermentescible qui disparaît la première dans un organe, après la mort, c'est la glucose, la matière glucogène ou quelque autre corps appelé *hydrate de carbone*. Les produits qui se forment sont les mêmes que dans les fermentations dites alcooliques, lactiques, butyriques, ordinaires de laboratoire.

4° La cause de la décomposition de la matière d'un organisme après la mort est donc dans cet organisme, et elle est la même qui agit dans d'autres conditions pendant la vie. Cette cause n'est pas autre que les microzymas, capables, par évolution, de donner des bactéries.

5° Les microzymas, avant ou après leur évolution bactérienne, ne s'attaquent aux matières albuminoïdes et gélatinigènes qu'après la destruction des matières glucogènes.

6° Mais ce n'est que dans certaines conditions, et grâce à l'intervention de l'oxygène, à la suite de nouvelles fermentations, que la matière animale est définitivement réduite en acide carbonique, eau, azote ou composés azotés par ces mêmes microzymas évolués en bactéries ou non.

En fin de compte, on peut dire aujourd'hui ; dès qu'un ferment trouve réunies les conditions de son existence, c'est-à-dire une matière organique à décomposer, et celle de son développement, c'est-à-dire une matière organisable à s'assimiler, ce ferment semble agir et se développer comme le ferait une suite de générations d'êtres organisés quelconques. Comme tous les liquides de l'économie animale ou végétale présentent réunies les conditions que nous venons d'exprimer, les effets résultant de l'action des ferments pendant la vie ou après la mort des êtres organisés doivent être immenses, et ils le sont en effet.

ACTION DE L'EAU OXYGÉNÉE. — MM. *P. Cazeneuve* et *G. Daremberg* signalent à l'attention de l'Académie l'action de l'eau oxygénée sur plusieurs substances animales.

« Les grains riziformes des kystes synoviaux et la gélatine de Wharton du cordon ombilical décomposent l'eau oxygénée. Nous avons démontré en 1874, dans les *Bulletins de la Société de biologie*, que ces deux substances et qu'en général toutes les substances appelées *colloïdes* par Virchow et ses élèves décomposent très énergiquement l'eau oxygénée. »

DE LA NÉVROGLIE, par M. *L. Ranvier*. — Dans une note qu'il a communiquée, il y a quelques années, à l'Académie, l'auteur a soutenu que la névroglie de la moelle est composée de fibres de toute longueur, s'entre-croisant en certains points, au niveau desquels se trouvent des cellules généralement aplaties. Récemment, il a cherché à reproduire les observations de Deiters, de Boll et de Golgi. Après quelques tâtonnements, il a obtenu un très grand nombre de cellules de Deiters par une méthode fort simple. Des segments de la moelle épinière du bœuf ou du chien sont placés dans le liquide de Müller pendant plusieurs semaines. Lorsqu'ils ont acquis un degré de durcissement convenable, on y fait des coupes longitudinales que l'on colore fortement par le carmin. Les coupes sont placées dans une goutte d'eau sur une lame de verre, puis, au moyen d'une lamelle que l'on applique et que l'on soulève maintes fois, on les désagrège. Chez le bœuf, les cellules de la névroglie n'ont pas les formes rudimentaires que leur a attribuées Deiters. Leur noyau est bien accusé; leur corps cellulaire, bien développé, est membraneux, irrégulièrement étoilé, et montre des accidents de formes qui dépendent en grande partie des pressions exercées par les éléments voisins (crêtes d'empreinte). Il s'en dégage de nombreux prolongements qui ne sont autre chose que les fibres de toute longueur, si nettes dans les préparations faites au moyen des injections interstitielles d'acide osmique, et qui, dans ces préparations, paraissent être indépendantes des cellules.

Pour concilier ces résultats, l'auteur a employé la méthode nouvelle qu'il a fait connaître dans son *Traité technique d'histologie*, et qui consiste dans l'emploi successif de deux réactifs, dont l'un produit un certain degré de dissociation, et dont l'autre fixe définitivement les tissus modifiés par le premier. Cette méthode générale est appliquée de la manière suivante à la préparation de la névroglie :

Un segment de moelle ayant séjourné pendant vingt-quatre heures dans l'alcool au tiers, on en détache de petites portions et on les agite avec de l'eau distillée dans un tube à expérience jusqu'à ce qu'elles soient dissociées; on ajoute du picrocarmin pour colorer les éléments, puis on les laisse se déposer au fond du tube. On les recueille au moyen d'une pipette et on les porte dans un autre tube contenant de l'eau distillée, à laquelle on ajoute de l'acide osmique. Lorsqu'ils ont gagné le fond du vase, on les prend de nouveau avec la pipette pour les examiner au microscope. A côté des cellules ganglionnaires, si l'on a opéré sur la substance grise, les cellules de la névroglie se montrent en nombre assez considérable. Elles présentent de nouveaux caractères qui permettent de bien apprécier leurs rapports avec les fibres névrogliques. Ces fibres ne paraissent plus être de simples prolongements des cellules, car on peut les suivre maintenant au sein des cellules elles-mêmes. Elles sont simplement noyées dans le protoplasma, et si, dans les préparations faites à l'aide du liquide de Müller, on ne peut les distinguer, cela tient uniquement à ce que, après l'action de ce réactif, leur indice de réfraction est à peu près le même que celui de la substance qui les englobe.

Pour saisir la signification morphologique des cellules et des fibres de la névroglie, il faut les comparer aux cellules de soutènement des organes des sens, celle de la rétine, par exemple. Seulement, tandis que chacune des cellules de la rétine donne naissance à une seule fibre, les cellules de la névroglie en produisent plusieurs. Cette différence n'est pas fondamentale. Les cellules arrondies et polyédriques de la névroglie peuvent être considérées comme des cellules du névro-épithélium primitif non différenciées, et, à ce point de vue, elles sont les équivalents des cellules de la rétine que j'ai désignées sous le nom de *cellules basales*.

ESSAI EXPÉRIMENTAL DE LOCALISATION ANATOMIQUE DES SYMPTÔMES DU DÉLIRE TOXIQUE CHEZ LE CHIEN. Note de M. *S. Danillo*. — On s'est assuré d'abord que, comme dans les expériences de l'auteur sur les couches optiques, une certaine quantité d'essence d'absinthe donnait une attaque de délire chez des chiens non opérés (du poids de 10 à 30 kilogrammes). On laisse reposer l'animal pendant une heure, et ensuite on enlève la calotte crânienne sur toute l'étendue de la surface convexe. Après une heure de repos (le cerveau étant recouvert pendant ce temps), la région corticale des deux hémisphères est abrasée rapidement avec une partie de la substance blanche sous-jacente, sous forme de couches de 3 ou 4 millimètres d'épaisseur. Cette abrasion a porté deux fois sur la zone dite psycho-motrice, deux fois sur la zone psycho-sensitive, et quatre fois sur toute la surface convexe de la région corticale, dans les limites indiquées par Hitzig,

Ferrier, Munk, Luciani et Tamburini. Lorsque l'animal ne périt pas à la suite de cette dernière opération, et qu'après une demi-heure il revient à lui, l'opération est considérée comme réussie, et on fait l'injection de l'essence d'absinthe avec une dose déterminée auparavant.

Après l'abrasion de la région psycho-motrice, le délire apparaît, de même qu'après l'abrasion de la région occipitale seulement. Mais alors il semble que les mouvements de défense, les tentatives pour mordre, etc., sont moins prononcés que chez un animal non opéré. Après l'abrasion totale de la région corticale (quatre expériences réussies), l'injection de l'essence d'absinthe a toujours donné une attaque d'épilepsie très nette, mais jamais de délire. Les animaux survivaient à ces expériences de deux à trois heures.

Les résultats de la première série de recherches indiquent donc que l'intégrité des couches optiques n'est pas nécessaire pour la production des phénomènes du délire toxique chez le chien. Ceux de la seconde série démontrent, me semble-t-il, au contraire, que la région corticale, dans toute son étendue (psycho-motrice et psycho-sensitive), doit être exclusivement en cause dans la production du délire, dans les conditions dont il s'agit.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 13 JUIN 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

M. le docteur *Ball*, professeur à la Faculté de médecine, se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

L'Académie reçoit un mémoire sur *le sevrage*, pour le concours du prix de la Commission de l'hygiène de l'enfance de 1882 et deux mémoires sur *la diphthérie*, pour le concours du prix Saint-Paul de 1882.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° de la part de M. *J.-B. Dumas* (de l'Institut) un *Rapport sur le sucrage des vins avec réduction de droits ;* 2° au nom de M. le docteur *Pécholier* (de Montpellier), une brochure intitulée : *Récit de mon empoisonnement avec de l'apomorphine employée en injection hypodermique ;* 3° de la part de M. le docteur *E. Mauriac* (de Bordeaux), un *Petit manuel d'hygiène à l'usage des mères ;* 4° au nom de M. le docteur *Louis Viallet* des *Études sur la profession médicale à Rodez ;* 5° divers ouvrages sur la *météorologie* par M. *H. Carlier;* 6° une brochure de M. le docteur *De Giovanni* (de Padoue) intitulée : *Osservazioni relative al processo inflammatorio.*

M. *Méhu* offre une Note sur *une nouvelle méthode d'extraction de la matière grasse des urines dites chyleuses.*

M. *Fournier* fait hommage du livre renfermant ses *Leçons sur l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique.*

M. *Depaul* présente une *Observation* manuscrite de M. le docteur *Mascarel* (du Mont-Dore) sur *les dangers des douches thermo-minérales intravaginales.*

EAU OXYGÉNÉE. — Dans une note envoyée par M. le docteur *Béchamp* (de Lille) et intitulée : *De l'action décomposante que certaines matières organisées exercent sur l'eau oxygénée*, il s'efforce de démontrer que toutes les fois qu'un tissu organisé décompose l'eau oxygénée, il doit cette propriété à ses microzymas; jusqu'à plus ample informé, on peut dire que si certains tissus ne décomposent pas l'eau oxygénée, c'est que leurs microzymas ne la décomposent pas non plus.

GUÉRISON DE LA RAGE. — Serait-on désormais en possession d'un moyen certain de guérir la rage? M. le docteur *Denis-Dumont* (de Caen) le croit, quant à lui, d'après les résultats de l'observation dont il donne lecture.

OBS. — Le nommé Grillée, trente-huit ans, berger de Vienne, près Caen, fut mordu le 16 avril dernier par un chien inconnu, qui mordit en même temps une femme Heequier, et une petite fille, dans la commune de Feuquerolles. — Apprenant le lendemain 17, que le chien était enragé, il toucha la plaie avec de l'acide azotique fortement dilué, vingt-quatre heures après l'accident. — Elle était complètement cicatrisée quinze jours après.

Le 20 mai, trente-quatre jours après avoir été mordue, la femme Heequier succombait avec tous les symptômes de la rage. — Le lundi 22, le nommé Grillée était pris d'accès tout à fait semblables, au dire des voisins qui l'ont vu d'abord et conduit dès le lendemain 23, à l'Hôtel-Dieu de Caen, dans le service du docteur Denis-Dumont, chirurgien en chef.

Le diagnostic ne paraît faire aucun doute. M. Denis-Dumont analyse successivement tous les symptômes qui peuvent se résumer ainsi : 1° morsure d'un chien enragé; 2° période d'incubation ordinaire après l'inoculation du virus, trente-six jours; 3° agitation prodromique, allées et venues sans motifs; 4° malaise spécial avec prurit partant de l'avant-bras aux environs de la morsure et envahissant rapidement tout le corps immédiatement avant le premier accès; 5° soif intense; douleur vive à la gorge, contraction spasmodique à chaque tentative de déglutition; 6° répulsion pour les liquides en général, plus prononcée pour quelques-uns; 7° accès provoqués immédiatement par certaines incitations, notamment par le bruit fait avec les dents; 8° recouvrement presque instantané de la connaissance après la crise; 9° convulsions n'affectant pas plus un côté que l'autre; 10° tendance à mordre et morsures faites par le malade sur lui-même; 11° sensation d'un poids extrêmement pénible sur la poitrine avec anxiété précordiale ; 12° voix rauque ressemblant à une espèce d'aboiement au commencement de certaines crises; 13° modifications curieuses survenues dans la plaie qui se rouvre, devient rouge, livide, sécrète à son centre un liquide visqueux, rougeâtre, puis se cicatrise et perd sa couleur violacée à mesure que la guérison se prononce.

Le malade à son entrée est soumis à l'usage du bromure de potassium à forte dose, 6 grammes, et sirop de codéine, sans aucun succès. Dans le but de provoquer des nausées et une salivation abondante, on pratique le mercredi matin 24, une injection de pilocarpine à la dose de 1 centigramme et elles sont répétées de façon à entretenir la sécrétion cutanée et salivaire sans interruption; trois injections par jour ont suffi. En même temps 8 grammes de bromure de potassium et 4 grammes de chloral sont prescrits. Dès le soir du 24, le malade est mieux, la constriction du pharynx et le poids épigastrique subsistent; mais il n'a eu que deux accès depuis les injections.

Le 25, le même traitement est continué, l'amélioration persiste. Le 26, *idem*. Le 27, la morsure est de nouveau complètement cicatrisée ; le malade se trouve guéri et demande à sortir.

En présence des insuccès déjà constatés avec le bromure de potassium et le chloral, la pilocarpine a dû jouer le rôle principal.

FOLIE ET DIVORCE. — A l'heure où la Chambre des députés adoptait par 338 voix contre 140 le principe même du divorce pour des cas dont la détermination sera l'objet de ses prochaines délibérations, l'Académie de médecine écoutait avec la plus grande faveur la réplique de M. *Blanche* aux objections que M. Luys lui avait faites dans l'avant-dernière séance. M. Blanche rappelle tout d'abord, en rétablissant l'exactitude des opinions qui lui ont été prêtées, qu'il est incontestablement beaucoup de cas d'aliénation mentale dans lesquels le médecin peut affirmer l'incurabilité; parmi ces cas le plus souvent le malheur pourrait être évité si les mariages étaient conclus avec une prudence plus vigilante, et pour beaucoup d'autres la période dans laquelle l'incurabilité est devenue définitive et sans rémission est relativement courte; dans les premiers se rangent les affections congénitales qui sont manifestes et les affections héréditaires qui peuvent être reconnues avant l'âge ordinaire du mariage; les seconds constituent la grande classe des aliénés avec lésions encéphaliques se traduisant par des troubles du système musculaire; enfin, un troisième groupe comprend la manie, la monomanie, la mélancolie, la lypémanie, et c'est dans ce troisième groupe que se rencontrent les cas dans lesquels il se produit des guérisons à une époque souvent éloignée du début de la maladie.

M. Luys, à propos de ces cas de guérison, a déclaré qu'après quatre ans pour les hommes et cinq ans pour les femmes, le médecin peut être fixé « sur les désordres anatomiques graves dont le malade est frappé et dont il ne pourra plus se relever ». Il est impossible à M. Blanche d'accepter une semblable sentence pour un très grand nombre de malades, et il persiste à soutenir qu'il y a beaucoup de cas dont on peut dire qu'ils sont passés à l'état chronique sans que cependant ils offrent des signes d'incurabilité certaine, et que, dans l'espèce, cette incurabilité ne peut être affirmée d'une manière absolue que pour les malades qui présentent

en même temps des symptômes de lésions cérébrales. En effet, la chronicité n'implique pas nécessairement et toujours l'affaiblissement, la destruction des facultés, et il est des maniaques, des monomaniaques, des mélancoliques, qui restent ce qu'ils sont sans tomber dans la démence, au sens strict du mot.

D'après M. Luys, la durée de la vie dans la paralysie générale serait en moyenne de trois à quatre ans, et dans les asiles privés pourrait atteindre sept ans; M. Blanche déclare avoir observé des paralytiques qui ont vécu plus longtemps. Quant à ce qui est des rémissions dans la paralysie générale que M. Luys regarde comme des cas douteux et à diagnostic incertain, M. Blanche les considère, au contraire, comme très réelles, et il en fournit un certain nombre d'exemples qu'il a eu l'occasion d'observer avec plusieurs de ses collègues; il ne lui paraît pas possible non plus de nier les exemples de guérison de la folie à longue échéance, après un séjour de douze, treize et quinze ans dans les asiles, et il ajoute, après avoir affirmé la réalité de la guérison de la malade dont il avait précédemment parlé à ce sujet, que, si les maladies mentales passées à l'état chronique, présentant des symptômes de démence, et lorsqu'elles ne sont pas compliquées de lésions cérébrales, n'offrent que peu de chances de guérison, il serait cependant téméraire de prétendre que ces malades ne guérissent jamais.

Quant à ses arguments « d'ordre sentimental » que M. Luys a combattus, M. Blanche déclare ne pouvoir se décider à ne point considérer l'aliéné comme un malade, dont la maladie est en outre la plus cruelle entre toutes et qui est, par la nature de son mal, incapable de se soigner lui-même, ce qui rend plus impérieux le devoir de protection et d'assistance, que l'on voudrait demander à la loi le droit de ne plus remplir. Est-ce qu'il suffirait alors d'avoir pourvu aux besoins matériels des aliénés; à côté de ceux « au regard atone, égoïstes, passifs, absorbés dans le néant de leurs pensées», il en est d'autres chez lesquels le sentiment persiste, qui trouvent dans la visite d'un parent, d'un ami, un soulagement à leurs souffrances, et dont les yeux parlent, alors que leur bouche est devenue muette. Faudrait-il donc, enfin, comme le demande M. Luys, lorsqu'on voudrait établir l'incurabilité d'un malade, nommer une commission arbitrale composée de trois médecins chargés de l'examiner pendant un an ou deux, suivant les cas? Mais pourrait-on espérer, comme l'a démontré M. Dechambre, que dans cette commission, les opinions fussent plus unanimes qu'elles ne l'ont été ici même, et qu'elles ne le sont le plus souvent dans les choses de la médecine? Et comment alors faire reposer une disposition légale sur une base aussi fragile et aussi incertaine?

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 9 JUIN 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

De la valeur des respirations anomales dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire : M. Grancher. — Action antipyrétique de l'acide phénique (M. Desplats) : M. Ferrand. — Discussion.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait hommage à la Société du second volume de ses *Leçons de clinique thérapeutique*, comprenant les affections du poumon, du foie, du rein, du larynx et du pharynx.

— M. *Grancher* donne lecture d'un mémoire intitulé : *De la valeur des respirations anomales dans le diagnostic du début de la tuberculose pulmonaire commune* (voy. p. 392).

— M. *Ferrand* lit son rapport sur le mémoire de M. Desplats, médecin des hôpitaux de Lille, sur l'*Action comparée de l'acide phénique et du salicylate de soude employés comme antipyrétiques dans la fièvre typhoïde.* Déjà M. Desplats avait fait connaître à l'Académie de médecine, en 1880, ses recherches sur le pouvoir antithermique de l'acide phénique; il avait constaté qu'il possède une action rapide mais de peu de durée, ce qui nécessite son emploi à doses massives répétées : on obtient de moins bons résultats en l'administrant d'une façon continue. Il détermine une abondante transpiration qui contribue sans doute pour sa part à l'abaissement de la température. On devra d'ailleurs surveiller attentivement les fonctions urinaires, bien que l'acide phénique n'ait pas, par lui-même, d'action nocive sur la glande rénale. Depuis lors, M. Hallopeau a entrepris une série d'expériences sur le sujet, ainsi que M. Ferrand lui-même. Le nouveau mémoire de M. Desplats renferme un parallèle entre l'action antipyrétique de l'acide phénique et celle du salicylate de soude. Il insiste d'ailleurs, avec juste raison, sur la nécessité de prendre la température des malades en traitement toujours aux mêmes heures et à la même distance de l'ingestion du médicament, si l'on veut obtenir des résultats comparables; c'est faute de semblables précautions que l'on voit souvent se produire des divergences d'opinion entre les divers expérimentateurs. La meilleure manière d'administrer l'acide phénique semble être le lavement, répété quatre ou cinq fois dans la journée : M. Desplats porte la dose quotidienne jusqu'à plusieurs grammes; si la coloration noire des urines apparaît au cours du traitement, il ne faut pas pour cela suspendre l'usage de l'acide phénique, on pourra seulement diminuer un peu la dose; l'albuminurie serait une contre-indication absolue. Le salicylate de soude possède une action antipyrétique plus éphémère, et son pouvoir analgésique n'est pas beaucoup supérieur à celui de l'acide phénique. En résumé ce sont deux antithermiques dont l'effet est prompt, mais de courte durée; ils sont d'un emploi facile et nullement dangereux, leur élimination étant très rapide. On devra proportionner les doses à l'intensité des résultats obtenus. — M. Ferrand conclut à l'inscription de M. Desplats sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société. — Ces conclusions sont acceptées.

M. *Dujardin-Beaumetz* a observé chez un certain nombre de malades des accidents d'algidité au cours de la médication par l'acide phénique; dans un cas où le lavement n'avait pas été rendu, la température est brusquement tombée de 40 à 36 degrés. Il faut, par suite, toujours administrer des lavements copieux, pour être sûr qu'ils ne seront pas gardés. Il a perdu également un assez grand nombre de typhoïdiques par suite d'accidents broncho-pulmonaires; ne pourrait-on incriminer l'acide phénique?

M. *Damaschino* a également observé l'action énergique des lavements phéniqués lorsqu'ils ne sont pas rendus; avec 0gr,50 on obtient un abaissement considérable de la température pendant deux ou trois heures. Au bout de quelques jours de traitement, 1 gramme donné en deux fois dans la journée, a suffi pour déterminer des accidents cérébraux d'intoxication, du collapsus, des urines noires. Quant aux complications broncho-pulmonaires, elles ont été fréquentes et graves, mais il faut surtout en accuser le « génie épidémique » du moment.

M. *Rathery* a vu, dans un cas où le lavement phéniqué avait été gardé, la température tomber à 35°,5 et 36 degrés dans le rectum. En outre, la convalescence semble plus pénible et plus longue à la suite de la médication phéniquée. Quant aux complications pulmonaires, elles se sont produites chez tous les typhoïdiques, quel que soit le traitement employé.

M. *Gérin-Roze* a donné aux typhoïdiques 2 grammes d'acide phénique dans 500 grammes d'eau pour un lavement. Il n'a observé que de bons résultats; les lavements d'ailleurs ont toujours été rendus.

M. *Siredey* a renoncé aux lavements phéniqués; il croit qu'on peut leur attribuer la mort d'un certain nombre de typhoïdiques. Il prescrivait 1 gramme d'acide pour 500 grammes d'eau; si le lavement était conservé, il se produisait des sueurs effrayantes et des accidents de collapsus; il faut dans ce cas administrer de suite un grand lavement simple pour obtenir l'expulsion du premier. En résumé c'est une médication très dangereuse et qui demande une surveillance des plus minutieuses.

M. *Dreyfus* a employé l'acide phénique en lavements chez les typhoïdiques pendant un an à l'Hôtel-Dieu. Il a d'ailleurs constaté une différence notable d'action, coïncidant avec le changement de l'interne en pharmacie du service. Quoi qu'il en soit, il a observé, pendant la première période, des accidents de collapsus mortel avec 75 centigrammes ou 1 gramme d'acide phénique pour 500 grammes d'eau; il a noté six cas de mort par complications broncho-pulmonaires. Ces accidents ont disparu et les effets antithermiques ont été peu marqués lorsque les lavements ont été préparés, à la même dose, par un nouveau pharmacien. M. Dreyfus a constaté, en prenant la température des malades toutes les demi-heures, que si le lavement est donné à neuf heures du matin, la courbe thermique, après être descendue de 1 à 2 degrés, remonte vers midi à 40 degrés, son point de départ. En somme cette méthode n'est pas exempte de dangers, les sueurs abondantes épuisent les malades, et la statistique semble moins bonne que celle qui est fournie par les autres médications.

M. *Ducastel* croit que, si le lavement phéniqué est rendu rapidement, il n'agit que comme un lavement d'eau froide, il a fait à ce sujet des expériences alternatives sur les mêmes malades et a reconnu que le lavement simple froid abaisse un peu plus vite et plus complètement la température que le lavement phéniqué rendu immédiatement. Dans les deux cas d'ailleurs tout effet antipyrétique a disparu au bout de trois heures.

M. *Ferrand* croit qu'il faut n'administrer les lavements phéniqués que dans les cas d'hyperthermie véritable, si non, les lavements froids peuvent suffire. Il faut, en outre, commencer par la dose modérée de 25 centigrammes par lavement, répété trois à quatre fois dans la journée. Quant aux accidents pulmonaires, qui se rencontrent dans l'intoxication expérimentale par les phénols, elle ne semble pas se produire avec la médication en question. En effet, il a obtenu, par ce moyen, la chute de la température et l'évolution lente des lésions chez des individus atteints de granulie. Si les lavements phéniqués n'ont pu produire à eux seuls ces heureux résultats, ils ne paraissent pas cependant avoir déterminé des poussées congestives du côté des organes respiratoires.

M. *E. Labbé* n'a vu se produire d'accidents de collapsus qu'une seule fois, par suite d'une erreur dans la dose administrée : la température tomba à deux reprises à 35 degrés, mais le malade put être ranimé. Il n'a enregistré que deux décès de typhoïdiques sur la série en expérience, et ce sont précisément deux malades auxquels on ne donnait pas d'acide phénique. Il prescrit ordinairement 80 centigrammes à 1 gramme, trois jours de suite, et obtient ainsi une hypothermie modérée qui persiste sept ou huit heures.

M. *Féréol* a employé ce traitement, mais il y a bientôt renoncé. La marche générale de la dothiénentérie n'est nullement modifiée, les sueurs épuisent les malades, il se produit parfois des accidents inquiétants de collapsus et de cyanose, enfin la statistique générale lui a paru moins satisfaisante.

M. *Dreyfus* a constaté plusieurs fois l'accumulation des doses; au bout de trois ou quatre jours de traitement, on obtenait avec une dose constante d'acide phénique un abaissement beaucoup plus marqué de la température. D'ailleurs, celle-ci remonte d'autant plus haut qu'elle a subi, sous l'influence du médicament, une dépression plus marquée.

M. *A. Robin* croit l'accumulation des doses impossible, de nombreuses analyses d'urine lui ayant démontré que l'acide phénique s'élimine entièrement en vingt-quatre heures ou quarante-huit heures au plus.

M. *Féréol* a également constaté la plus grande intensité d'action des lavements phéniqués après quelques jours de traitement.

M. *Dujardin-Beaumetz* résume la discussion en faisant observer que les lavements phéniqués constituent un puissant antipyrétique, mais dont les effets sont parfois dangereux et demandent à être surveillés avec le plus grand soin.

M. *Ferrand* croit que l'on s'effraie plus qu'il ne convient de l'action énergique de l'acide phénique. Son emploi exige certainement quelques précautions, mais il peut rendre d'incontestables services.

— A cinq heures et quart la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 31 MAI 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Dystocie par cloisonnement transversal ou vertical. — Rapports. — Élongation du nerf dentaire inférieur. — Présentation de malades.

M. *Polaillon*. M. Guéniot a présenté un fait de dystocie par cloisonnement transversal; l'orifice conduisant dans la cavité utérine était très étroit, et la cavité du col très grande. Selon M. Polaillon, il s'agissait là d'un cloisonnement *vertical* de l'utérus, comme on en trouve des observations dans la thèse de M. Le Fort. La femme étant devenue enceinte, la loge s'est développée et a surmonté la loge voisine qui était vide et le cloisonnement est devenu transversal. La loge vide a fait partie de la cavité du col utérin, et l'orifice du col a été reporté en avant, derrière la symphyse du pubis. De plus, comme cela arrive quand l'utérus est mal conformé, il y eut insertion vicieuse du placenta et présentation du tronc. Pendant le travail, l'orifice ne pouvait être dilaté; il n'était pas dilatable, tandis que le col était largement dilaté.

En 1877, M. Polaillon avait fait une présentation à la Société de chirurgie, et publié un mémoire sur les relations qui existent entre les malformations de l'utérus et les présentations du tronc. Il a trouvé qu'il existe une relation entre l'utérus incomplètement ou complètement cloisonné et les insertions vicieuses du placenta. M. Polaillon demande si les trompes utérines s'inséraient au même niveau sur la matrice.

M. *Guéniot* se rattache à l'explication de M. Polaillon; il regrette de ne pouvoir donner des renseignements sur le mode d'insertion des trompes; car si une trompe s'insérait en haut et l'autre en bas, la démonstration de M. Polaillon serait évidente.

M. *M. Sée*. Étant interne à Beaujon, M. Sée eut à examiner une femme à terme; on sentait le col, et dans le cul-de-sac postérieur une tumeur contenant un fœtus vivant; on crut à une grossesse extra-utérine, et la femme accoucha spontanément. La matrice s'était surtout développée dans son segment postérieur. En pareil cas, il se produit à la partie postérieure de l'orifice de la matrice une espèce d'éperon qui peut simuler une cloison transversale.

M. *Le Fort*. Ce que vient de dire M. Polaillon paraît très vraisemblable ; cependant, quand l'utérus se développe dans une moitié, il n'est pas admissible que l'autre moitié ne se

développe pas également, et alors les trompes peuvent s'insérer au même niveau. On ne peut pas présenter l'utérus double comme une cause absolue de présentation du tronc, puisqu'il y a de nombreuses observations de femmes à utérus double qui ont spontanément accouché. La malade de M. Guéniot avait eu un accouchement spontané quinze ans auparavant.

— M. *Chauvel* lit un rapport sur diverses observations adressées par M. Richon (de Belfort) :

1° Un homme de trente-six ans, atteint d'ostéo-périostite ancienne du tibia, se fracture cet os ; inflammation, suppuration, extraction de séquestres; le malade guérit de son ostéo-périostite.

2° Un soldat reçoit dans le pied droit une balle du volume d'un pois; ostéite douloureuse. Un an après, le pied était dans l'extension forcée, et le projectile était dans l'astragale. M. Richon en fit l'extraction; guérison trois mois après.

3° Kéloïde cicatricielle de la région lombaire; inflammation; ablation; guérison.

4° Varices du membre supérieur suite d'un effort.

5° Kyste du corps thyroïde; injection iodée; perte de la voix; guérison.

— M. *M. Sée* communique une observation d'élongation du nerf dentaire inférieur. La malade, âgée de quarante-sept ans, avait depuis longtemps de violentes douleurs névralgiques dans la moitié gauche du maxillaire inférieur; ces douleurs avaient résisté à toutes les médications. M. Sée fit l'élongation du nerf dentaire inférieur. La guérison fut rapide et les douleurs n'ont pas reparu.

M. *Polaillon* demande si la malade a été suivie longtemps après l'opération; dans un cas qui lui est personnel, les douleurs ont reparu au bout de trois mois. Aussi, chez un autre malade, M. Polaillon a fait la trépanation de la branche montante du maxillaire inférieur, la section du nerf dentaire inférieur et l'arrachement du bout périphérique. Les douleurs ont complètement disparu.

— M. *Desprès* présente un jeune homme à qui il a enlevé, il y a quelques jours, une balle dans la paume de la main; pansement au diachylon de Chassaignac et immobilisation. Le pansement est enlevé aujourd'hui ; la guérison est complète.

— M. *Le Fort* présente un homme qui a eu, il y a quinze ans, une double fracture de cuisse. D'un côté, il est resté une pseudarthrose complète. Les mouvements se passant dans cette fausse articulation sont très étendus, et permettent la marche sans appareil prothétique.

— M. *Fauvel* présente un homme qui, en 1870, reçut une balle de gros calibre dans la joue gauche; le corps étranger ne produisit alors aucun phénomène. Il y a quelque temps, le malade se plaignait de dyspnée et M. Fauvel constata une tumeur rouge au niveau de l'orifice supérieur du larynx. Dans un accès de toux, la balle fut expulsée, l'abcès se vida et les replis arythénio-épiglottiques ont repris leur aspect normal.

Société de biologie.

SÉANCE DU 10 JUIN 1882. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Fonctions des canaux demi-circulaires : M. Laborde. — Action et classification des composés quaternaires d'arsonium et des iodures doubles d'arsonium, de zinc, de cadmium : M. Rabuteau. — Lésions valvulaires du cœur ; acuité variable des souffles; oblitération du canal thoracique dans l'insuffisance tricuspidienne : M. François-Franck.

M. *Laborde*, en offrant à la Société un mémoire lu à la Société d'anthropologie sur le rôle attribué aux canaux demi-circulaires dans la notion de l'espace, insiste sur la critique des opinions de Flourens, rappelle les recherches de Cyon, de Löwenberg et celles qu'il a exécutées lui-même. Il conclut en considérant comme illusoire l'admission d'un sens de l'espace et en exposant les rapports de la branche labyrinthique du nerf acoustique avec le noyau excito-moteur étudié dans le bulbe par M. Duval.

— MM. *Arloing*, *Cornevin* et *Thomas* font part à la Société des conclusions de leurs études sur la conservation et la destruction de la virulence du microbe du charbon symptomatique. Ils ont recherché quelles substances sont capables de détruire la virulence et d'atténuer les propriétés funestes des cadavres et des détritus qui peuvent souiller le sol, les étables, les litières, etc. Ils ont constaté, en essayant un grand nombre de substances liquides, solides ou gazeuses, que la conservation des propriétés virulentes est très différente suivant qu'on agit sur du virus frais ou desséché : la résistance de ce dernier est beaucoup plus considérable.

Des tableaux dressés dans le travail de ces auteurs, ressortent un certain nombre de conclusions d'un grand intérêt pratique : nous en citerons quelques-unes.

Plusieurs substances, préconisées unanimement comme antiseptiques, sont sans effet sur le virus même à l'état frais : l'alcool pur ou camphré, la chaux, l'acide tannique, l'ammoniaque ne donnent qu'une sécurité illusoire. Il en est de même du sulfate de fer et du chlorure de manganèse, etc.

On voit de plus que telle substance qui détruit la virulence d'un microbe déterminé (l'acide sulfureux par exemple, pour le microbe de la gangrène gazeuse, l'essence de térébenthine pour le *bacillus anthracis*-PASTEUR), se montre absolument inefficace contre le virus du charbon symptomatique. Il faut donc s'attacher à trouver des antiseptiques spéciaux, puisqu'un antiseptique général peut rester sans effet sur un virus donné.

Contre le virus du charbon symptomatique, MM. Arloing, Cornevin et Thomas préconisent le sublimé corrosif dont la solution au 1/5000 est encore antivirulente, le nitrate d'argent, l'acide salicylique. Vient ensuite l'acide phénique qui à 2/100 est efficace, et dont le prix peu élevé doit faire un désinfectant ordinaire.

— M. *Rabuteau* continue l'exposé de ses recherches sur les composés quaternaires d'arsonium et les iodures doubles d'arsonium, de zinc ou de cadmium.

Après avoir indiqué les caractères chimiques de l'iodure de tétréthylarsonium et de cadmium, il signale les particularités de ses effets toxiques. On a vu que dans l'action de l'iodure double de tétréthylarsonium et de zinc (note précédente), il se produit un double empoisonnement : l'un déterminé par le sel d'arsonium, l'autre par le sel de zinc.

Dans l'empoisonnement par l'iodure de tétréthylarsonium et de cadmium, c'est l'action du sel de cadmium qui domine et finit même par devenir seule évidente : le sel de cadmium agit sur le cœur et sur les muscles en en déterminant la paralysie graduelle, tout en laissant leur excitabilité aux nerfs moteurs.

L'iodure de tétréthylarsonium et de cadmium s'est montré plus actif que le sel de zinc « parce que le poids atomique du cadmium est plus élevé que celui du zinc ».

L'élimination se fait rapidement par les urines, ce qui explique l'innocuité remarquable de hautes doses du sel double d'arsonium et de cadmium. Mais c'est l'iode qui passe surtout dans l'urine, à l'état d'iodure de sodium, tandis que le métal demeure plus ou moins longtemps dans l'organisme pour s'éliminer surtout par la bile.

Au point de vue de la classification de ces sels quaternaires, dans lesquels entre soit le radical éthyle, soit le radical méthyle, on voit d'après l'ensemble des recherches de M. Rabuteau, qu'il s'agit dans tous les cas de poisons paralyso-moteurs : ce sont des agents à double effet qui produisent

d'une part la paralysie musculaire, d'autre part la paralysie des nerfs moteurs.

— M. *François-Franck* a repris sur des animaux de petite taille (lapins et cobayes) les expériences de lésions valvulaires du cœur qu'il avait déjà faites sur des chiens. Il montre à la Société un jeune lapin dont la valvule tricuspide a été coupée et qui présente un souffle systolique très intense, un pouls veineux jugulaire par reflux, etc. L'intérêt de cette nouvelle série d'expériences paraît surtout relatif à la recherche de la transmission par voie héréditaire de troubles circulatoires rappelant plus ou moins les lésions expérimentalement produites chez les ascendants : on sait par les expériences de M. Brown-Séquard que les cobayes se prêtent particulièrement bien aux recherches de ce genre, mais on n'a observé jusqu'ici que la transmission de modifications nutritives d'origine nerveuse. Il est intéressant de rechercher dans quelle mesure les lésions cardiaques des ascendants pourront modifier l'appareil ou les phénomènes circulatoires dans les générations suivantes.

2° L'étude des souffles cardiaques produits par les lésions expérimentales des valvules peut être faite avec beaucoup de détail chez les animaux longtemps conservés et auxquels on peut imprimer des modifications circulatoires quelconques. M. François-Franck insiste seulement sur deux points touchant à cette question : 1° Il montre que l'acuité d'un souffle est en raison inverse de l'étendue des lésions, sauf variations imprimées à la circulation et à l'état du cœur. De telle sorte que le bruit ayant la tonalité la plus élevée, correspond en général à une lésion très minime, cela s'appliquant aux insuffisances mitrale, tricuspidienne et surtout aortique ; 2° le souffle de l'insuffisance aortique devient beaucoup plus intense quand on élève la pression dans l'aorte, par la compression de ce vaisseau dans l'abdomen par exemple. Ce fait a son importance clinique parce qu'on pourra tirer parti de cette modification pour aider au diagnostic différentiel souvent si difficile de l'anévrysme de la crosse et de l'insuffisance aortique : dans le cas d'anévrysme, le souffle diastolique doit diminuer d'intensité par la compression soit de l'aorte abdominale, soit des deux fémorales s'il n'y a pas d'insuffisance aortique concomitante.

3° M. François-Franck a observé dans les cas d'insuffisance tricuspidienne large, avec grands reflux auriculo-ventriculaires et haute pression veineuse, le passage du sang de la veine sous-clavière dans le canal thoracique. Il montre une pièce recueillie sur un chien et dans laquelle l'embouchure du canal thoracique dilatée a permis au sang de refluer dans le canal jusqu'au milieu de la région thoracique. Au-dessous le canal est considérablement distendu par la lymphe ; les ganglions mésentériques sont gorgés et laissent transsuder une grande quantité de liquide à l'incision. Ces troubles de la circulation lymphatique dans le cas de large insuffisance tricuspidienne doivent être pris en considération au point de vue des accidents nutritifs qui peuvent en résulter; c'est là une vue exposée déjà théoriquement et qui trouve sa confirmation anatomique dans les expériences précédentes.

REVUE DES JOURNAUX

De la situation anatomique de l'estomac : influence sur la forme et sur la fonction de cet organe, par Lessen.

1° L'estomac est placé verticalement dans la cavité abdominale, de façon que le fond est en contact avec le diaphragme, le pylore à droite, la petite courbure à droite et dans sa partie supérieure un peu en bas, la grande courbure à gauche.

2° Il est donc placé dans l'hypochondre gauche et dans la région épigastrique, sa sortie correspond au prolongement de la ligne qui longe à droite le bord du sternum.

3° Lorsque l'estomac se remplit, il ne peut pas dilater isolément l'une ou l'autre de ses portions : il faut qu'il se dilate en totalité.

4° Le système musculaire de l'estomac comprend des faisceaux longitudinaux, circulaires et obliques. Les faisceaux longitudinaux vont du fond au pylore : la couche des faisceaux circulaires s'épaissit à mesure que l'on se rapproche de la sortie, et surtout au voisinage de la valvule pylorique où elle forme sphincter. C'est pourquoi les aliments introduits dans l'estomac sont d'abord mus le long des parois jusqu'au pylore où ils se mêlent le plus avantageusement possible avec les sucs gastriques; puis ils retournent le long de l'axe médian vers le fond, vers la partie évasée, là où ils rencontrent la moindre résistance.

5° Ce double mouvement n'est possible que grâce à la forme spéciale de l'estomac. L'absence du fond chez les nouveau-nés, son apparition ultérieure, peut s'expliquer par l'existence de ce courant central ascendant des matières alimentaires.

La forme et la distribution de l'élément musculaire expliquent le long séjour des aliments dans l'estomac, de même que leur passage progressif dans l'intestin grêle dans la première période de la digestion.

6° Lorsque les gaz s'accumulent dans le côlon, celui-ci peut s'élever en spirale, à gauche de l'estomac jusqu'au quatrième espace intercostal et même jusqu'à la quatrième côte. Lorsque c'est l'intestin grêle qui est tympanisé et remonte (toujours à gauche) derrière le côlon, la partie inférieure de l'estomac peut prendre une situation plus oblique en avant.

7° Un estomac même volumineux et habitué aux repas abondants, conserve toujours son attitude verticale, et l'*antre pylorique* seul se dirige à son passage au duodénum à droite et en haut.

8° La rate est placée à l'état normal à la partie postérieure et supérieure de la grande courbure, dans la direction du milieu du fond. Elle correspond au neuvième espace intercostal, ou à la dixième côte, à commencer par l'endroit où cet espace est coupé par la ligne axillaire et arrive par son bout supérieur jusqu'à la colonne vertébrale. (*Virchow's Archiv.*, t. LXXXVII.)

Du cœur gras, par M. de Stoffella.

L'auteur cite comme moyens de diagnostic : la matité exagérée, la faiblesse du choc de la pointe et des bruits du cœur, le pouls faible, peu fréquent, manquant souvent, la dyspnée en l'absence de lésions du poumon ou des valvules du cœur.

Au point de vue de l'étiologie et de la pathogénie, il cherche à résoudre la question suivante :

De quelles substances provient la graisse et comment se forme-t-elle ?

Les albumines (non utilisées) se dédoublent en produits azotés et non azotés. Ces derniers se transforment en acide carbonique, eau et graisse, et il se produit d'autant plus de graisse qu'il y a moins d'oxygène. Si les carbures d'hydrogène favorisent la production de graisse, c'est en attirant à eux l'oxygène disponible.

La dégénérescence graisseuse du cœur est toujours l'expression d'un vice de nutrition, soit général (anémie, etc.), soit local (exsudat péricardique, athérome des coronaires).

Les expériences sur les animaux nous apprennent que la stéatose du cœur peut être produite : 1° par l'élévation de la température ; 2° par des saignées répétées. Ces deux facteurs ont un résultat commun, d'enlever les corpuscules rouges du sang.

Au point de vue thérapeutique, il faut surtout recommander le fer. (*Wien. med. Presse*, 1881, n° 19.)

BIBLIOGRAPHIE

Du pansement à l'iodoforme et de ses dangers, par M. Le Dentu; brochure in-8°. — Paris, A. Delahaye et Lecrosnier.

M. Le Dentu vient de publier une intéressante leçon, professée à l'hôpital Saint-Louis, sur le pansement à l'iodoforme. Il nous y montre le chemin qu'a fait ce médicament depuis 1836, époque où Bouchardat le prescrivait à l'intérieur contre le goître et la scrofule, jusqu'à ces dernières années où un véritable vertige a saisi les chirurgiens allemands qui l'ont employé sans mesure pour tous les ulcères de toute nature, pour toutes les blessures et pour toutes les plaies. Il est devenu le topique par excellence, l'antiseptique à toute épreuve, le désinfectant sans pareil et, dans certains hôpitaux, il a été employé à l'exclusion de toute autre substance. Pour l'iodoforme le Lister lui-même a été délaissé.

Cet engouement devait être de courte durée, et l'on a bien vite reconnu que de graves accidents étaient souvent la conséquence de cet emploi immodéré. Certes, parmi les observations publiées, beaucoup paraissent douteuses; on ne sait trop, à leur lecture, s'il y a véritable intoxication et si l'iodoforme doit être incriminé. Mais il est des cas où l'évidence s'impose et M. Le Dentu a pu déjà grouper les symptômes de cet empoisonnememt nouveau que Humbert et Moretin, Franchini et Floucaud, Bing et Högger ont reproduit expérimentalement.

Les observateurs ont noté chez les intoxiqués d'abord un malaise général, de la céphalalgie, de l'inappétence; le malade est triste, mélancolique, facile aux larmes, sans ressort moral; le pouls est petit, mou, dépressible; il bat 160, 180 à la minute; sa rapidité s'exagère même au point qu'on ne peut plus compter les battements sans que, pour cela, la température s'accroisse d'une manière proportionnelle. Il existe dans la bouche une saveur persistante d'iodoforme. Les troubles digestifs s'accusent et des phénomènes cérébraux éclatent. Ils prennent, chez les enfants, la forme méningitique : coma, contracture, inégalité des pupilles, intermittence du pouls. Chez les adultes on observe aussi de la dépression, mais plutôt une agitation extrême, un véritable délire avec tendance au suicide. La mort ne tarde pas à survenir.

Les autopsies sont presque toujours négatives. On a trouvé cependant des dégénérescences viscérales, surtout du côté des reins qui sont gras, de même que le pancréas, le foie et le cœur. Les expérimentateurs ont constaté les mêmes altérations sur les animaux intoxiqués. Franchini et Floucaud signalent en outre l'altération du sang, une pigmentation des globules sanguins. Il n'y a donc plus de doute à avoir: l'iodoforme est une substance toxique qui n'en est plus à prouver sa funeste puissance. Le cri d'alarme a été jeté et cette substance est menacée d'une réprobation qui n'a d'égale que la vogue dont elle a joui.

Il y aurait, ce nous semble, injustice et danger à se laisser entraîner par ce nouveau courant aussi aveugle que le premier. L'iodoforme sagement employé, surveillé comme doit l'être une substance évidemment toxique, demeure pour nous un des meilleurs antiseptiques auquel on puisse avoir recours. Pour certains cas et dans certaines régions, il est préférable à l'acide phénique et à ses succédanés, et les résultats qu'il donne sont bien supérieurs. Croit-on pouvoir y renoncer pour les hématocèles vaginales incisées où le Lister a procuré tant de mécomptes? pour certains évidements osseux; pour quelques plaies anfractueuses où l'on veut ne faire que des pansements rares avec une antisepsie rigoureuse? dans les fistules à larges décollements? dans les altérations du col utérin et partout où les pansements ordinaires sont inapplicables et où les décompositions putrides sont rapides? Dans un cas d'épithélioma de la matrice, nous avons laissé dix jours, pour combattre une hémorrhagie, un tamponnement vaginal, et lorsque nous avons retiré nos boulettes de ouate iodoformée, il n'y avait d'autre odeur que celle de l'iodoforme!

Nous pourrions citer une série d'observations personnelles où l'excellence du résultat était due de toute évidence à l'emploi de l'iodoforme. Sous son influence, la granulation s'active, la suppuration se tarit et des cicatrisations qui se faisaient attendre depuis plusieurs semaines s'achèvent en quelques jours. Pour une résection du tiers supérieur de l'humérus où nous n'avions conservé que la lamelle cartilagineuse de la tête articulaire et une gaine mince et incomplète d'os nouveau, la guérison fut obtenue en près de trois semaines, sans fièvre, sans complication d'aucune sorte.

Certes il était nécessaire de crier gare! mais les clameurs doivent s'élever contre l'abus et non contre l'usage de l'iodoforme. Nous lisons dans les observations allemandes, et même dans quelques faits français, qu'on en emploie couramment 20, 50, 100, 200 grammes même ; on le répand sur une plaie vive et, comme pour rendre l'absorption plus facile et plus prompte, on ne se contente pas du médicament cristallisé, on le choisit porphyrisé. Et puis l'on s'étonne de voir éclater des accidents formidables ! Que n'a-t-on eu recours à quelques centigrammes? l'antisepsie eût été obtenue et on n'aurait pas eu d'intoxication.

Pour nous, notre mode d'administration n'a jamais varié et nous n'avons eu à noter, malgré un emploi soutenu, non seulement le plus léger accident, mais même les premiers signes d'une menace. Nous remplaçons le lint iodoformé des Allemands par de la ouate. Nous saupoudrons légèrement la surface d'un tampon de volume variable suivant la plaie à recouvrir, avec quelques pincées d'iodoforme cristallisé. Cette mince couche superficielle doit obtenir l'antisepsie immédiate, mais, comme nous ne pratiquons d'ordinaire que des pansements rares, nous mettons, dans l'intérieur du tampon, une certaine quantité d'iodoforme qui, par conséquent, n'est pas au contact de la plaie, mais dont les émanations dégagées lentement suffisent pour maintenir l'antisepsie et pour activer la granulation.

Parfois, dans certaines plaies anfractueuses, pour empêcher l'accolement des parois opposées, nous nous servons d'une petite éponge fine saupoudrée d'iodoforme et enrobée de tarlatane. La substance antiseptique n'est point en contact de la surface cruentée, et l'absorption en est à peu près nulle. Cependant les effets thérapeutiques n'en sont pas moins obtenus. Que les chirurgiens en agissent ainsi et tout danger sera conjuré. On n'a pas délaissé l'acide phénique lorsqu'on a constaté des cas irrécusables d'empoisonnement; on n'abandonnera pas l'iodoforme parce qu'il a provoqué des intoxications. Mais on le maniera avec prudence comme une substance aussi redoutable quand on la prodigue sans mesure, qu'incontestablement utile lorsqu'on l'emploie avec discernement.

Paul Reclus.

Index bibliographique.

Nouvelle étude sur la fièvre typhoïde dans l'armée (1877-78-79), par le docteur L. Colin. — Paris, J.-B. Baillière, 1882.

Le conseil de santé des armées a eu l'heureuse idée de confier à M. L. Colin l'étude et l'analyse de tous les rapports qui lui sont adressés sur les épidémies de fièvre typhoïde par les médecins de l'armée. Tous ceux qui ont lu le remarquable travail déjà publié en 1877 sur ce sujet applaudiront à cette mesure. En réunissant dans un travail d'ensemble les documents si intéressants que lui ont fourni ses collègues, en les critiquant, en les appréciant avec une compétence si autorisée, M. L. Colin a pu écrire déjà et il nous donnera encore des mémoires qui, parmi les nombreuses publications consacrées à l'étude de la fièvre typhoïde, seront certaine-

ment classés au premier rang par la précision et l'exactitude des documents qu'ils fournissent. Il serait donc bien à désirer que, aujourd'hui qu'il commence à jouir de son autonomie, le conseil de santé se décidât à utiliser, dans un intérêt public, au lieu de les enterrer dans un recueil que personne ne reçoit, les travaux dus aux médecins de l'armée. Une note publiée en tête du nouveau mémoire de M. L. Colin nous fait espérer qu'il en sera ainsi désormais. Bientôt donc nous compterons parmi les organes de la presse médicale un nouveau recueil digne du corps savant dont il enregistrera les œuvres scientifiques.

Dans la nouvelle publication de M. L. Colin nous relèverons surtout un très intéressant chapitre sur les influences typhoïgènes d'origine urbaine. M. L. Colin montre que les casernes ne sont pas seulement malsaines par les causes d'insalubrité que crée l'encombrement. Elles le deviennent souvent par l'insalubrité de la localité où elles sont élevées, de telle sorte que, souvent, on accuse la garnison d'infecter une ville alors que les soldats ne sont atteints qu'en raison de leur peu d'accoutumance au milieu urbain. La même imminence morbide, dit M. L. Colin, se retrouve chez les nouveaux venus de la classe civile : ouvriers, lycéens, domestiques venant des campagnes. On s'aperçoit moins de l'importance des pertes subies par ces dernières catégories parce que les individus qui les constituent sont disséminés, perdus dans l'ensemble de la ville et que leurs atteintes moins condensées frappent moins l'attention que celles des soldats. Les rapports adressés au conseil de santé par MM. Barberet, Burlureaux et Chouet pour la ville de Clermont-Ferrand, par MM. Baudon (de Landrecies), Madamet (de Melun), Debont (de Rouen), Daga (de Nancy), Emery-Desbrousses et Lœderich (de Caen), Warion (de Perpignan), Weil (de Troyes), etc., etc. (nous ne citons que les principaux), montrent par des faits indéniables que le soldat est surtout exposé à contracter la fièvre typhoïde parce qu'il est immergé dans l'atmosphère d'une ville favorable à l'entretien des germes morbides et parce que l'on y concentre des groupes de sujets arrivés à l'âge où la réceptivité morbide est à son maximum.

Ces rapports et les conclusions qu'en déduit M. L. Colin donnent une idée de l'importance et de l'utilité de son travail. Il est une autre conclusion plus digne encore d'être méditée et qu'il faut tout particulièrement signaler à l'attention des administrateurs et des chefs d'armée. Dans cette dernière période triennale, la mortalité de la fièvre typhoïde est descendue à une proportion inférieure à 3 sur 1000. En 1879, il y a eu 400 décès typhoïdiques de moins qu'en 1876. Or, M. L. Colin n'hésite pas à attribuer cette amélioration à une mesure qu'il a souvent recommandée et qui n'est autre que l'évacuation des casernes contaminées. Grâce à la généralisation de cette mesure, les épidémies sont plus courtes et partant, moins meurtrières. L'évacuation et le campement des troupes sont les seules mesures à prescrire en cas d'épidémie, et c'est parce que l'autorité militaire a écouté les justes observations des médecins de l'armée que la morbidité et la mortalité par fièvre typhoïde se sont trouvées réduites. M. L. Colin cite comme exemple le résultat obtenu par l'évacuation totale de la garnison de Rouen (décembre 1878). En une semaine (du 13 au 20 décembre), 97 malades avaient été envoyés à l'hôpital. Le 21 décembre, l'autorité militaire ordonnait à toutes les troupes de camper sur le plateau de Rouvray, à 5 kilomètres de la ville. A dater de cette époque, il n'y eut plus que 6 cas de fièvre typhoïde. On voit, par ces courts extraits du nouveau mémoire de M. L. Colin, les services que peuvent rendre de pareilles publications. Il importe donc de leur rendre justice et d'encourager le conseil de santé à en provoquer de nouvelles.

ANNUAIRE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS, par M. le docteur BERTILLON, chef des travaux de la statistique municipale. — Paris, G. Masson, 1881.

On ne saurait trop louer le zèle et la compétence avec lesquels M. le docteur Bertillon dirige l'important service à la tête duquel il a été appelé depuis deux ans. Le beau volume qu'il vient de faire paraître et qui résume les travaux centralisés au bureau de la statistique municipale marque un progrès notable. Il prouve que l'on peut être certain de trouver toujours dans les documents qu'il analyse, et que feront connaître les annuaires successifs, toute une série de faits démographiques des plus importants. Nous ne pouvons mentionner ici les parties de l'ouvrage qui traitent des milieux et du sol (météorologie, géologie, hydrologie, etc.), non plus que les chapitres consacrés à l'exposé de l'état et du mouvement des finances, des objets de consommation, de la circulation, etc., etc. Mais il nous faut appeler tout particulièrement l'attention des hygiénistes et des médecins sur la deuxième partie de l'ouvrage, celle qui traite de la population parisienne et du mouvement de la natalité et de la mortalité. M. Bertillon analyse avec une rigueur et une précision extrêmes tous les chiffres que lui ont fournis les rapports officiels. Sans se laisser tromper, comme l'ont fait autrefois certains administrateurs trop complaisants, par des apparences vagues et des rapprochements artificiels, il arrive à cette conclusion peu consolante que, « par l'excès de sa mortalité et par l'excès de sa stérilité, le milieu parisien supprime chaque année certainement plus de 30 000 existences ». La mortalité à Paris est surtout considérable ; « le tribut mortuaire de la ville de Paris est annuellement surchargé d'un excédent de 11 000 décès comparativement au reste des Français ». Il importe donc de rechercher autant qu'il est possible quelles ont été les causes principales des décès constatés dans ces dernières années et comment on pourrait en diminuer le nombre. A ce point de vue, les recherches statistiques de M. Bertillon ont une importance réelle lorsqu'il étudie la marche des maladies contagieuses et qu'il montre la variole promenant ses sévices tout autour des asiles où l'Assistance publique avait accumulé ses malades. On ne peut encore établir qu'il en soit de même pour la diphthérie ou pour la fièvre typhoïde. Les cartes nosologiques tracées par M. Bertillon ne prouvent, en effet, qu'un seul fait : l'accroissement des décès s'y montre en général proportionnel à la densité de la population. Mais il n'en peut être autrement et il faudra du temps encore avant de pouvoir tirer des conclusions rigoureuses de données aussi controversables que celles qui ont trait à l'étiologie des maladies infectieuses. C'est pourquoi l'on ne saurait dès aujourd'hui *lire* avec quelque clarté les cartes nosologiques publiées par le nouvel annuaire. Ce qu'il faut surtout retenir de sa lecture, ce sont les faits indiscutables et les chiffres qu'il nous apporte. Un jour viendra où ces documents dus à l'infatigable labeur de notre éminent confrère pourront être plus fructueusement encore utilisés.

VARIÉTÉS

Nécrologie.

MERCIER. — La science vient de faire une perte bien sensible dans la personne de Louis-Auguste Mercier, décédé à Paris le 11 juin, à l'âge de soixante et onze ans. Après la cérémonie religieuse, qui a eu lieu à l'église Saint-Paul-Saint-Louis, son corps a été transporté, pour être inhumé, au Plessis-Saint-Jean, petit village du département de l'Yonne. Cette dernière circonstance est en quelque sorte le trait qui résume tout l'être moral de Mercier. C'est de ce village qu'il est parti pour parcourir une carrière brillante et honorée ; et en voulant y avoir son tombeau auprès de son père et de sa mère, il a donné une dernière consécration à la simplicité et à la modestie de toute sa vie, comme un dernier témoignage de sa fidélité au pays natal et de sa dévotion à l'humble foyer de famille. Mercier, en effet, a eu ce rare et si louable mérite de devoir à son seul travail, mais à un travail de chaque jour et de chaque heure, le renom et la fortune. L'ami de soixante ans qui écrit ces lignes peut le dire en toute assurance, de protecteurs, il n'en a jamais eu ; l'intrigue, il ne la connaissait que pour l'avoir quelquefois rencontrée devant lui ; toutes les qualités de surface, très licites celles-là, qui aident tant au succès dans le monde, la souplesse de caractère, le brillant de l'esprit, les agréments de la parole, les séductions diverses de la personne, il ne les avait ni ne les recherchait. Culte constant, presque passionné, pour la branche de la science à laquelle il s'était voué, rigueur d'observation, lucidité du jugement, honnêteté profonde, il a tout demandé aux qualités les plus sérieuses de l'esprit et du cœur. Elles lui ont donné ce qu'elles refusent rarement : un grand respect pour l'homme, une grande considération pour le savant, une grande confiance dans le praticien, mais peu ou point de ces situations honorifiques où tant d'autres se hissent si facilement. Une croix tardive de chevalier de la Légion d'honneur et une récompense de l'Académie de médecine ont été les seuls prix publics des services qu'il a rendus.

Des nombreux travaux de Mercier, ceux qui ont le mieux fondé sa réputation, sont peut-être les premiers ; car c'est des commencements de sa carrière médicale que datent ses recherches sur cette valvule du col de la vessie, qui a été le sujet de tant de polémiques, ainsi que l'invention de la *sonde à petite courbure* et du

dépresseur prostatique, deux instruments encore en honneur, le premier surtout, parmi les chirurgiens. L'habitude de rattacher son nom à une spécialité a fait un peu perdre de vue sa théorie sur les accidents produits par le chloroforme et sur les moyens d'y remédier ; cette théorie date des premiers temps de la pratique de la chloroformisation.

Les principaux ouvrages publiés par Mercier sont les suivants : 1° *Recherches anatomiques... sur les maladies des organes urinaires et génitaux* (1841) ; 2° *Observations et remarques nouvelles sur le traitement des valvules du col de la vessie* (1847) ; 3° *Recherches... sur les valvules du col de la vessie* (1848) ; 4° *Série d'observations sur le traitement de la rétention d'urine* ; 5° *Recherches sur le traitement des maladies des organes urinaires considérés chez les hommes âgés et sur celui du rétrécissement* (1856). Il a publié plus récemment sur la *gravelle* un volume dont nous n'avons pas le titre exact ni la date sous les yeux.

A. D.

CONCOURS POUR UN PRIX AU MEILLEUR TRAVAIL SUR LE TRAITEMENT PRÉVENTIF OU CURATIF DU CANCER

La question de la *cure radicale du cancer*, qui est d'ordinaire posée et même résolue affirmativement par la spéculation, est présentement soumise à l'expérience scientifique dans les conditions de la plus parfaite honorabilité et avec la certitude d'une appréciation éclairée. Le nom du signataire de la note qu'on va lire en est une suffisante garantie : M. G. Collins Warren, auteur de plusieurs brochures sur les tumeurs, dont une a reçu le prix Boylston, est assistant-professeur de chirurgie à l'Université de Harward et chirurgien de l'hôpital général de Massachusetts.

Le prix proposé ici, et pour lequel un concours est ouvert depuis quelque temps déjà, a été offert par une personne étrangère à la médecine.

Voici la note qu'on nous prie de publier :

Le soussigné ayant été désigné, au mois d'octobre dernier, pour recevoir les travaux envoyés par le jury sus-mentionné, déclare que trois mémoires lui sont parvenus. Pour mieux juger de leur mérite, appel avait été fait au docteur George B. Shattuck, éditeur du *Boston medical and Surgical Journal*, et l'un des médecins du Boston City hospital. Il a été jugé qu'aucun mémoire n'était digne du prix.

Le même sujet est proposé dans les travaux suivants : *Probabilité d'une découverte à l'égard de la cure des maladies cancéreuses ; Voie d'étude ou d'expérimentation propre à conduire à la découverte d'une telle cure.* Les essais doivent être envoyés, au plus tard le 1er décembre 1883, au soussigné qui, avec des confrères choisis par lui, est désigné pour en juger le mérite.

Pour le meilleur essai sur ledit sujet, il sera décerné un prix de MILLE DOLLARS. On se réserve de n'en décerner aucun si ces essais n'ont pas une valeur suffisante. La susdite somme est déjà déposée dans la *New-England Trust Company* de Boston, et mise à la disposition des juges.

Les essais doivent être lisiblement écrits, en langue anglaise, française ou allemande (cette dernière cependant en caractères *romains*), et convenablement reliés. Chacun d'eux doit être accompagné d'une devise et d'une enveloppe fermée portant la même devise et contenant le nom et l'adresse de l'auteur. Tous resteront en possession du donateur du prix pour toute référence qui pourra devenir utile, et avec le droit, bien entendu, de publier sous le nom de l'auteur l'essai récompensé. Chaque auteur, cependant, aura le droit de conserver une copie de son essai et de le publier.

La décision concernant le mérite des essais s'inspirera principalement du point de vue pratique, l'objet du donateur étant de suggérer des recherches spécialement afférentes à la guérison du cancer.

Au nom du donateur :

J. COLLINS WARREN, M. D., M. M. S. S.,
58, Beacon Street,
Boston, Mass., États-Unis.

Mars 1882.

HISTOIRE ET STATISTIQUE DE L'OVARIOTOMIE

Nous sommes également priés par M. le docteur Janvrin (de New-York), de transmettre à nos lecteurs un questionnaire relatif à l'*histoire* et à la *statistique de l'ovariotomie*. Les renseignements qu'on voudrait bien lui transmettre seraient employés par lui dans la rédaction d'un article qu'il est chargé d'écrire sur ce sujet dans un ouvrage en préparation qui aura pour titre *System of ginsecology by American Authors*. Il désire que les réponses lui arrivent avant la fin de l'année ; elles doivent être adressées à son nom, 191, *Madison Avenue*.

Voici la liste en question ; il nous paraît inutile de la traduire en français :

1° Name of Operator ? — 2° Age of Patient ? — 3° Nationality ? — 4° Married or single ? — 5° Aspiration or previous tapping ? — 6° Duration of growth ? — 7° Laparotomy or vaginal Operation ? — 8° Condition of patient at time of Operation ? — 9° Were antiseptic precautions used ? — 10° Was the spray used ? — 11° Long or short incision ? — 12° Adhesions or other complications ? — 13° Double or single Ovariotomy ? — 14° Pathological features of Cyst ? — 15° Treatment of the Pedicle ? — 16° With or without Drainage ? — 17° Duration of Operation ? — 18° Complicated or Uncomplicated history after Operation ? — 19° Anti-Pyretics used ; if any ? — 20° Result. Cause of death ; if any ? — 21° Primary or secondary operation ?

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le concours pour huit places d'aides d'anatomie s'est terminé par la nomination de MM. Jonnesco, Broca, Hache, Chapu, Assaky, Ricard, Wickham et Barbulée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La limite d'âge est portée de trente-cinq à trente-huit ans pour l'admission au concours de clinicat chirurgical, obstétrical et ophthalmologique. Pour les autres clinicats, la limite d'âge reste fixée à trente-cinq ans.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Par arrêté ministériel en date du 22 mai 1882, un enseignement spécial à l'usage exclusif d'élèves sages-femmes, externes est institué à titre gratuit, à ladite Faculté, à partir du 1er novembre 1882. Les matières de cet enseignement seront traitées en deux années. Les élèves sages-femmes qui voudront suivre cet enseignement devront s'inscrire au secrétariat de la Faculté et produire en même temps : 1° leur acte de naissance ; 2° un certificat dûment légalisé de bonne vie et mœurs ; 3° un certificat de vaccine ; 4° un certificat d'aptitude à l'examen préparatoire prescrit par l'arrêté du 1er août 1879 ; 5° l'adresse d'un domicile réel, et celle d'un correspondant. Les inscriptions seront reçues au commencement de l'année scolaire jusqu'au 30 novembre, terme de rigueur, et la liste en sera transmise à M. le recteur de l'académie. Après le 30 novembre, aucune inscription ne sera autorisée.

COMITÉ CONSULTATIF DE SANTÉ. — Par arrêté du ministre de la guerre, le Comité consultatif de santé est composé ainsi qu'il suit : M. Legouest, médecin inspecteur général, président ; membres : MM. Didiot, Perrin, Champenois, C. Colin, Daga, médecins inspecteurs ; Coulier, pharmacien inspecteur.

M. Péruy, médecin principal de 1re classe, est attaché au Comité en qualité de secrétaire.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 8 juin 1882, M. Baizeau (Anacharsis), médecin-inspecteur, est nommé directeur du service de santé à l'administration centrale de la guerre.

NATALITÉ ET MORTALITÉ. — Serbie : naiss., 44.1 ; décès, 30.4. — Allemagne : naiss., 39.9 ; décès, 27.4. — Autriche : naiss., 38.7 ; décès, 31.6. — Italie : naiss., 37.1 ; décès, 30.1. — Espagne : naiss., 35.7 ; décès, 31.2. — Angleterre : naiss., 35.5 ; décès, 22.2. — Belgique : naiss., 32.1 ; décès, 23.5. — Suède : naiss., 30.4 ; décès, 19.4. — France : naiss., 25.7 ; décès, 24.2.

Excédent des naissances sur les décès : Serbie, 13.7 ; Allemagne, 12.5 ; Autriche, 7.1 ; Italie, 7.0 ; Espagne, 4.5 ; Angleterre, 13.3 ; Belgique, 8.6 ; Suède, 11.0 ; France, 1.5.

TRAITEMENT A DOMICILE. — MM. les médecins du quinzième arrondissement de Paris sont informés que, le dimanche 25 juin 1882, il sera procédé dans une des salles de la mairie à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. — Le scrutin, ouvert à midi, sera fermé à quatre heures.

SERVICE DE NUIT. — La préfecture de police vient de préparer un projet d'organisation d'un service pharmaceutique de nuit devant fonctionner dans des conditions analogues à celles du service médical.

Divers abus se sont produits dans le service médical de nuit. Un médecin, notamment, a été requis par le même malade quatre fois dans une seule nuit. Des médecins, appelés dans la soirée par des clients peu solvables, ont retardé leur visite jusqu'à dix heures, afin d'être assurés du paiement de leurs honoraires.

Si le service pharmaceutique de nuit n'était pas expressément réglementé, les abus seraient encore plus préjudiciables aux finances municipales, en raison de la cherté de certains médicaments. Il serait impossible de déterminer un tarif de médicaments, leur variété étant indéfinie.

D'autre part, il serait difficile, dans le cas où un tarif officiel serait établi pour un certain nombre de médicaments, d'interdire la délivrance d'autres produits et de fixer les quantités maximum qui pourraient être prescrites.

Dans un intérêt d'économie, il a donc semblé préférable d'*instituer des boîtes de secours pharmaceutiques de nuit*. Ces boîtes portatives seraient déposées dans tous les postes de police. Il serait expressément interdit d'en faire usage en dehors de l'assistance d'un médecin inscrit sur les listes du service de nuit. Ce dernier serait accompagné par l'agent requis à cet effet. Les boîtes étant exclusivement affectées au service de nuit, on ne pourrait, en aucun cas, y recourir dans la journée, alors que les pharmacies sont ouvertes.

RÉCOMPENSES HONORIFIQUES. — La Société des sauveteurs de la Seine vient d'accorder des médailles d'argent à MM. les docteurs Vilpelle et Guignard, et des médailles de bronze à MM. les docteurs Boillet et Darney.

LA MORGUE. — Le préfet de police vient de prendre, relativement au service intérieur de la Morgue, de nouvelles dispositions.

Le service médical sera confié à un médecin inspecteur, deux médecins inspecteurs adjoints et un médecin inspecteur suppléant.

A la fin de chaque année, il sera dressé, d'après les indications et sous la direction du médecin inspecteur, une statistique de tous les objets apportés à la Morgue; elle contiendra tous les documents propres à éclairer sur les causes et sur les circonstances des décès.

Le médecin inspecteur de la Morgue est chargé de la surveillance et du contrôle de cet établissement, tant au point de vue de la discipline du personnel qu'à celui des mesures d'hygiène et de salubrité qu'il croira devoir prescrire. Chaque jour sans exception, l'un des médecins adjoints devra venir à la Morgue et y examiner les cadavres ou portions de cadavres apportés depuis la précédente visite. Il indiquera par écrit quels sont les cadavres qu'il pourrait convenir de soumettre à une expertise médico-légale ou d'inhumer sans autopsie, ou enfin de présenter au cours de médecine légale pratique.

Le laboratoire de ces cours sera installé dans les dépendances de la préfecture de police et fera ultérieurement l'objet d'un autre arrêté.

MAISONS DE SANTÉ, CRÈCHES, ETC. — Il existe à Paris 42 maisons de santé et 650 maisons d'accouchement. On compte dans le département de la Seine 1300 gardeuses, auxquelles sont confiés généralement 1 à 4 enfants âgés de plus de deux ans. Le nombre des garderies est de 30 environ, renfermant une quarantaine d'enfants et visitées par des inspecteurs spéciaux. En 1881, 10731 nourrices ont été reconnues bonnes pour nourrir au sein, et 3640 pour élever les enfants au biberon.

Dans le département de la Seine, le nombre des crèches est actuellement de 44, dont 30 pour Paris et 14 pour la banlieue. 29 de ces crèches sont congréganistes et 15 sont laïques. 911 enfants assistés sont entrés au dépôt; 397 ont été rendus à leurs parents, et les autres placés à l'hospice. En outre, 1016 enfants âgés de moins de deux ans ont été envoyés directement à l'hospice par les commissaires de police.

Il n'existe dans tout le département que 4 asiles publics d'aliénés et 11 asiles privés. En 1881, 2836 aliénés ont été placés d'office par les soins de l'autorité, et 902 l'ont été volontairement par leurs familles, ce qui donne un total de 3738 personnes entrées tant dans les asiles publics que dans les asiles privés.

ASILE DE CLERMONT (Oise). — On se rappelle que dans cet asile un aliéné a été tué par un gardien. Une commission du Conseil municipal vient de décider l'envoi des malades du département de la Seine dans ceux de Mariville et de Bégard.

MORTALITÉ A PARIS (23e semaine, du vendredi 2 au jeudi 8 juin 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1105, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 36. — Variole, 11. — Rougeole, 37. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 51. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 11. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 45.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 196. — Autres tuberculoses, 19. — Autres affections générales, 87. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 54. — Bronchite aiguë, 27. — Pneumonie, 58. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 54; au sein et mixte, 41; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 96; de l'appareil circulatoire, 70; de l'appareil respiratoire, 58; de l'appareil digestif, 59; de l'appareil génito-urinaire, 30; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 7.

Conclusions de la 23e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1150 naissances et 1105 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient 1140, 911, 1326, 1131. Le chiffre de 1105 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison avec la 22e semaine des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques fait ressortir : une atténuation pour la fièvre typhoïde (36 décès au lieu de 41 pendant la 22e semaine), la scarlatine (2 au lieu de 7), la coqueluche (4 au lieu de 6), l'infection puerpérale (6 au lieu de 8); une aggravation pour la rougeole (37 au lieu de 36), la diphthérie (51 au lieu de 49), l'érysipèle (11 au lieu de 10). Les décès par variole (11) ont atteint le même chiffre que durant la 22e semaine.

Dr BERTILLON,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Physiologie des muscles et des nerfs, leçons professées à la Faculté de médecine en 1881, par M. Ch. Richet. 1 fort volume in-8. Paris, Germer Baillière et Ce. 15 fr.

De l'organisation départementale de la médecine publique, par M. le docteur Drouineau. In-8. Paris, G. Masson. 2 fr. 50

De la méthode ignée appliquée aux granulations du pharynx et du larynx, par M. le docteur Krishaber. Brochure in-8. Paris, G. Masson. 1 fr.

De la sonde œsophagienne à demeure, par M. le docteur Krishaber. Brochure in-8. Paris, G. Masson. 1 fr.

Organisation de la médecine publique en France, par M. le docteur Martin. Brochure in-8. Paris, G. Masson. 1 fr.

Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse, par M. H. Leloir. 1 vol. in-8 de 220 pages, avec 4 planches et plusieurs figures intercalées dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 5 fr.

La station thermale de Fermades (Gard), eaux sulfureuses et bitumineuses. Broch. in-8. Paris, Germer-Baillière. » »

Études sur les eaux minéro-thermales, salines, sulfurées de Saint-Gervais, par M. le docteur Billout. 1 vol. in-12 de 105 pages. Paris, J.-B. Baillière. » »

Traitement du nettoiement des voies digestives et du lavage de l'estomac, par M. le docteur Audhoui. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

Études sur le choléra indien, par M. le docteur Audhoui. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 22 juin 1882.

DIVORCE ET ALIÉNATION. GUÉRISON DE LA RAGE. — DES ÉPANCHEMENTS CHYLIFORMES DES CAVITÉS SÉREUSES.

Académie de médecine : Divorce et aliénation. Guérison de la rage.

A l'Académie de médecine, réplique de M. Luys à M. Blanche sur la question du divorce. M. Luys s'en tient toujours à l'argument de l'incurabilité ; il demande des faits de guérison précis, des faits *publiés;* il affirme que la publication est de droit et de devoir pour les cas d'aliénation mentale tout autant que pour ceux d'ovariotomie. Ce serait à examiner; en attendant, l'essentiel pour nous est de savoir si les faits attestés par M. Blanche et par bien d'autres existent. Or, ils existent, et nous connaissons rien qu'à Paris plusieurs aliénistes qui, s'ils ne croient pas devoir les divulguer par écrit, les racontent, en nommant les malades. L'orateur a répété que ces malades prétendus guéris restent « étranges et bizarres ». Soit; mais ils n'en sont pas moins sortis de l'asile après une durée d'accidents beaucoup plus longue que M. Luys ne la demande pour motiver la dissolution du lien conjugal. Ils sont sortis de l'asile, et il se trouve que les voilà divorcés pour cause de bizarrerie de caractère !

M. Luys s'en fie toujours aux lumières de sa commission médicale. Les oracles de cette commission pourraient bien, il le reconnaît, n'être pas plus sûrs que ceux de Calchas ; mais on accepte bien ceux des jurys de concours pour le bureau central ! Il y a quelque différence entre une nomination de médecin ou d'externe des hôpitaux et un fait social comme le divorce. De plus, les juges d'un concours ne sont pas chargés de prononcer, comme les commissaires de M. Luys, sur l'état *futur* des candidats, mais sur leur état présent, nous voulons dire sur les témoignages de capacité qu'ils donnent actuellement ou viennent de donner.

Quant à la question de sentiment, M. Luys ne s'en occupe plus. Nous nous engagerions pourtant volontiers à soutenir qu'elle domine tout, même dans la thèse de notre distingué confrère. Le divorce va séparer à tout jamais une femme de son mari devenu aliéné. Pourquoi? Parce qu'il est incurable. Mais pourquoi l'incurabilité est-elle une cause de divorce? Ce n'est pas parce qu'elle met définitivement en péril la fortune commune; on a contre cette éventualité l'interdiction, qui ferait défaut contre un aveugle-sourd, absolument incapable, lui aussi, de gérer ses biens. Ce n'est pas

FEUILLETON

Loys Vassé, de Châlons-sur-Marne. — **Jean Vassès**, de Meaux (1486-1550), docteur régent et doyen de la Faculté de Paris. — **Nicolas Vasses**, du diocèse de Meaux, étudiant en médecine en 1535. — **Jean Le Vasseur**, de Paris (1518-1570), docteur régent. — **Claude Le Vasseur**, de Paris (1614-1683). — **Louis Le Vasseur**, de Paris, docteur de Montpellier en 1858. — **David Vasse**, de Paris, docteur régent en 1723.

(Suite. — Voyez le numéro 23.)

Vient ensuite l'ouvrage de Loys Vassé divisé en quatre tables comme la première fois. Il se termine par un petit chapitre nouveau sur le nombre des os de tout le corps (245) sans compter l'os hyoïde et l'os cartilagineux du cœur.

La deuxième traduction française se trouve à la Bibl. de l'E. de M. n° 31875. *Tables anatomiques du corps humain universel : soit de l'homme ou de la femme, premièrement composées en latin par maistre Loys Vassé, et traduites en français par maistre Jehan Canappe, docteurs en médecine.*

Depuis revues, corrigées et augmentées par l'autheur. A Paris, de l'imprimerie de Michel Fezandat, au Mont Sainct-Hilaire, à l'hostel d'Albret, 1555, in-8, de 136 feuillets.

Au dos du titre, Jean Loïne, médecin, au lecteur.

Hippocrates, mesment Galien,
E Sylvius, parlans d'anatomie
Disent, que cil, qui n'en a le moien,
Ainsi est cll' de médecine amie.
Qui voudra donc en ce degré monter
Et des savants médecins se comter
De Vasseus qu'il apprenne les tables,
Et ce faisant il ne faut pas douter,
Qu'il ne soit mis entre les plus notables.

Au deuxième feuillet, la dédicace « A monseigneur mais-

parce qu'elle crée un danger permanent pour la femme, puisque son conjoint peut être interné. Ce n'est pas pour mettre obstacle à la propagation héréditaire du mal; bien d'autres maux réclameraient dès lors le même remède. Ce n'est, enfin, pour aucun intérêt social que définisse M. Luys. Pour quel autre intérêt donc? Il le dit en termes plus distingués : le mari ne guérit jamais; il n'est plus bon à rien; la femme ne peut attendre indéfiniment! Eh bien, c'est là un argument ou de sentiment ou de moralité. Ce ne peut être de moralité : les cas où les femmes — comme les hommes — n'aiment pas à attendre sont trop nombreux! Donc c'est un argument de sentiment, et un peu de sensualité.

— C'était sur un vague souvenir que M. H. Bouley avait bercé l'Académie de l'espoir de lui présenter mardi, dans un rapport, un ou deux cas de rage guérie, confirmatifs de celui qui a été communiqué dans la dernière séance par M. Denis-Dumont. En relisant le mémoire de M. Dartigues dont il était chargé de rendre compte, il s'est aperçu que les deux observations y relatées n'étaient rien moins que probantes. Il examinera, avec MM. Le Fort et Bergeron, l'observation de M. Denis-Dumont et en entretiendra l'Académie. A cette occasion, M. G. Sée a raconté un cas de rage traité, comme ce dernier, par la pilocarpine, avec des résultats fâcheux, qu'il met en partie à la charge du médicament. M. Dujardin-Beaumetz a confirmé les assertions de M. G. Sée. A. D.

Des épanchements chyliformes des cavités séreuses.

La production, dans certaines cavités séreuses, d'un épanchement ressemblant à du chyle ou à du lait a été signalée dès le commencement du dix-huitième siècle (Saviart, 1701); mais, jusque dans ces dernières années, les observations de ce genre, dont plusieurs appartiennent à d'éminents cliniciens, comme Chomel, Rokitansky, Oppolzer, étaient restées isolées; il faut arriver au mémoire de Quincke, fondé sur trois faits nouveaux (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1875) et surtout à l'importante communication de M. Debove (Soc. méd. des hôp. de Paris, mai 1881), pour voir cette question étudiée dans son ensemble. Au cours de ce travail, M. Debove, après avoir résumé la plupart des observations éparses dans les recueils scientifiques, expose et critique les deux théories pathogéniques qui ont été mises en avant; aux dénominations successivement employées d'épanchement laiteux, graisseux, chyleux, il propose de substituer celle d'épanchement *chyliforme* qui a le mérite de ne pas préjuger la nature du processus. C'est donc à juste titre qu'elle a été adoptée dans deux récentes monographies sur ce sujet : la thèse de Mme Perrée (Paris, 1881), bon résumé des documents que nous possédons sur la matière, et l'intéressant travail inaugural de Ferdinand Veil sur *la pathogénie des ascites chyliformes* (Paris, 1882), qui renferme quelques aperçus originaux.

D'autre part, c'est dans la même catégorie de faits que rentrent diverses observations de pleurésie purulente bénigne qui sont rapportées dans la Clinique de M. Gueneau de Mussy, et dans la thèse de Sainton (*Étude sur une variété latente et bénigne d'empyème*, Paris, 1881).

Enfin, nous aurions à mentionner ici, si nous ne voulions rester dans le domaine de la pathologie interne, la communication de M. Le Dentu sur un cas d'hydrocèle à contenu graisseux et la discussion qui s'est élevée, à ce propos, au sein de la Société de chirurgie de Paris (14 décembre 1881).

En résumé, abstraction faite de la tunique vaginale, on n'a jusqu'à ce jour signalé d'épanchements chyliformes que dans deux séreuses, la plèvre et le péritoine. 10 observations pour la plèvre droite ou gauche, 18 pour le péritoine, en dehors de 2 cas où un semblable épanchement occupait les deux séreuses à la fois : tel est notre bilan. D'où la conclusion que ce processus ne se voit qu'à titre tout à fait exceptionnel; cependant il est à croire que souvent des faits de cet ordre ont dû passer inaperçus ou être mal interprétés.

I

Un liquide blanc-bleuâtre ou jaunâtre, opaque, alcalin, dépourvu d'odeur ou n'ayant qu'une odeur peu prononcée, ressemblant à une émulsion, un lait d'amandes, ne donnant pas lieu, par le repos, à un coagulum fibrineux, tels sont les caractères macroscopiques des épanchements chyliformes. Au microscope, on constate qu'ils renferment de nombreuses granulations graisseuses très fines, quelques gouttelettes adipeuses plus volumineuses, les unes et les autres solubles dans l'éther, et une certaine quantité de cristaux de cholestérine. Ils ne contiennent pas de globules rouges; quant aux leucocytes, ils font entièrement défaut ou sont très clairsemés, plus ou moins dégénérés et graisseux. L'examen microscopique seul permet parfois, comme dans l'observation de Baccelli, de les distinguer des épanchements purulents vulgaires; grâce à l'état d'émulsion de la graisse, on ne peut les confondre avec ces collections de pus qui tiennent en suspension une certaine proportion de corpuscules graisseux.

---

tre Nicole de Maneville, docteur ès drois, seigneur d'Augonville la Gripière et de Joncquière, conseiller du Roy et maistre ordinaire de la chambre des contes (sic) à Paris, son très obéissant R. Le Blanc » est datée de Paris, 17 novembre 1554. R. Le Blanc n'est pas médecin. « Or quant à moi,
» dit-il, je ne peu et ne m'est licite m'arrester à faire épitre
» commendative à M. Vassé jadis disciple de M. Sylvius,
» homme recommandé non-seulement en médecine, ains en
» toutes sciences... je me déporte des louanges de l'auteur,
» sachant bien que c'est labeur perdre de vouloir adjouter à
» la perfection. Mais pour ce que par sa diligente veillance
» ès bonne lettres, il a fait depuis la traduction de M. Canappe
» médecin, quelques additions latines a son œuvre, les-
» quelles à la requeste de notre bon ami Jan Foucher,
» libraire juré en l'Université de Paris, j'ai traduites en notre
» langue française... »

Vient ensuite (feuillets 3, 4, 5) l'ancienne préface de Jean Canappe reproduite plus haut, puis la traduction en français de la deuxième édition, 1553, des tables de Loys Vassé. C'est elle qui est citée partout et attribuée à tort uniquement à Jean Canappe. Elle a été complétée par R. Le Blanc et imprimée en italique par Michel Fezandat.

Sur le verso du dernier feuillet, on lit : achevé d'imprimer le 20 décembre 1554.

Une dernière reproduction de la première édition (1541) du livre de L. Vassæus sans index et avec la première dédicace à Robert de Lenoncourt, a paru à Lyon en 1560, avec cette faute dans le premier mot du titre : *Lodovici*, au lieu de *Lodoici*. Lugudni, apud Theobaldum Paganum 1560, petit in-8 de 192 pages. Caractères italiques. (*Bibl. nat.*, Ta 9, 38 C.)

Maintenant je vais dire combien l'on a pu accumuler d'erreurs et de bévues sur un nom et sur un ouvrage, pour arriver à cette double conclusion : que les compilations de biographies et de bibliographies médicales sont souvent pleines de fautes grossières et que l'on ne saurait trop blâmer ceux qui ne

Quant à l'analyse chimique de ces épanchements, elle a été faite plusieurs fois, par Bergeret (*Journal d'anat. et de physiol.*, 1873) et par Yvon, dans le cas de M. Debove. Cette dernière analyse a donné les résultats suivants en poids pour 1000 : albumine coagulable 68, cholestérine 3,8, matières grasses 3,4, matières azotées 1,50, matières minérales 7,1, eau 13,6.

Les épanchements chyliformes sont, d'ordinaire, très abondants et se reproduisent avec une grande rapidité après des ponctions même répétées. Ainsi M. Gueneau de Mussy retira, en dix-huit jours, de la plèvre, plus de 6 litres de liquide; 3 ponctions faites en 21 jours donnèrent à Quincke une quantité égale et, la mort étant survenue le jour même de la dernière thoracentèse, Quincke trouva encore dans la poitrine 7 litres de liquide lactescent.

Pour la séreuse abdominale, les observations fournissent des chiffres encore plus élevés. Sans parler du fait de Saviart où l'on retira en 9 mois 289 pintes de liquide, nous voyons que des parencentèses successives donnèrent à Veil 23 litres en 20 jours, à Gaucher 27 litres en 7 jours.

Sur tous ces points, les auteurs sont d'accord, à des divergences de détail près; mais dans quelles conditions étiologiques se produit cette variété d'épanchement, quels en sont les caractères cliniques et, enfin, quelle en est la pathogénie, ce sont autant de questions qui se posent naturellement, mais que nous ne sommes pas encore en mesure de résoudre.

II

L'analyse des observations, quelques-unes d'ailleurs incomplètes à cet égard et les procès-verbaux d'autopsies nous renseignent imparfaitement sur les *conditions étiologiques* des épanchements chyliformes.

On les a observés à tout âge, depuis six mois (Wilhelm), jusqu'à 63 ans (Debove), chez des individus antérieurement bien portants comme chez des cachectiques.

Pour la pleurésie chyliforme, le froid, un traumatisme ayant porté sur la poitrine, des fatigues excessives, enfin, dans deux ou trois cas, la tuberculose pulmonaire, telles sont les causes qu'on a invoquées.

Quant à l'hydropisie chyliforme du péritoine, elle semble se produire sous les mêmes influences que l'ascite séreuse; car le relevé de toutes les observations connues nous donne comme affections concomitantes : la cirrhose hépatique (quatre cas), la péritonite chronique simple (?) (deux cas), la péritonite tuberculeuse (cinq cas), l'infiltration cancéreuse du péritoine ou des ganglions mésentériques (trois cas). Enfin la puerpéralité a pu être mise en cause dans un cas d'ascite (Chomel) et un autre de pleurésie chyliforme (Baccelli).

Au point de vue *symptomatique*, nous n'avons à relever de particularités intéressantes qu'en ce qui concerne les épanchements pleuraux. En effet, l'ascite chyliforme présente la même allure clinique que l'ascite vulgaire, et l'écoulement d'un liquide lactescent, dont rien ne permettait de soupçonner l'existence, a toujours été une surprise de la paracentèse. Quant à la marche du processus, — si l'on peut parler de marche à propos d'un symptôme, — elle dépend, on le conçoit, non de la nature du liquide épanché dans le péritoine, mais de l'affection organique concomitante. Or, comme dans presque tous les cas il s'agit de maladies générales ou de lésions locales dont le dénouement pour ainsi dire constant est la mort : telles que péritonites diathésiques ou cirrhose du foie, l'issue, à la suite d'une ponction, d'un liquide chyliforme doit être considérée comme comportant un pronostic très grave.

Pour la pleurésie chyliforme, la question clinique est plus complexe.

Le plus souvent l'affection débute à la manière des pleurésies aiguës de moyenne intensité, mais avec cette caractéristique que les phénomènes locaux dominent la scène morbide. En raison de l'abondance du liquide pleural, on peut observer un agrandissement notable, une voussure très nette du thorax, avec compression du poumon et refoulement des organes voisins ; d'où une dyspnée souvent intense et des crises d'oppression. De pareils accidents commandent une intervention immédiate, et la thoracentèse est suivie d'un mieux-être très marqué. Les symptômes généraux sont peu accusés; peu de fièvre vespérale, pas de diarrhée, ni de sueurs nocturnes, en un mot pas d'hecticité.

Mais, comme le liquide chyliforme n'a guère de tendance à la résorption et se reproduit rapidement, l'épanchement réapparaît bientôt et avec lui tous les phénomènes d'origine mécanique, et l'on est ainsi conduit à pratiquer des ponctions successives à intervalles rapprochés. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on voit le processus s'éteindre et une guérison complète se produire. Le plus souvent l'affection passe à la chronicité. Comme l'état général se maintient relativement bon, le malade peut en être quitte pour faire vider de temps en temps sa plèvre, chaque thoracentèse étant suivie d'une amélioration plus ou moins durable, pendant laquelle il est

---

craignent pas d'écrire l'histoire sans le moindre souci de la vérité.

Voici ce qu'ils ont fait de *Lodoicus Vassæus Catalaunensis*, *Loys Vassé*. D'abord le prénom. Lodoicus a été bientôt transformé en Lodovicus, et depuis bien longtemps personne ne dit plus autrement que Ludovicus, Louis (Douglas Manget, Haller, Lauth, M. Chéreau). Quant au nom, Portal (*Hist. de l'anat. et de la chir*,. 1769, t. I, p. 368) est le premier, je crois, qui a traduit au hasard Vassœus par Le Vasseur, sans tenir compte des traductions françaises qui portent Loys Vassé. Il a malheureusement été imité en cela par Haller (*Bibl. anat.*, I, 187), par Lauth (*Hist. de l'anat.* p. 366), par Flourens (*Hist. de la déc. de la cir. du sang*, p. 39), etc. Ce dernier est d'autant plus coupable que, citant « le vieux français de Canappe » il indique dans une note : « l'anatomie du corps humain premièrement composée en latin par Loys Vassée (*sic*) et depuis traduite par Jean Canappe (édition de 1554, p. 47). » D'après ce que je viens de dire sur la traduction française de 1555, il sera facile de comprendre, sans que j'aie besoin d'y insister, tout ce que contient d'inexactitudes cette seule note de Flourens. Je me borne à faire remarquer qu'il aurait bien pu mettre Vassé à la place de Le Vasseur.

Pour la bévue sur le troisième mot *Catalaunensis*, elle a été si bien relevée (*Gaz. heb.*, 1859, p. 66, feuilleton) par mon ami A. Warmont, que je m'empresse de lui laisser la parole : « Dans la première édition de son Dictionnaire historique » (1755, 2 vol. in-8), Eloy qu'il ne faudrait pas juger sur ce seul » fait, traduisit *Catalaunensis* d'une façon plus simple » qu'heureuse, et fit de Vassœus un Catalan. Là-dessus, cla- » meurs de Portal, qui, se rappelant fort à propos Attila et » les champs catalauniques, restitua à Châlons-sur-Marne » l'honneur d'avoir donné le jour au susnommé Vassæus. » Eloy avait reçu le coup en pleine poitrine; mais loin d'en » remercier Portal dans sa deuxième édition (Mons, 1778, » 4 vol. in-4), il dit sournoisement, et comme s'il s'agissait

parfois en état de reprendre tant bien que mal ses occupations.

La marche du processus se rapproche donc de celle qui s'observe dans les pleurésies séro-fibrineuses chroniques, ou plutôt les hydrothorax; mais ce qui semble caractériser la pleurésie chyliforme, c'est la non-production d'adhérences, de fausses membranes pleurales qui emprisonnent le poumon; aussi, dès que le liquide est soustrait par une ponction, le poumon peut-il revenir à sa position normale et recouvrer la plénitude de ses fonctions.

Telles paraissent être, autant du moins qu'on peut en juger par un petit nombre d'observations dont quelques-unes sont trop complexes pour être démonstratives, les particularités cliniques qui appartiennent aux épanchements chyliformes de la plèvre. Aussi, les auteurs qui, comme nous allons le voir, les attribuent à une métamorphose spéciale d'un liquide primitivement purulent, sont-ils amenés à faire de cette forme de pleurésie une variété relativement bénigne d'empyème (Gueneau de Mussy, Sainton).

Conséquence pratique: chaque fois qu'on aura quelque doute sur le caractère purulent de liquides pleuraux recueillis par la thoracentèse, on devra s'assurer par l'examen microscopique que l'on n'a pas affaire à un épanchement chyliforme; car, dans ce cas le seul traitement applicable est la « thoracentèse avec les précautions que comporte cette opération lorsqu'il s'agit d'épanchements abondants et anciens. Elle est nécessaire, et peut amener la guérison » (Sainton). Ajoutons qu'il n'y a pas, à notre connaissance, d'exemple de liquides chyliformes ayant à la longue passé à la purulence.

III

Bien vague est la sémiologie, plus obscure encore la question de pathogénie. A cet égard, nous nous trouvons en présence de deux théories radicalement opposées.

Les uns, avec Quinke, admettant que le liquide chyliforme est du chyle, attribuent ces épanchements à une rupture du canal thoracique ou d'un vaisseau chylifère. Les autres, avec Gueneau de Mussy, Sainton, Veil les rapportent à une transformation graisseuse d'épanchements qui auraient été primitivement purulents.

La théorie de Quinke, séduisante à priori, ne repose sur aucun fait irréfragable, et nous dirons avec Veil que la rupture des chylifères « a été si exceptionnellement constatée et de plus d'une manière si peu authentique, que cette cause ne peut entrer en ligne de compte pour expliquer les épanchements chyliformes ». D'ailleurs, dans plusieurs observations un détail est relevé qui, au point de vue théorique, ne manque pas d'intérêt: dans certains cas d'ascite ou de pleurésie chyliformes, on a constaté l'existence d'un œdème des membres, et la ponction de la peau, dans des régions éloignées du tronc, a donné issue à un liquide lactescent. Il est difficile d'admettre que le chyle, sorti de ses canaux naturels, ait pu fuser ainsi dans le tissu cellulaire.

En faveur de la seconde doctrine on peut invoquer des arguments plus positifs. Que, dépourvu de ces microbes pyogéniques auxquels il doit son activité, le pus subisse une véritable nécrobiose, et subisse à la longue la dégénérescence graisseuse, cette hypothèse n'offre en soi rien d'invraisemblable, et cela d'autant plus que l'on a pu suivre pareil processus dans des poches purulentes sous-cutanées. D'autre part, en fait, il semble que, dans une observation au moins de M. Gueneau de Mussy, on ait assisté à ces métamorphoses successives de l'épanchement purulent, puisque le liquide, chargé de leucocytes à la première ponction, n'a revêtu que progressivement les caractères de l'épanchement chyliforme. Nous ne répugnons donc pas à admettre que cette théorie s'applique à certains cas; ce serait un mode de terminaison relativement favorable du pyothorax.

Mais comment expliquer les faits plus nombreux, où dès la première thoracentèse, thoracentèse précoce, on a retiré du liquide lactescent?

Comment surtout expliquer la production des ascites chyliformes? Faut-il admettre avec Veil l'existence d'une « péritonite purulente spéciale »? Nous hésitons à suivre cet auteur dans cette voie; car cette variété d'ascite s'observe au cours d'affections, comme la cirrhose ou les péritonites chroniques, qui ne donnent d'habitude naissance qu'à des hydropisies séreuses, et, en outre, la symptomatologie ne vient guère corroborer l'hypothèse d'une suppuration diffuse du péritoine.

C'est peut-être dans une autre voie que les recherches devront être entreprises, comme on l'a fait pour la chylurie. Il existe, en effet, une observation de Winckel (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, vol. XVII), où, chez une femme ayant vécu dix ans à Surinam, on trouva dans le liquide lactescent intrapéritonéal une quantité énorme de petits entozoaires. Le fait reste, il est vrai, isolé; mais, aujourd'hui qu'il est acquis que la chylurie provient souvent de micro-organismes, ne peut-on pas émettre l'hypothèse que certains épanchements chyliformes reconnaissent une origine analogue?

» d'un autre que lui : plusieurs écrivains attribuent cet » ouvrage à un certain Louis Vassé ou Le Vasseur qui naquit » en Catalogne... S'il fût né en Catalogne il aurait désigué sa » patrie par le mot *Catalanus* et *Catalaunensis* veut dire: né » à Châlons-sur-Marne. »

On a confondu Lodoicus Vassæus Catalaunensis avec un autre Vassæus de la même époque. Et c'est d'autant plus extraordinaire quo celui-ci s'appelait Jean et qu'il était de Meaux. Cette erreur a été faite primitivement par J.-B. Louis Chomel (*Essai hist. sur la Méd. en France*, 1762, in-12, p. 273), un docteur régent, et répétée par Haller lui-même (*Bibl. anat.*, I, 187). Ce dernier fait naître *Ludovicus* Vassæus (Le Vasseur) à Meaux, *Meldensis*, et lui attribue un livre *Ejusdem de judiciis urinarum Tractatus* qui appartient à Joannes Vassæus Meldensis, Jean Vasses de Meaux, comme nous le verrons tout à l'heure. Haller, d'habitude si exact, donne ici plusieurs autres indications fautives, comme le titre de la traduction française : *l'anatomie du corps humain réduite en Tables* et son apparition en 1552. C'est 1542. De plus il attribue la traduction de 1555 à Jean Canappe sans nommer R. Le Blanc.

Mais la plus grosse erreur a été faite par Portal qui a vu, dans *Tabulæ*, des planches, des figures (ouvr. cit., I, 369). « Elles ne sont qu'au nombre de quatre; elles contiennent » quelques particularités intéressantes, quoiqu'elles soient » défectueuses en plusieurs points. » Et croyant que d'autres ont pu commettre la même bévue que lui, il ajoute : « Moreri et Douglas disent que ces planches sont très commodes, et qu'il n'y a pas une petite partie du corps que l'on » n'y trouve; pour moi, je soutiens qu'il y en a beaucoup qui » n'y sont point représentées. Ces messieurs pourraient bien » avoir jugé l'ouvrage sans l'avoir vu, je doute qu'ils eussent » tenu ce langage s'ils l'eussent examiné. » Or Douglas dit : *Hæ tabulæ ex eo sunt gratiores quod nulla ferè in corpore tam minuta pars sit quæ ibi non pervestigatur.* C'est la phrase même de Lodoicus Vassæus, citée plus haut, et qui se rapporte au texte.

En somme, c'est à un aveu d'ignorance que l'on se voit condamné et provisoirement il faut, avec M. Debove, réserver la question de pathogénie et faire, parmi les épanchements des cavités séreuses, une classe à part pour ceux dont nous venons d'esquisser l'histoire d'après des documents malheureusement fort incomplets.

L. Dreyfus-Brisac.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

De la globularine et de la globularétine, par M. Édouard Heckel, professeur à la Faculté des sciences de Marseille.

I. Composition et propriétés chimiques. Préparation

Les *Globulaires*, avant le travail inédit que nous avons fait en collaboration avec MM. Schlagdenhauffen et Moursou, au point de vue botanique, chimique et thérapeutique, et dont un résumé complet a été donné à l'article Globulaires du *Dictionnaire encyclopédique*, avait été l'objet des recherches de plusieurs chimistes, parmi lesquels il ne convient guère de citer que Walz (*Neues Jahrb. f. Pharm.*, VII, 1857). Les travaux du savant allemand ont porté seulement sur la globulaire turbith (*Globularia Alypum*, L.) qui est presque officinale en Provence, et qui à ce titre nous intéresse plus particulièrement. Ce chimiste y a trouvé : un acide tannique spécial (*Globularitannique*), une huile essentielle, des corps gras, de la chlorophylle, la globularésine et enfin un glycoside, la *globularine*. Il l'obtint de la manière suivante : après avoir soumis à l'action de la vapeur d'eau, dans un appareil distillatoire, 2 kilogrammes de globulaire, pour en retirer quelques gouttelettes d'huile essentielle d'une saveur âcre et brûlante, il fait sécher les feuilles et les traite ensuite à deux reprises par de l'alcool à 86 degrés. Au bout de huit heures environ, il exprime et obtient un liquide brun d'une saveur amère très désagréable et repoussante. Ce traitement fut renouvelé à plusieurs reprises jusqu'à ce que les liquides n'eussent plus qu'une teinte jaune pâle; il le fit suivre d'un épuisement à l'eau, qui fournit une solution brune presque aussi chargée que le liquide provenant de la première extraction alcoolique. Il enlève l'alcool par distillation et évapore le liquide à consistance d'extrait. Il traite ensuite par l'eau pour séparer la résine chlorophyllienne et filtre. Le liquide troublé qui provint de cette opération fut additionné de litharge finement pulvérisée, puis soumis à l'ébullition pendant plusieurs heures. La matière colorante et le tannin se fixent sur l'oxyde de plomb et la solution, de brune qu'elle était, devient presque incolore. On jette sur un filtre, et les liquides filtrés, ainsi que les eaux de lavage, furent traités par le charbon animal. On réduit à siccité et l'on traite ce résidu par l'éther qui lui enlève une certaine proportion de matière colorante jaune.

L'extrait aqueux ainsi purifié, redissous dans l'eau, ne se trouble, ni en présence de la potasse caustique ni en présence des carbonates ou bicarbonates alcalins, mais il fournit après addition de tannin, un abondant dépôt floconneux qui s'agglutine fortement au bout de quelques instants.

Ce précipité résineux est dissous dans l'alcool et bouilli pendant plusieurs heures avec de l'oxyde de plomb qui fixe la totalité du tannin. Le liquide filtré, limpide, renferme le précipité amer entièrement pur. Celui-ci, évaporé à siccité, se présente sous forme d'une masse transparente jaunâtre qui fournit une poudre à peine colorée. Soumis à l'action de la chaleur, il fond, puis se volatilise en se décomposant, sans laisser de résidu sur la lame de platine. C'est à cette substance que Walz a donné le nom de *globularine*.

Walz démontre de la manière suivante la fonction chimique de la globularine : 2 grammes de l'extrait aqueux sont traités par de l'acide sulfurique étendu; il se produit un trouble qui augmente avec le temps et qui devient plus abondant surtout par suite d'une légère élévation de la température. Le liquide primitif perd complètement son amertume et d'incolore qu'il était devient jaune d'abord, puis brun foncé. On jette sur le filtre le produit presque noir qui provient de cette réaction. On le lave à l'eau, puis on le traite par l'alcool. On évapore les solutions alcooliques qui abandonnent un résidu poisseux brun. Ce résidu est soluble en partie dans l'éther : il est, par conséquent, formé de deux substances dont l'une est soluble dans l'alcool et l'éther, l'autre uniquement soluble dans l'alcool. Walz donne le nom de *globularétine* à la première et celui de *paraglobularétine* à la seconde. Ces deux nouveaux corps constituent donc les produits de dédoublement de la globularine conjointement avec la glycose dont il est facile de reconnaître la présence et la quantité à l'aide de la liqueur de Fehling.

L'analyse élémentaire de la globularine a fourni à Walz les nombres suivants :

$$C = 57.20 \quad H = 7.14 \quad O = 35.66,$$

qui se rapprochent très bien de

$$C = 57.32 \quad H. 7.00 \quad O = 35.68,$$

nombres théoriques correspondant à la formule $C^{15}H^{22}O^{7}$ ou $C^{30}H^{44}O^{14}$.

En retranchant du poids moléculaire de cette globularine, ainsi constituée, celui de la glucose, on obtient le résidu suivant : $C^{24}H^{32}O^{8}$, que l'on peut envisager comme formé

Le supplément de Moréri dit à son tour : « Ces tables, au » nombre de quatre, sont d'autant plus commodes qu'il n'y a » pas une petite partie du corps que l'on n'y trouve. » Eloy a traduit encore plus exactement (édition de 1755) : « Et en » effet il n'y a presque pas une partie du corps humain, si » petite qu'elle soit, dont on ne trouve une description dans » ces tables et c'est là ce qui en fait le mérite particulier. » Portal est donc précisément celui qui n'a pas bien examiné. Dès lors, il décrit et critique longuement les quatre planches, s'imagine en passant que *Le Vasseur est le premier qui ait connu la véritable position du pilore*, etc., etc., et dit très nettement, p. 371 : « On trouve immédiatement après ces » planches des explications pour éclaircir le texte, la plupart » sont tirées des ouvrages de Galien; Le Vasseur y a peu » ajouté. » Ainsi Portal écrit sans trop savoir ce qu'il dit. Car le livre *Lodoici Vassæi in anatomen corporis humani Tabulæ quatuor* a paru d'abord en 1541 sans planches, et les quatre qui ont été ajoutées à l'édition de 1553, sont ainsi jugées par Loys Vassé lui-même : *Licetque in tam parvis figuris multæ partes vere non possint ostendi*. N'importe! la bévue de Portal devait porter ses fruits. M. A. Chéreau, dans l'article *Iconographie* de l'histoire de l'anatomie (*Dict. encycl. des sc. méd.*, t. IV, 1re série, p. 226) cite à côté des planches de Vésale et de celles du livre de Charles Etienne, « les *Tabulæ* de Louis Vassæus de Châlons (1540) qui se font » surtout remarquer par une finesse extrême et par une ex- » pression nette des plus petits détails. » Il faut voir, non pas dans l'édition de 1541, mais dans celle de 1553, ces mauvaises planches, surtout la première et la quatrième faites d'après G. H. Ryff! *Bibl. Mazarine*, n° 4465. *Bibl. de l'E. de Méd.* n° 259, même volume que *De chirurgicâ Institutione* de Jean Tagault 1543.

Une autre erreur de Portal a été de croire que Lodoicus Vassæus avait découvert l'usage des valvules du cœur. Après avoir discuté, et cité quelques passages de l'auteur, il conclut ainsi (*ouv. cit.*, p. 374) : « Voilà, je crois, une exposition des

de globularétine, de paraglobularétine et d'eau. En effet :

$$\begin{array}{l} C^{30}H^{44}O^{14} \\ -\ C^{6}\ H^{12}O^{6} \\ \hline =C^{24}H^{32}O^{8}. \end{array}$$

Ce dernier résidu peut être envisagé comme formé de :

Globularétine....	$C^{12}H^{14}O^{3}$
Paraglobularétine.	$C^{12}H^{16}O^{4}$
Eau............	$H^{2}O$
Total......	$C^{24}H^{32}O^{8}$.

L'analyse directe des deux produits de dédoublement fournit, d'ailleurs, des nombres entièrement concordants avec les précédents :

1° *Globularétine.* — Les nombres fournis par l'expérience sont :

$$C=69,8 \quad H=6.8 \quad O=23.4,$$

et se rapprochent sensiblement de :

$$C=69.60 \quad H=6.79 \quad O=23.21,$$

nombres théoriques qui se rapportent à la formule citée plus haut : $C^{12}H^{14}O^{3}$.

2° *Paraglobularétine.* — L'auteur donne les résultats de ses dosages :

$$C=64.3 \quad H=7.2 \quad O=28.5,$$

tandis que la théorie exige :

$$C=64.28 \quad H=7.12 \quad O=28.60,$$

par la formule $C^{12}H^{16}O^{4}$ qui représente la *paraglobularétine.*

En somme, pour Walz, la globularine est un principe amer non cristallisable, susceptible de se dédoubler sous l'influence des acides étendus en *globularétine* et *paraglobularétine.*

La *globularine* (car c'est le nom créé par Walz que nous conserverons pour désigner le principe amer contenu dans les feuilles des *globulaires*) jouit des propriétés suivantes d'après nos travaux qui ont porté sur les *Globularia Alypum* et *Vulgaris.* Elle est sous la forme d'une matière résineuse peu soluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme. Sa réaction est franchement acide au papier tournesol ; elle est incristallisable. Le tannin, le brome, le chlore et l'iode en solution aqueuse la précipitent. Elle est susceptible d'être dédoublée en glucose et en un principe résineux sous l'influence des acides minéraux étendus. Elle se décompose lentement au contact des mêmes acides, brunit d'abord et finit par se charbonner. La globularine est donc un glycoside. L'analyse élémentaire nous a donné les résultats suivants :

	I	II
Matière employée.	1,195	0,241
Acide carbonique.	0,399	0,4931
Eau...........	0,1065	0,1317
Carbone.........	55,725	55,935
Hydrogène......	6,034	6,005
Oxygène........	38,241	38,060

Ces nombres conduisent à la formule $C^{15}H^{20}O^{8}$ qui exigerait théoriquement :

$$C=55,808 \quad H=6,074 \quad O=38,118$$

La globularine s'obtient en traitant dans un appareil à déplacement continu des feuilles de *Globularia vulgaris* ou *Alypum* par le chloroforme : on l'a toujours par ce procédé mélangée à de minimes quantités de matière colorante et de tannin. Voici le procédé qui nous a permis de l'avoir à l'état de pureté :

On traite par l'eau l'un ou l'autre des extraits éthéré ou chloroformique et on fait bouillir la solution avec de l'oxyde de plomb qui fixe la petite quantité de tannin et de matières colorantes. La solution filtrée est débarrassée d'un peu de plomb par un courant d'hydrogène sulfuré, puis évaporée à siccité. La substance ainsi obtenue est la *globularine.*

L'extrait alcoolique, quoique renfermant une forte proportion de principe amer, convient moins bien à la préparation de ce corps en raison du mélange de mannite et de glucose que nous y avons signalé.

Nous avons dit, à propos des travaux de Walz, la manière dont ce chimiste a préparé le principe amer, débarrassé du tannin qui avait servi à l'isoler ; nous avons montré aussi que, sous l'influence de l'acide sulfurique dilué, il se formait, en présence de ce composé, deux produits de dédoublement bruns et même presque noirs, dont l'un était soluble dans l'alcool et l'éther, et dont l'autre n'était soluble que dans l'alcool.

L'auteur allemand a donné à ces deux nouveaux corps les noms de *globularétine* et de *paraglobularétine.* Nous sommes entièrement d'accord avec lui sur la nature de ce principe amer et sur quelques-unes de ses propriétés ; mais quant aux produits de dédoublement, nos expériences sont entièrement différentes de celles du chimiste allemand.

Quand on fait réagir l'acide sulfurique dilué sur la globularine débarrassée de matière colorante, telle qu'on l'obtient par l'extraction chloroformique, il se produit une matière résineuse qui se liquéfie à la température du bain-marie, et reprend l'état solide à l'air au bout d'un certain temps. Cette substance est entièrement incolore et ne présente rien de commun avec la globularétine ou la paraglobularétine comme aspect physique. Elle prend naissance en même temps que

---

» usages des valvules aussi claire et aussi succincte que celle » que Harvey a donnée sur ces parties, cent ans après. Je » suis surpris que les historiens n'en aient point fait honneur » à Le Vasseur. » Ce dont on doit être surpris, c'est que Portal ne sache pas que tout ce qu'il attribue à Vassæus était déjà connu de Galien.

Comment comprendre après cela, que Flourens ait eu la singulière idée (ouv. cit., p. 39) *en changeant le texte*, de faire dire à Portal « que Le Vasseur en savait presque autant que nous *sur la circulation du sang* ». Il y a dans Portal (p. 373) : *sur les usages de ces parties* (les valvules). Et dès lors Flourens se livre à une réfutation en règle qui paraît quelque chose, et qui, en fait, ne s'applique à rien, si ce n'est à la phrase qu'il a lui-même inventée. Quel plaisir peut-on trouver à travestir ainsi l'histoire !

Dr TURNER.

(*A suivre.*)

ASILES D'ALIÉNÉS. — Le Conseil général de la Seine ayant refusé, en 1880, le crédit nécessaire au traitement du directeur-administrateur de l'asile de Ville-Evrard, ce poste ne sera pas rétabli (déclaration du préfet de la Seine au Conseil).

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont promus : 1° *au grade de médecin inspecteur* (emploi créé) : M. Gaujot (Constantin-Mamez-Gustave), médecin principal de première classe ; 2° *au grade de médecin major de première classe* (ancienneté) : M. Huchard (Ferdinand-Gabriel-Victor), du 9e régiment de dragons, à Paris ; (choix) : M. Geschwind (Henri-Prosper), médecin du 6e bataillon de chasseurs à pied.

CONCOURS DE L'ADJUVAT. — *Rectification.* — La liste des aides d'anatomie nommés au derniers concours, publiée dans le numéro du 16 juin, d'après un journal, doit être rectifiée ainsi qu'il suit : MM. Chapu, Broca, Tuffier, Ricard, Hache, Wickham, Beurnier et Poupinel.

du sucre, et constitue, par conséquent, un produit de dédoublement de la *globularine*. Mais tandis que Walz obtenait deux produits de dédoublement colorés tous deux en brun ou en brun noir, nous n'en dégageons qu'un seul parfaitement blanc. L'auteur allemand devait donc opérer nécessairement dans de mauvaises conditions pour obtenir ces produits colorés. Il devait abandonner trop longtemps au bain-marie les mélanges d'acide sulfurique et de globularine. En effet, toutes les fois que nous avons procédé de cette façon, nous avons obtenu les mêmes composés bruns, solubles partiellement dans l'éther; ces produits provenaient nécessairement de l'altération du premier composé. Ce qui le démontre, à posteriori, c'est que les mélanges abandonnés à l'action de la chaleur plus longtemps que ne l'aurait fait Walz, finissent par se charbonner complètement.

Le dédoublement de la globularine nous fournit, outre le sucre, le composé résineux auquel nous proposons de conserver le nom de *globularétine*, mais qui diffère, tant par ses propriétés physiques que par sa composition élémentaire, du composé décrit par Walz.

Voici ce que nous donne l'analyse élémentaire de cette substance :

	I	II
Matière employée....	0,220	0,272
Acide carbonique.....	0,670	0,829
Eau...............	0,0908	0,1123
Carbone............	83,107	83,126
Hydrogène..........	4,672	4,604
Oxygène...........	12,221	12,270

Par conséquent nous adoptons la formule suivante pour la composition de la globularétine : C^9H^6O.

L'action de la potasse sur la globularétine est digne de remarque. Le principe résineux se dissout complètement dans l'alcali et se précipite de nouveau sous forme floconneuse après addition d'un acide étendu, soit l'acide chlorhydrique ou sulfurique. Mais quand on fait bouillir la solution alcaline et qu'on ajoute l'acide après avoir laissé préalablement refroidir la solution, il se produit un précipité cristallin.

Si l'on fait bouillir la solution alcaline avec un cristal d'hypermanganate de potasse, ce dernier se réduit, et il se produit une odeur manifeste d'hydrure de benzoïle. Cette décomposition s'explique en admettant que la globularétine fixe les éléments de l'eau:

$$C^9H^6O + H^2O = C^9H^8O^2,$$

et qu'ensuite l'acide cinnamique naissant dans le milieu oxydant se dédouble en donnant naissance à de l'hydrure de benzoïle.

La facilité avec laquelle s'effectue cette réaction nous a suggéré l'idée de rechercher si la globularine elle-même ne fournirait pas de l'*hydrure de benzoïle* en la faisant bouillir avec de la potasse et de l'hypermanganate de potasse. Nos prévisions se sont réalisées.

Pour expliquer cette transformation, il faut admettre que le premier effet de la potasse est un dédoublement analogue à celui que produit l'acide dilué, et que, plus tard, la globularétine se transforme en *acide cinnamique*, qui fournit, à son tour, de l'*hydrure de benzoïle*.

L'action directe d'un milieu oxydant alcalin ou acide produit d'ailleurs la même transformation. Qu'on distille, par exemple, les feuilles des globulaires avec de l'acide sulfurique et du bichromate de potasse, ou bien avec de la potasse et de l'hypermanganate, et on constate dans le récipient la présence d'une certaine quantité d'*hydrure de benzoïle*.

Si au lieu de soumettre les feuilles à l'action de l'eau, après épuisement préalable par l'éther, le chloroforme et l'alcool, on commence à les traiter par de la vapeur d'eau dans un appareil distillatoire, il passe dans le récipient une très petite quantité de principe volatil. Walz avait déjà signalé la production d'une huile essentielle, sans toutefois en indiquer la nature. Nous n'avons pu en obtenir une quantité suffisant pour l'analyse, bien que nous ayons distillé jusqu'à 15 kilogrammes de feuilles. Il serait intéressant cependant d'examiner si, comme on doit le supposer, le principe volatil est constitué par une *aldéhyde* (*aldéhyde cinnamique*) ou par du *cinnamate de benzyle*.

Nous avons remarqué, en effet, qu'en traitant l'extrait alcoolique ou le mélange de matières colorante et résineuse provenant de cet extrait par de la potasse caustique, il se dégage une odeur aromatique rappelant à la fois celle de l'ananas et des coings. Il en est de même quand on fait réagir la chaux sur cet extrait : le précipité jaune qui en résulte, lavé à l'eau et desséché, cède à l'éther le même principe volatil. Ce dernier ne pourrait-il pas être dû à la présence de l'alcool benzylique, et provenir du *cinnamate de benzyle* préexistant dans la plante (1)? Si cette hypothèse pouvait être vérifiée expérimentalement, nous aurions une nouvelle preuve à l'appui de la similitude des principes constitutifs des *Globulaires* et de ceux des Myroxylon, des Myrospermum et des Liquidambar qui fournissent les baumes du Pérou ou de tolu et le styrax.

La détermination de la nature du composé volatil aurait tout d'abord un grand intérêt au point de vue chimique, puisque en nous faisant comprendre la réaction dont nous venons de parler, elle nous éclairerait également sur la cause de l'accumulation de l'acide cinnamique dans la plante, accumulation qui ne peut d'ailleurs avoir d'autre origine que la formation de l'aldéhyde correspondante à l'acide.

Elle présenterait, en outre, de l'intérêt au point de vue physiologique, puisqu'elle nous permettrait de nous rendre compte de l'excitation particulière produite à la suite de son ingestion.

Pour établir les relations originelles sûres et possibles entre la *globularine*, la *globularétine* ou *résine de globulaire*, enfin l'*essence* et l'*acide cinnamique*, il était nécessaire d'exposer les différents faits et les hypothèses qui précèdent, dont l'ensemble forme une chaîne ininterrompue.

En résumé, la globularine, déjà découverte par Walz, mais mal préparée et mal analysée, est ce que nous l'avons fait connaître, un glycoside.

La *globularésine* de Walz n'est probablement qu'un produit d'oxydation du principe volatil déjà signalé par Walz, et qui reste à étudier.

La *globularétine* et la *paraglobularétine* de Walz sont évidemment des produits d'altération du dédoublement de la globularine sous l'influence des acides, qui, dans les conditions normales, donne une seule substance entièrement blanche, la *globularétine* ou *résine de globulaire ;* celle-ci, soluble dans les alcalis et très abondante dans la plante où elle se forme naturellement, fournit, dans un milieu oxydant, de l'hydrure de benzoïle. Cette modification s'explique par la formation d'un terme intermédiaire, l'*acide cinnamique*, et s'accorde entièrement avec les données de l'analyse élémentaire. Cette réaction de la globularine au contact des acides étendus, comme aussi celle de la globularétine au contact des alcalis, permet d'entrevoir la manière dont se comporteront les deux substances au sein de l'organisme. La première doit se dédoubler dans l'estomac sous l'influence du suc gastrique; l'autre, dans l'intestin seulement, en présence des liquides alcalins. La globularine, en outre, doit produire des effets physiologiques plus prompts que la résine de globulaires.

(*A Suivre.*)

(1) On sait que l'analyse (voy. article *Globulaires*) a décelé, d'après nos recherches, la présence de l'*acide cinnamique* et des *cinnamates de potasse et de soude*.

Anatomie pathologique.

SYPHILIS CÉRÉBRALE, extrait de leçons faites en 1880, à l'hôpital de la Pitié, par le docteur E. LANCEREAUX, et publiées par M. L. GAUTIER, interne des hôpitaux.

La fréquence de la syphilis des viscères a été, à mon sens, beaucoup exagérée dans ces derniers temps. Quelques médecins ont de la tendance à regarder comme spécifiques la plupart des manifestations morbides, celles du système nerveux notamment, qui surviennent chez les syphilitiques.

Cependant une coïncidence ne peut pas être considérée comme une base sérieuse de diagnostic; les syphilitiques ne sont pas, plus que les autres sujets, à l'abri des affections cérébrales étrangères à la syphilis. La vérole ne peut être rendue responsable de tous les désordres pathologiques qui surviennent chez l'individu qu'elle a frappé.

Le traitement lui-même ne doit pas être regardé comme une pierre de touche infaillible. Il y a des affections cérébrales qui guérissent spontanément; il y en a d'autres qui présentent de longues rémissions. Si, dans ces conditions, vous administrez aux malades du mercure, et surtout de l'iodure de potassium, vous ne les empêcherez pas de guérir; il est possible même que, dans certains cas où la syphilis n'est pas en cause, cette médication puisse être favorable. Le diagnostic certain, positif de la syphilis viscérale et de celle du cerveau en particulier doit donc reposer sur une autre base.

Que font les médecins en présence d'accidents syphilitiques primitifs ou secondaires, d'une syphilide ulcéreuse tardive, d'une gomme cutanée ou périostique? Ils étudient avec soin chacune de ces manifestations et font reposer leur diagnostic sur les caractères anatomiques et sur l'évolution de ces manifestations.

Il doit en être de même pour les accidents de la période tertiaire de la syphilis qui ont pour siège les organes internes, et dont nous ne pouvons constater que les effets pendant la vie du malade. C'est sur le terrain clinique et sur le terrain anatomique surtout que nous devons nous placer pour en faire le déterminisme. Or, l'anatomie pathologique nous apprend que les lésions viscérales de la syphilis, quel que soit leur siège, sont toujours des lésions limitées, des lésions en foyer, pour nous servir d'une expression en vogue. D'autre part, l'expérience nous montre que la syphilis s'attaque toujours au même ordre de tissus, à savoir: les tissus conjonctivo-vasculaires, c'est-à-dire les tissus qui proviennent du feuillet moyen du blastoderme. Ces tissus composent, dans l'encéphale, les méninges, les vaisseaux, la névroglie, les seules parties au sein desquelles se développent primitivement les lésions syphilitiques. Ainsi nous aurons à étudier la méningite, l'artérite et l'encéphalite syphilitiques. Cette méthode, à notre avis, est plus scientifique et de beaucoup préférable à celle qui fait reposer sur le symptôme la classification des désordres spécifiques de l'encéphale.

I. — MÉNINGITE SYPHILITIQUE.

La dure-mère est de toutes les méninges celle qui est la plus exposée aux atteintes de la syphilis. Une malade entrée ces derniers jours (6 mars) dans notre service, nous offre un bel exemple de cette affection.

OBS. I. — C'est une femme âgée de trente-quatre ans, cuisinière, qui a contracté la syphilis à Bordeaux il y a quatorze ou quinze ans. A cette époque elle a observé sur les parties génitales un bouton qui a duré au moins un mois et qui n'a pas suppuré. Un an après elle a eu une éruption de boutons sur tout le corps et un mal de gorge, manifestations pour lesquelles, se trouvant à Paris, elle a séjourné un mois à l'Hôtel-Dieu. Trois ans après, elle partit pour l'Amérique, où elle fut atteinte d'ulcérations aux jambes, qui se renouvelèrent deux ans plus tard.

Ces dates, toutefois, ne sont peut-être pas absolument certaines, vu l'état intellectuel et surtout la perte de mémoire de la malade. Il y a deux ans et demi elle s'est mariée, et son mari nous a fourni les renseignements sur ce qui s'est passé depuis ce moment. Peu de temps après le mariage, nouveau bouton à la jambe; puis, il y a un an, grosseur située à la partie supérieure du sternum, soignée, dans le service du professeur Verneuil, qui, nous dit-on, diagnostiqua une gomme. Au mois de décembre dernier débutèrent les accidents qui amènent aujourd'hui cette malade à l'hôpital. Ils commencèrent par des douleurs limitées au côté droit de la tête, se faisant sentir surtout la nuit, vers trois ou quatre heures du matin, et tellement violentes qu'elles tiraient des cris à la malade et empêchaient le mari de dormir. Quelques jours plus tard, la paupière supérieure droite ne pouvait plus être relevée, et un médecin oculiste constatait l'intégrité des parties profondes de l'œil.

A partir du commencement de février, la céphalée devint plus intense et l'intelligence de la malade s'affaiblit. Le mari raconte que depuis le 15 février sa femme est dans un état de somnolence continuelle, presque idiote. Le soir, en rentrant, il la retrouvait assise sur le même tabouret où il l'avait laissée le matin en allant à son travail. La nuit il était obligé de la maintenir sur son lit pour l'empêcher de se lever, sans cause et sans savoir ce qu'elle faisait. Pas d'incontinence des matières fécales à cette époque; mais de temps en temps la bouche se déviait à droite, et la démarche était peu assurée et chancelante. Cet état persistant, la malade vint à notre consultation, où nous pûmes constater qu'elle était peu assurée sur ses pieds et qu'elle traînait un peu la jambe gauche.

Le lendemain, nous lui trouvons l'air hébété, la mémoire faible. Elle nous dit qu'elle souffre constamment de la tête, mais ses douleurs paraissent assez peu vives. Elle est presque constamment somnolente, dort presque toute la journée, et ne se réveille que pour manger. La nuit elle s'était levée et avait uriné par terre au pied de son lit. Sur les jambes il existe plusieurs cicatrices dont l'aspect est caractéristique. La plus étendue, qui, au dire de la malade, est la suite de la première ulcération, occupe la région malléolaire interne de la jambe gauche, et s'étend en haut jusqu'à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen du tibia. Cette cicatrice est formée par le groupement de plusieurs cicatrices plus petites, dont la surface est gaufrée et recouverte de quelques squames minces. Elle n'adhère pas aux tissus sous-jacents et ne présente aucune partie plus épaisse, aucune de ces brides blanches qui sillonnent les cicatrices scrofuleuses; sa forme est allongée; ses bords sont festonnés, de teinte bronzée ou plutôt de la couleur du jambon maigre. Une autre cicatrice moins étendue, arrondie, lisse, blanche, à bords également festonnés et bronzés, se trouve sur la face interne du tibia gauche, vers son tiers inférieur. Sur la même jambe se rencontre encore une cicatrice de la largeur de la paume de la main au niveau du mollet, où elle détermine une dépression notable. Une autre cicatrice, beaucoup plus petite, de la grandeur d'une pièce de 1 franc, blanche, très peu visible, occupe le milieu du bord antérieur du tibia. Enfin une dernière, beaucoup plus grande, elliptique, se trouve située au niveau du tiers externe et supérieur du tibia; elle est formée par la réunion de plusieurs ulcérations qui ont laissé des cicatrices de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, cicatrices qui se touchent par leur circonférence.

La paupière supérieure droite est fortement abaissée; l'œil droit est presque complètement fermé. Quand on soulève la paupière, on constate qu'à l'état de repos, il est assez fortement dévié en dehors et un peu en bas. La pupille est, en outre, notablement dilatée, sans l'être autant que dans certains cas de paralysie de la troisième paire; elle ne se rétrécit pas sous l'influence de la lumière du jour. Si l'on essaye de faire suivre à l'œil malade les mouvements du doigt, on voit qu'il se dirige bien en bas et en dehors, mais ne peut se porter ni en haut, ni surtout en dedans.

La malade n'accuse cependant aucune diplopie, ni aucun trouble visuel; il est vrai qu'il s'agit là de phénomènes assez difficiles à analyser, étant donné son état mental. La main gauche de la malade est notablement plus faible que la droite. La marche est difficile, incertaine, plus pénible à gauche qu'à droite. La sensibilité est partout normale. Pas de sensations subjectives anormales dans les extrémités, absence de paralysie faciale.

En présence des renseignements fournis par cette malade, des cicatrices caractéristiques existant sur les membres inférieurs, il était évident que nous avions affaire à un cas de syphilis. D'autre part, les symptômes cérébraux observés ne

pouvant être rapportés qu'à une lésion circonscrite, à un néoplasme intracrânien, l'idée d'attribuer ce néoplasme à la syphilis s'imposait, pour ainsi dire, d'emblée. La marche des accidents, la céphalée nocturne intense accusée par la malade venant s'ajouter aux commémoratifs, il nous fut possible d'affirmer, dès le premier jour, l'existence d'une syphilis cérébrale.

La céphalée nous permit d'ailleurs de localiser l'altération dans les méninges. La syphilis des viscères est, en effet, indolente, excepté lorsqu'elle affecte les os, le périoste ou les parties voisines, dans lequel cas elle produit ces douleurs intenses à exacerbation nocturne, que les malades comparent à des sensations de broiement ou de brisement tout à fait extraordinaires. Or, la dure-mère est à ce point de vue, comme au point de vue physiologique, comparable au périoste. Quant au siège exact de la lésion, il est assez facile à déterminer d'après les troubles existants. La paralysie de la troisième paire droite est évidemment d'origine périphérique, puisqu'elle alterne avec une hémiplégie gauche; la tumeur doit donc se trouver sur le trajet du nerf moteur oculaire commun droit; d'autre part, elle est assez près du point d'émergence de ce nerf, sans quoi nous aurions des accidents de compression des nerfs pathétique et moteur externe, qui sont en rapport intime avec le moteur oculaire commun à partir du sinus caverneux.

Par conséquent, cette lésion doit avoir son siège en arrière de cette tunique, à droite de la ligne médiane, au niveau de la suture sphéno-occipitale ou de la partie antérieure de la gouttière basilaire. Ainsi placée, elle comprime les faisceaux moteurs du pédoncule cérébral droit, ce qui explique l'affaiblissement des muscles du côté gauche. Quant à l'état mental et à la somnolence de la malade, ils paraissent se rapporter à la compression de l'aqueduc de Sylvius, qui ne permet plus la libre circulation du liquide céphalo-rachidien, et produit un certain degré d'hydropisie et de dilatation des ventricules latéraux. Le diagnostic étant ainsi établi, il ne pouvait y avoir de doute sur la nécessité d'instituer aussitôt un traitement spécifique. Dans les cas de cette nature, comme nous le verrons dans nos autres observations, il faut toujours penser à l'imminence d'accidents graves et quelquefois foudroyants: aussi importe-t-il d'agir rapidement et énergiquement.

Dès le lendemain de son entrée, notre malade fut soumise à l'usage des frictions mercurielles et reçut une potion contenant 3gr,50 d'iodure de potassium; deux jours plus tard, nous portâmes la dose d'iodure à 6 grammes. L'effet de cette médication ne se fit pas longtemps attendre; il confirmerait encore, s'il en était besoin, notre diagnostic.

Le 8 mars, la malade a été de nouveau agitée et s'est levée la nuit pour uriner par terre; persistance de la somnolence; incontinence des matières fécales. Le 11, elle est plus calme, répond mieux aux questions, et nous annonce qu'elle souffre moins dans la tête. Ainsi, dès le quatrième jour, le traitement a produit une amélioration, et comme toujours en pareil cas, c'est d'abord l'élément douleur qui a été modifié. Les gencives étant un peu tuméfiées et rouges, nous prescrivons un julep avec 4 grammes de chlorate de potasse.

Le 15, la malade est beaucoup plus éveillée; elle repose la nuit et ne va plus sous elle; elle commence à se lever un peu dans la journée et marche plus facilement. Le 21, ses facultés intellectuelles sont notablement meilleures, sa démarche est presque normale; la chute de la paupière est moins accentuée. Le 31, l'amélioration continue, l'intelligence est complète. La malade soulève assez bien sa paupière et la relève entièrement si l'on maintient l'œil gauche fermé. Il y a toujours du strabisme externe au repos; mais, quand on fait suivre à l'œil les mouvements du doigt, on voit la pupille se diriger dans tous les sens et s'approcher en dedans jusqu'à 1/2 centimètre de l'angle interne de l'œil. A partir de ce moment l'amélioration s'est continuée insensiblement jusqu'à aujourd'hui (16 avril), où il ne reste plus qu'un léger degré de ptosis et de strabisme externe (1).

(1) Trois semaines plus tard cette malade demandait sa sortie; elle était bien, et depuis lors nous n'avons pas entendu parler d'elle.

Le pronostic est ici favorable par ce fait que la lésion a certainement son siége dans les méninges : aussi peut-on croire que les accidents encore persistants auront disparu dans un mois. Il est possible cependant que la compression du nerf moteur oculaire commun ait été trop prolongée, ou que ce nerf ait été compris partiellement dans le tissu néoplasique, et que notre femme garde une paralysie incomplète de la troisième paire.

Je ne puis résister au désir de rapprocher de cette observation celle d'un homme que j'ai soigné autrefois, à l'hôpital Saint-Antoine, d'une syphilis cérébrale des plus graves, et que vous avez pu voir tout dernièrement dans notre salle, où il était venu de nouveau se faire traiter d'une iritis spécifique.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 12 JUIN 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

SUR LE MÉCANISME DE LA FERMENTATION PUTRIDE ET SUR LES ALCALOÏDES QUI EN RÉSULTENT. Note de MM. *Arm. Gautier* et *A. Etard*. — Travail tout chimique dont nous nous bornons à reproduire la conclusion :

« D'après les considérations ci-dessus, l'existence de l'indol et des bases pyridiques et hydropyridiques dans les produits dérivés des albuminoïdes par hydratation putréfactive oblige à admettre, pour plusieurs des radicaux de la molécule protéique, les liaisons de l'azote et du carbone qui caractérisent les séries homologues de C^5AzH^5 et C^5AzH^7. »

DE L'ACTION DÉCOMPOSANTE QUE CERTAINES MATIÈRES ORGANISÉES EXERCENT SUR L'EAU OXYGÉNÉE : A PROPOS D'UN MÉMOIRE DE MM. Paul Bert et P. Regnard, par M. *A. Béchamp*. — Voici le passage le plus important de cette communication :

« Me souvenant des travaux de Thénard, je me suis demandé si la cause qui, dans la fibrine, fluidifie l'empois, ne serait pas représentée par les microzymas, et la même qui dégage l'oxygène du bioxyde d'hydrogène. L'événement a justifié l'hypothèse; la partie de la fibrine que l'acide chlorhydrique ne dissout pas, qui ne représente qu'une minime fraction de sa masse, est une substance finement granuleuse, des microzymas de moins de 1/1000 de millimètre, qui, bien débarrassés de l'acide par un lavage soigné, fluidifient l'empois et décomposent l'eau oxygénée. Au contraire, la matière organique tenue en dissolution par l'acide, étant précipitée par l'ammoniaque et bien lavée, ne fluidifie pas l'empois et ne décompose pas l'eau oxygénée. Dès lors, la fibrine n'étant point un principe immédiat, *une matière animale isolée*, comme s'exprimait Thénard, il en résulte que l'illustre savant aurait pu formuler une loi ainsi conçue : *La matière organisée, les organes ou tissus organiques peuvent dégager l'oxygène du bioxyde d'hydrogène; les principes immédiats qu'on en isole ne possèdent pas cette propriété.* »

DE L'APTITUDE COMMUNIQUÉE AUX ANIMAUX A SANG FROID A CONTRACTER LE CHARBON PAR L'ÉLÉVATION DE LEUR TEMPÉRATURE. Note de M. *P. Gibier*. — Les oiseaux, et notamment la poule, ayant une température plus élevée (42 degrés environ), ne contractent pas, dans les conditions ordinaires, la maladie dont nous parlons. Cependant, M. Pasteur est parvenu, comme on le sait, à donner le charbon à la poule et à développer la bactéridie dans le sang de cet oiseau, en abaissant sa température par une immersion prolongée des pattes dans l'eau froide. Or, l'auteur, après avoir constaté qu'à la température ordinaire de l'eau les grenouilles ne paraissent pas se ressentir d'une injection sous-cutanée ou intrapéritonéale de liquides charbonneux, s'est posé la question de

savoir si, en élevant leur température à 37 degrés environ, la bactéridie charbonneuse trouverait chez ces animaux à sang froid, devenus ainsi momentanément des animaux à sang chaud, les conditions propres à son développement. Il y a réussi, quoique non constamment. Il a donné le charbon à des grenouilles, en les obligeant à vivre dans de l'eau à la température de 35 à 37 degrés.

Le mécanisme de l'absorption des virus varie-t-il avec la nature des plaies? La nature des plaies influe-t-elle sur l'efficacité de l'intervention chirurgicale? Note de M. *Rodet*. — Des expériences ont été faites sur douze lapins au moyen d'inoculations à l'oreille. Huit sont morts; chez sept, on a trouvé de l'œdème et un engorgement des ganglions lymphatiques. L'auteur termine sa note par les propositions suivantes :

« L'absorption exclusive par les vaisseaux sanguins est donc très rare, même dans les plaies où l'on penserait à priori qu'elle doit être facile. — L'absorption mixte, à la fois par les voies sanguines et lymphatiques, existe, mais est relativement rare. — La pénétration se fait par les vaisseaux lymphatiques dans la très grande majorité des cas. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 20 JUIN 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet l'ampliation du décret approuvant l'élection de M. Mathias Duval dans la section d'anatomie et de physiologie; M. *Mathias Duval* prend place parmi ses collègues.

L'Académie reçoit deux mémoires anonymes sur *le sevrage* pour le prix de la Commission de l'hygiène de l'enfance, un mémoire anonyme pour le concours du prix Portal, et un ouvrage de M. le docteur *Leloir* intitulé : *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse*, pour le concours du prix Godard.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° un *Rapport* officiel de M. le docteur *Gariel*, au nom de la Commission de l'hygiène de la vue dans les écoles ; 2° une brochure de M. le docteur *Stroinski* (de Chicago) intitulée : *Membraneous dysmenorrhœa;* 3° deux brochures, en langue anglaise, de M. le professeur *Attfield* (de Londres) sur *l'enseignement de la pharmacie dans la Grande-Bretagne*.

M. *Le Roy de Méricourt* présente, au nom de M. le docteur *H. Rey*, l'article Scorbut, extrait du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

M. *Bouley* fait hommage, au nom de MM. *Goubaux* et *Barrier* (d'Alfort), de la première partie d'un ouvrage intitulé : *De l'extérieur du cheval*.

M. *Larrey* offre : 1° de la part de M. le docteur *Régnier* un *Rapport* manuscrit sur *l'épidémie de fièvre typhoïde palustre de la garnison de Batna en* 1881 (*Commission des épidémies*); 2° au nom de M. le docteur *Mauriac*, un *Rapport général sur les travaux de la Commission des logements insalubres de Bordeaux depuis* 1876 *jusqu'à* 1882.

M. *Dechambre* présente un mémoire sur *l'origine de la médecine en Grèce*, par M. *Eugène Fournier*.

M. *Bourgoin* fait hommage d'un ouvrage intitulé : *Eau et eau oxygénée*.

Folie et divorce. — M. *Luys* reproche à M. Blanche de n'avoir pas fourni de justifications suffisamment authentiques et d'avoir craint de divulguer les preuves à l'appui de son opinion sur « la question des guérisons à longue portée » dans l'aliénation mentale; il persiste, en conséquence, à admettre qu'au bout d'un temps déterminé de démence confirmée c'en est fait du retour à la raison de l'individu aliéné; et dès lors, songeant à la situation du « conjoint demeuré sain », il réclame pour celui-ci le bénéfice en quelque sorte du divorce. Il ne lui paraît d'ailleurs pas plus impossible pour les trois médecins qui, d'après sa proposition, seraient chargés, en pareil cas, de statuer sur l'état mental de l'aliéné, de s'entendre sur le diagnostic, qu'il n'est impossible aux juges des concours des hôpitaux de partager la même opinion sur les malades soumis à l'examen des candidats.

Guérison de la rage. — Il a été longuement question de la rage dans cette séance et de de son traitement, mais sans que la question soit avancée d'un pas; en effet, les espérances, toujours si vives et si promptes, quand il s'agit de cette effroyable maladie, que la lecture de l'observation de M. le docteur Denis-Dumont et l'annonce du rapport de M. *Bouley* sur un cas analogue, avaient permis de concevoir ne se sont pas réalisées. Réservant pour la séance prochaine le compte rendu et la critique du mémoire de M. Denis-Dumont, M. Bouley se borne à analyser une communication déjà ancienne envoyée par M. le docteur Dartigues (de Pujols, Gironde) au sujet de la guérison d'un cas de rage; malheureusement, si quelque chose peut en être déduit, déclare le rapporteur, « c'est que la pilocarpine paraît n'avoir pas été sans quelque effet pour guérir une maladie mal déterminée qui semble avoir eu avec la rage quelques caractères de similitude ».

Sans attendre le second rapport, M. *Germain Sée* se déclare obligé de « jeter un seau d'eau froide sur l'intervention de la pilocarpine »; non seulement, d'après lui, elle a donné de très mauvais résultats ou n'a rien produit dans la diphthérie vraie, dans l'éclampsie puerpérale, dans le mal de Bright confirmé, mais dans la rage elle a été sans action; à cet égard il cite l'observation d'un malade de son service qui, malgré l'emploi de la pilocarpine d'abord, puis du hoang-nan et enfin de l'électrisation de la région bulbaire, a succombé à la rage; la pilocarpine, notamment dans ce cas, a aggravé l'état du malade en exagérant le crachottement et l'agitation générale. Ce médicament n'a pas eu plus d'effet dans une observation de M. Balzer et une autre de M. Sevestre.

M. *Dujardin-Beaumetz*, tout en se réservant pour la discussion de l'observation de M. Denis-Dumont, rappelle que, dans les 23 cas de rage qu'il a examinés l'an dernier comme membre du Conseil d'hygiène de la Seine, la pilocarpine a été essayée six fois; elle n'a pas donné de résultats et aurait plutôt aggravé l'état des malades; au reste, elle ne pourrait agir que dans la période prodromique alors qu'on peut tenter l'expulsion du virus hypothétique de cette maladie; lorsque le bulbe est atteint, quelle influence la sécrétion sudorale ainsi provoquée pourrait-elle avoir? Dans le cas rapporté par M. Denis-Dumont, le chloral et le bromure de potassium ont été employés concurremment avec la pilocarpine; l'action de ces médicaments se comprendrait mieux.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 7 JUIN 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Injections d'iodoforme dans les fongosités articulaires. — Extirpation préventive des fongosités articulaires. — Présentation d'une malade : colotomie lombaire. — Présentation d'une pièce.

M. *Marc Sée*. L'action de l'iodoforme dans les fongosités articulaires a été étudiée par plusieurs chirurgiens; on a publié des exemples de guérison d'arthrites fongueuses par les injections d'iodoforme. M. Sée les a essayées sur une petite fille qui avait les deux genoux malades; les fongosités étaient surtout abondantes à droite. Il fit des injections d'iodoforme dissous dans l'éther. Les douleurs, d'abord très vives, furent suivies de gonflement et de rougeur; au bout de quinze jours, amélioration notable. On fit les injections à droite, puis à gauche; plus tard, chaque genou fut enveloppé avec une bande de caoutchouc. Les mouvements devinrent faciles, peu douloureux; les genoux sont revenus presque à l'état normal. La malade marche sans boiter. Voilà deux mois que la guérison se maintient.

M. *Després* a fait trois fois des injections iodées dans des articulations malades; la troisième fois, il y avait arthrite sèche et hydarthrose. Le malade mourut deux ans après, et on trouva du pus dans la jointure. Les deux premiers malades, atteints d'hydarthrose chronique, guérirent. On en trouve d'ailleurs des exemples dans le livre de M. Boinet. La malade de M. Sée est améliorée, mais non guérie.

M. *Verneuil*. M. Le Fort et M. Duménil (de Rouen) ont fait des injections dans les tissus fongueux. On considère à tort toutes les fongosités comme constituant un même état pathologique; il y a trois sortes de fongosités articulaires. Les unes se développent sous l'influence de la synovite rhumatismale chronique; d'autres renferment des follicules tuberculeux; c'est la synovite tuberculeuse; enfin, il y a les fongosités ordinaires symptomatiques des lésions osseuses.

Pour la synovite tuberculeuse, il faut des mesures radicales, car la thérapeutique est impuissante, même la résection est impuissante; il faut amputer. — Dans la synovite rhumatismale, avec la compression et l'iode on obtient la guérison en quelques mois. — Enfin, dans la synovite symptomatique des ostéites, si on enlève la lésion osseuse, les fongosités se résolvent spontanément; il est inutile d'exciser la synoviale articulaire. Le diagnostic différentiel est souvent difficile.

M. *Lannelongue* n'admet que deux variétés de fongosités: la tuberculeuse qui a pour caractéristique les nodules tuberculeux, et la variété inflammatoire avec éléments embryonnaires. Au point de vue étiologique, on peut admettre la variété rhumatismale.

— M. *le Secrétaire général* lit au nom de M. *Daniel Mollière* une note sur l'extirpation préventive des fongosités articulaires. Les tumeurs blanches qui débutent par la périphérie sont de beaucoup les plus nombreuses; il faut chercher à enrayer le mal par l'ablation des fongosités. M. Mollière applique la bande d'Esmarch et dissèque la poche fongueuse; pansement antiseptique. Un malade a subi cette opération avec succès.

M. *Trélat* rappelle que l'extirpation des fongosités tendineuses, même communiquant avec les cavités articulaires, a été préconisée par M. Bidard il y a vingt ans.

M. *Lucas-Championnière*. L'extirpation des fongosités articulaires est préconisée systématiquement par plusieurs chirurgiens; il n'y a donc là rien de nouveau.

— M. *Trélat* a présenté, le 28 décembre dernier, une femme à laquelle le 2 décembre il avait fait la colotomie lombaire pour un cancer épithélial du rectum. Il représente encore cette femme aujourd'hui; elle paraît jouir d'une santé parfaite.

Depuis six mois, M. Trélat a vu un certain nombre de cancers du rectum. Un homme avait un petit épithélioma rectal; large ablation; guérison. Au bout de cinq semaines, récidive; nouvelle opération; récidive, mort.

Une autre malade avait un épithélioma rectal en forme d'anneau; ablation il y a six semaines sans accident opératoire; la courbure sacrée était dénudée; cellulite pelvienne; pyohémie; mort.

A côté de ces cas malheureux, voici une femme qui a dans le rectum une tumeur du volume du poing; la cloison recto-vaginale est envahie et elle est en parfait état de santé. La colotomie lombaire a donné six mois de vie très supportable, tandis que chez les deux autres malades, l'opération curative a été suivie rapidement de mort. On a constaté histologiquement que la tumeur rectale était un épithélioma. En voyant cette femme aujourd'hui, on ne peut s'imaginer l'état déplorable dans lequel elle se trouvait avant l'opération.

— M. *Félizet* présente le crâne d'un individu auquel il a fait la trépanation pour une fracture du crâne.

SÉANCE DU 14 JUIN 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Injections dans les fongosités articulaires. — Rapports. — Caractères et nature de l'arthrite fongueuse. — Tuberculose primitive de l'iris. — Pseudarthrose du cubitus guéris par l'électrolyse. — Fistule salivaire du canal de Sténon.

M. *Le Fort*, à propos des injections dans les fongosités articulaires, rappelle qu'il a présenté à la Société de chirurgie, en juillet 1879, un malade guéri par des injections d'alcool et sulfate de zinc dans les fongosités articulaires; le genou était tellement malade qu'on avait pensé à la résection des extrémités osseuses.

— M. *Polaillon* fait un rapport sur trois observations adressées par M. Martel (de Saint-Malo):

1° Une observation montrant l'influence du traumatisme sur le développement de la folie. Une jeune fille avait une gangrène traumatique de la main; accès de manie aiguë qui dura vingt jours; traitement par le chloral à haute dose; guérison. La mère de la malade était morte folle. Le traumatisme peut hâter l'explosion d'un délire maniaque chez un sujet prédisposé.

2° Rupture de la vésicule biliaire, suite d'une chute de 3 mètres de haut. Ventre endolori; péritonite; mort au bout de cinq jours. La vésicule biliaire et le péritoine étaient déchirés. Pas de lésion dans le foie, ni de calculs dans la vésicule.

3° Variété rare de cancer du sein: épithélioma de la paroi d'un conduit galactoforme. M. Cornil a constaté qu'il s'agissait d'un épithélioma tubulé développé dans un conduit galactoforme.

— M. *Lannelongue*, à propos de la discussion sur les fongosités articulaires, lit un mémoire sur les caractères et la nature de l'arthrite dite fongueuse.

Une première distinction est basée sur la présence ou l'absence des nodules tuberculeux. Les fongosités qui entourent les séquestres se limitent d'elles-mêmes, n'ont pas de tendance à l'envahissement et disparaissent si on enlève le séquestre pour former un tissu de cicatrice, c'est d'un bout à l'autre un processus réparateur.

Quand la fongosité est tuberculeuse, les tubercules subissent la transformation caséeuse, puriforme; la réaction inflammatoire augmente et les liquides qu'elle produit conduisent plus loin l'inoculation tuberculeuse. La fongosité devient ainsi une source d'infection pour l'économie entière.

Les fongosités simples ou inflammatoires résistent parfois au traitement comme si elles étaient tuberculeuses; l'étiologie donnera l'explication de cette particularité.

Toute arthrite suppurative de certaine durée sera accompagnée du développement des fongosités (arthrites d'ostéomyélite, d'ostéite justa-épiphysaire, de fièvre puerpérale, de pyohémie, de morve, de syphilis, de scarlatine, de variole, de rhumatisme, etc.). Ce sont des fongosités inflammatoires, mais on ne saurait méconnaître leur influence nuisible sur les cartilages et sur les épiphyses.

Avant de faire une étude d'ensemble de la synovite fongueuse chronique ou tuberculeuse, M. Lannelongue donne l'analyse de 38 autopsies, sur lesquelles cette étude repose; 24 fois on a rencontré des tubercules dans le poumon; 3 fois de la broncho-pneumonie; 6 fois de la tuberculose de l'encéphale; souvent la stéatose ou la dégénérescence amyloïde du foie ou des reins.

Lésions des os; les épiphyses présentent une série de désordres. A la période extrême, les cartilages sont altérés; des fongosités et des ulcérations se voient sur les parties dénudées. On trouve dans les épiphyses des cavités qui s'ouvrent dans l'articulation, et contiennent parfois des séquestres. Le canal médullaire s'agrandit. Sur la synoviale, les lésions sont parfois minimes, d'autres fois elles vont jusqu'à la destruction de cette membrane. Sur la face interne, on voit des tuber-

cules miliaires, des amas caséeux; sur la face externe, on trouve des abcès qui vont souvent s'ouvrir au loin. Les nodules tuberculeux sont mêlés aux exsudats inflammatoires.

M. Lannelongue continuera sa communication dans une prochaine séance.

— M. *Poncet* fait une communication sur un cas de tuberculose primitive de l'iris et du corps vitré.

L'œil examiné avait été énucléé par M. le docteur Mengin à Caen, sur un jeune homme de seize ans, exempt de toute trace de syphilis, appartenant à une nombreuse famille dont tous les membres étaient bien portants. Les poumons du malade étaient sains.

L'affection de l'œil avait débuté par un petit granulaire de l'iris qui, peu à peu, avait rempli la chambre antérieure, et produit en dernier lieu des accidents inflammatoires faisant craindre pour l'autre œil. La vision était complètement perdue du côté malade.

L'examen histologique a démontré que ce tissu nouveau, embryonnaire, était farci de nodules tuberculeux, et des foyers de ramollissement avec cellules géantes au centre. Pas de vaisseaux, pas d'organisation fibreuse. La masse tuberculeuse remplissait toute la chambre antérieure et le sinus péricornéen. La prolifération environnait le canal de Schlemm presque oblitéré. Puis la néoplasie fusant, au-dessus de l'équateur du cristallin, gagnait la portion sous-ciliaire de la rétine, et descendait le long de la cristalloïde postérieure. La lentille elle-même était saine.

La choroïde, à partir du muscle ciliaire, était plutôt atrophiée et nullement tuberculeuse. La rétine et la papille étaient absolument normales.

La présence de foyers tuberculeux et des cellules géantes dans le corps vitré se rattache directement à la formation des cellules angioblastes dans cette humeur; cellules que M. Poncet avait décrites dans son *Atlas d'anatomie pathologique* avec M. le professeur Perrin. Leur dégénérescence est analogue à celle qu'elles subissent dans les séreuses articulaires et le péritoine où Kiener a bien suivi ce processus.

Si la tuberculose du corps vitré n'a pas été décrite jusqu'ici dans les 15 à 17 observations (excepter un cas récent de Falchi, de Turin) connues de tuberculose primitive de l'iris, c'est que l'attention n'a pas été portée sur ce point; mais l'iritis tuberculeuse, s'accompagnant souvent d'exsudat rétro-cristallinien, la tuberculose de cette région doit être fréquente. L'oblitération du sinus péricornéen et du canal de Schlemm n'a pas amené de glaucome, mais la partie antérieure du procès était altérée; la sécrétion des humeurs était donc diminuée; de plus, l'humeur vitrée était un peu ramollie en avant par l'exsudat : ces circonstances permettent de comprendre l'absence de tension glaucomateuse. Le traitement doit être actif, l'énucléation pratiquée pour l'œil, comme pour le testicule, quand les accidents inflammatoires se déclarent.

M. *Després*. Quelques-unes des planches que M. Poncet nous montre représentent ce que M. Cornil a décrit dans l'histologie des gommes. On n'y voit pas les gros caractères des tubercules; au point de vue clinique, ce n'est pas du tubercule.

M. *Trélat* a dit dans une précédente discussion que l'ablation d'un œil tuberculeux lui paraissait indiquée au même titre que l'ablation d'un testicule tuberculeux ou d'une langue tuberculeuse, quand le diagnostic est bien établi et que des accidents surviennent.

M. *Poncet*. Il faut que les accidents existent pour que l'énucléation soit indiquée. Quel nom M. Després donnerait-il à la lésion présentée? L'enfant n'était ni syphilitique, ni scrofuleux.

M. *Perrin*. Tant que les tubercules ne provoquent pas de manifestations inflammatoires, on n'est pas autorisé à faire l'ablation du globe oculaire.

— M. *Le Fort* lit une observation de pseudarthrose du cubitus guérie par l'électrolyse.

Un homme de vingt-trois ans avait une pseudarthrose du cubitus gauche, suite de fracture de l'avant-bras, produite par la morsure d'un cheval; on enlevait l'appareil tous les jours pour panser les plaies.

Le 26 janvier 1882, le malade entra dans le service de M. Le Fort; le radius, augmenté de volume, était consolidé. Le cubitus n'était pas consolidé, et le fragment supérieur était mobile. Le malade ne pouvait travailler; il fallait intervenir, car le travail de consolidation était arrêté.

Pour déterminer une irritation locale vive, M. Le Fort songea à l'électrolyse. Il fit une séance de cinq à six minutes, puis le fragment supérieur fut maintenu en face du bout inférieur au moyen d'un bandage. Le 25 février, la consolidation paraissait effectuée. A la fin de mars, la consolidation était parfaite.

— M. *Richelot* lit un travail sur la fistule salivaire du canal de Sténon; nouveau procédé opératoire.

L. LEROY.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 14 JUIN 1882. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Sur l'alimentation par les peptones: M. Duhomme. — Emploi de l'huile de pétrole dans l'angine couenneuse. Pathogénie de l'angine diphthéritique : M. Archambault. (Discussion.)

A l'occasion du procès-verbal, M. *Duhomme* rapporte l'observation d'un homme qui a succombé aux progrès d'un cancer de l'estomac, et qui avait été soumis dans les derniers temps de sa vie à l'alimentation par les peptones. Bien que ce malade n'ait pris, depuis plus de deux mois, qu'un peu de bouillon et quelques féculents on constatait, le 4 juin, dans son urine une notable quantité de peptone. Il semble donc que la peptone ingérée avait été absorbée, mais non assimilée, et s'était éliminée par la voie rénale.

M. *H. Gueneau de Mussy* demande comment on recherche la présence de la peptone dans l'urine.

M. *Duhomme*. Dans une urine renfermant de la peptone on obtient, avec la liqueur de Fehling diluée, la coloration violette caractéristique des substances albuminoïdes; cependant les moyens d'analyse classiques ne révèlent pas d'albumine dans le liquide.

— M. *Archambault* a fait, à l'instigation de M. le docteur Lamarre (de Saint-Germain), quelques expériences sur l'*action de l'huile de pétrole dans la diphthérie*. M. Lamarre avait employé l'huile de pétrole en badigeonnages au niveau des fausses membranes, et à l'intérieur à la dose de 12 à 15 grammes, il avait obtenu, par ce moyen, la guérison de cinq enfants, dont deux étaient atteints de diphthérie grave. M. Archambault a employé l'huile de pétrole de la même manière et a pu se convaincre qu'aucun agent, jusqu'ici, ne détruit aussi bien les fausses membranes; tous les enfants atteints de diphthérie bénigne, d'angine couenneuse commune, ont été guéris, mais il faut reconnaître que c'est là le résultat que l'on obtient d'ordinaire par les badigeonnages avec le jus de citron ou le topique de Soulé. Dans les cas de diphthérie toxique à marche lente, les fausses membranes se sont constamment reproduites et la marche de la maladie n'a été en rien modifiée; dans les angines hypertoxiques la mort n'a même pas été retardée. Cependant, M. Archambault a employé en ville, avec le M. le docteur Colson, la même médication chez un enfant atteint d'angine grave avec coryza couenneux et albuminurie, et la guérison a été obtenue. Dans un autre cas analogue, l'huile de pétrole administrée pendant cinq jours n'a pu prévenir la terminaison fatale. En

résumé, c'est un excellent topique local, et ce n'est pas un médicament efficace contre la diphthérie; jusqu'ici ce médicament n'existe pas.

M. *Moutard-Martin* demande à M. Archambault s'il a vu guérir parfois la diphthérie toxique.

M. *Archambault* pense qu'il faut distinguer la forme toxique qui guérit quelquefois, bien que rarement, et la forme hypertoxique, avec adénite volumineuse, boursouflement de la région cervicale, fièvre intense, qui, d'après lui, ne guérit jamais. Il est convaincu que cette variété si redoutable n'appartient pas à la diphthérie, mais bien à la scarlatine : c'est une angine scarlatineuse. Pour lui, la diphthérie, au moins sous cette forme, n'est qu'une déviation de la scarlatine; il reconnaît qu'il ne peut fournir de preuves irréfutables à l'appui de cette opinion toute personnelle, mais il croit que, si tous les enfants avaient actuellement la scarlatine, la diphthérie disparaîtrait presque complètement pendant une période plus ou moins longue.

M. *Blondeau* a obtenu la guérison d'un cas de diphthérie grave toxique au moyen des injections d'eau de chaux dans l'arrière-gorge; il croit d'ailleurs que les soins minutieux prodigués à l'enfant, ainsi que la médication par l'alcool, ont eu plus d'influence encore que le topique sur l'issue favorable de la maladie.

M. *Archambault* reconnaît que, s'il n'existe pas de médicament contre la diphthérie, du moins on possède des médications dont l'efficacité n'est pas douteuse. L'alcool, les vins du Midi, le café, les toniques sous toutes les formes, donneront parfois des succès, surtout si l'enfant présente un degré de résistance suffisant à l'égard du poison diphthéritique.

Il rapporte, au point de vue de la nature scarlatineuse de l'angine diphthéritique, le fait suivant qu'il a observé avec Trousseau en 1854. Un enfant est atteint d'angine couenneuse toxique, avec albuminurie, et succombe en trois jours, après avoir présenté une éruption pétéchiale; son frère offre alors des symptômes analogues bien que moins intenses et l'on constate au niveau du pli des bras et des aines une rougeur diffuse qui dure quelques heures; enfin la domestique qui soignait ces enfants est atteinte à son tour d'une scarlatine légitime. Quelle interprétation aurait-on donné de ce fait si les trois cas étaient apparus dans l'ordre inverse? Aurait-on vu là autre chose que la contagion d'une scarlatine avec manifestations angineuses graves? — Dans l'état actuel de nos connaissances, en présence d'une angine couenneuse toxique, il est impossible de reconnaître si elle est scarlatineuse ou diphthéritique; même début bruyant, fébrile (ce qui n'est pas dans les allures de la diphthérie), mêmes lésions, même état général grave, même issue. On a signalé depuis longtemps des éruptions scarlatiniformes dans la diphthérie; n'est-il pas plus simple d'admettre que c'est une éruption de scarlatine véritable accompagnant une angine de même nature. Dans la diphthérie et dans la scarlatine on trouve le même ensemble de déterminations du côté de la gorge, de la peau et des reins; l'éruption ne peut-elle parfois faire défaut, se montrer très éphémère; la scarlatine ne peut-elle être frustre? L'objection la plus sérieuse consiste dans la différence qui existe entre les néphrites dans les deux maladies : dans la scarlatine, il y a parfois de l'hématurie, très souvent de l'anasarque; dans la diphthérie, jamais de pissement de sang, jamais d'anasarque, quelle que soit la quantité d'albumine que renferment les urines.

M. *Moutard-Martin* fait observer qu'on voit ordinairement l'angine couenneuse toxique engendrer par contagion, chez ceux qui approchent les malades, d'autres angines diphthéritiques et non pas être l'origine de cas de scarlatine. Il pourrait en citer de nombreux exemples.

M. *Archambault* reconnaît que son opinion est loin d'être indiscutable, il ne la présente qu'avec certaines réserves, mais il la croit conforme à l'exactitude des faits. A une époque où la scarlatine était une affection des plus rares, il a pratiqué la trachéotomie chez un enfant atteint de diphthérie à début brusque, fébrile, rapidement propagée au larynx. Le petit malade guérit, mais présenta pendant la convalescence une desquamation épidermique très nette et de l'anasarque.

M. *Moutard-Martin* demande si M. Archambault a vu souvent la diphthérie survenir chez des individus préalablement atteints de scarlatine?

M. *Archambault.* Elle se montre fréquemment pendant la convalescence de la fièvre éruptive, mais très rarement elle apparaît chez des sujets récemment guéris d'une scarlatine légitime.

M. *Dujardin-Beaumetz* pense que, si l'opinion émise par M. Archambault était exacte, on verrait les épidémies de scarlatine et de diphthérie suivre une marche parallèle ; des cas de scarlatine apparaîtraient au milieu des épidémies diphthéritiques d'école ou de village. D'ailleurs, en Angleterre où la scarlatine est si fréquente et si meurtrière, on voit fort peu d'angines couenneuses hypertoxiques.

M. *Archambault* fait observer que si les faits se produisaient avec un tel degré d'évidence, l'hésitation ne serait plus permise, tandis que lui-même conserve quelques doutes. Quand à la faible proportion de diphthérie en Angleterre, elle est toute naturelle, puisque la scarlatine, si fréquente, ne serait qu'une forme de la maladie. Si la scarlatine augmente de fréquence en France, on verra sans doute la diphthérie devenir plus rare, bien que jusqu'ici les statistiques ne justifient pas ces prévisions.

M. *H. Gueneau de Mussy* a vu souvent la forme hypertoxique et la forme bénigne de la diphthérie se montrer concurremment dans le même foyer. Leur nature semble donc identique.

M. *C. Paul* pense que les cas bénins engendrés par la forme toxique sont peut-être le résultat d'une contagion par virus atténué; il y aurait dans ces faits quelque analogie avec les virus atténués et les virus vaccins de Pasteur.

M. *Féréol* a vu, dans un cas d'angine pultacée simple, le malade succomber en trois jours à la diphthérie bronchique, après avoir rejeté une grande quantité de fausses membranes tubulées. Il croit que la diphthérie peut être engendrée par l'angine pultacée la plus légitime.

M. *Archambault* ne peut accepter cette observation sans de grandes réserves, car il existe des bronchites pseudo-membraneuses qui ne sont pas de nature diphthéritique, ainsi que Bretonneau lui-même l'a constaté.

— A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude des tumeurs du testicule,
par E. Ehrendorfer.

Travail fait sous l'inspiration de Billroth. Onze observations un peu écourtées. Voici les conclusions textuelles :

1° Il existe des sarcomes du testicule, qui tout en ressemblant beaucoup aux carcinomes, s'en différencient cependant à un examen microscopique approfondi.

2° Ce sont les sarcomes alvéolaires qui sont relativement les plus fréquents, ceux dans lesquels le parenchyme testiculaire semble se comporter passivement.

3° A côté des sarcomes alvéolaires on rencontre encore des sarcomes à petites cellules rondes ou fusiformes, dans

lesquels les canaux séminifères se détruisent également par voie d'atrophie.

4° Il existe enfin des sarcomes qui sont très vasculaires et dans lesquels se produit une prolifération abondante des cellules dans l'intérieur des canalicules spermatiques: on peut donner à cette forme le nom d'adénome du testicule.

5° Le carcinome du testicule, caractérisé par la prolifération d'éléments nettement épithélioïdes très bien séparés de la substance intermédiaire, est facile à reconnaître.

Nous doutons fort que cette réhabilitation du sarcome testiculaire qui engloberait une grande partie de la pathologie du testicule, soit accueillie avec faveur par les chirurgiens.

L'auteur ajoute que la fréquence de cette affection doit nous encourager à extirper toujours très rapidement les tumeurs du testicule, d'autant mieux que la richesse de cet organe en vaisseaux sanguins et lymphatiques constitue un excellent terrain pour les métastases. (*Deutsches Archiv. für klin. Chir.*, t. XXV, p. 336.)

De l'ictère des nouveau-nés, par BIRSCH-HIRSCHFELD.

L'examen anatomique démontre que l'une des causes de l'ictère bénin des nouveau-nés (de l'ictère physiologique comme on l'appelle quelquefois), est l'œdème du tissu cellulaire de la capsule de Glisson. Cet œdème, qui apparaît à la suite d'une stase veineuse dans le territoire vasculaire de la veine porte et des veines omphalo-mésentériques, détermine une compression mécanique des canaux biliaires qui circulent au sein du tissu cellulaire de la capsule de Glisson.

La démonstration de l'existence d'acides biliaires dans la sérosité du péricarde chez les nouveau-nés, est un nouvel argument en faveur de l'origine hépatique de cet ictère. D'ailleurs tous les symptômes de la maladie, tout ce que nous savons sur les particularités de son apparition, de son décours, etc., s'expliquent très bien dans cette hypothèse.

L'ictère malin, celui qui se complique d'une infection du cordon est, lui aussi, d'origine hépatique. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXVII, p. 1.)

De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique (tabes spécifique), par M. le docteur Alfred FOURNIER.

Quand M. Vulpian écrivit que, dans presque la moitié des cas (40 p. 100), l'ataxie locomotrice est d'origine syphilitique, on trouva cette opinion très hasardée; mais depuis, les recherches faites par M. le professeur Fournier, dont personne ne contestera la compétence, sont venues démontrer que, loin d'être exagérée, cette affirmation était plutôt au-dessous de la vérité. Pour M. Fournier, ce n'est pas dans la moitié des cas, mais bien dans presque tous, que la syphilis peut être incriminée. Cette découverte a été publiée par lui en maintes circonstances, aussi n'est-ce pas de ce sujet que nous voulons parler, mais des conséquences pratiques qu'il résume dans le mémoire que nous avons sous les yeux. Il résulte, en effet, de cette manière de considérer le *tabes dorsalis* que, dans nombre de cas, on peut intervenir utilement. Nous résumerons les conseils donnés par M. Fournier :

1° En présence d'une ataxie locomotrice, rechercher attentivement la syphilis;

2° Si cette diathèse existe, instituer un traitement sévère et prolongé, s'efforcer de surprendre le *tabes* naissant, et surveiller le moindre symptôme qui peut indiquer son invasion ;

3° La crainte de l'ataxie, pour plus tard, doit entrer en ligne de compte quand on soigne le début d'une vérole; il faut la soigner longtemps énergiquement. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1882, n°s 1 et 2.)

Action physiologique d'un alcaloïde extrait de la tulipe des jardins, par Sydney RINGER.

L'action de l'alcaloïde de la tulipe est toute spéciale et diffère totalement de celle des alcaloïdes tirés des amaryllidées. Cet alcaloïde, que Sydney Ringer désigne sous le nom de *tulipine*, est un poison musculaire; ses effets sont comparables à ceux de la vératrine, mais beaucoup plus faibles. Cet alcaloïde paralyse la moelle épinière ou les nerfs afférents, peut-être tous les deux en même temps. Il ne semble pas épargner les nerfs sensitifs; son action sur les nerfs moteurs est peu puissante. Sur le cœur de la grenouille, il agit comme la vératrine; il n'a aucune action sur la pupille. (*The Practitioner*, octobre.)

BIBLIOGRAPHIE

Éléments d'orthopédie, avec 84 figures intercalées dans le texte, par M. A. DUBRUEIL, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-18. — Paris, 1882. A. Delahaye et Lecrosnier.

Voici un petit livre de moins de 400 pages qui pourra être utile aux praticiens, surtout aux praticiens des petites villes, assez embarrassés généralement pour trouver dans les ouvrages dont ils disposent les enseignements que l'exercice de l'art en matière d'orthopédie leur rend de temps en temps nécessaires. Les traités classiques sont assez fréquemment insuffisants sous ce rapport, et les mémoires d'orthopédie sont dispersés dans cent recueils français ou étrangers. M. le professeur Dubrueil, sans être un orthopédiste, s'est occupé avec un soin particulier des difformités, avec cet avantage, dont ne jouissent pas tous les spécialistes, de pouvoir mettre au service de cette étude les connaissances anatomiques, physiologiques et chirurgicales qu'il met en œuvre chaque jour dans sa chaire de clinique.

Les questions théoriques ne sont pas négligées dans ce manuel. On leur reprochera peut-être de ne pas toujours recevoir une solution bien affirmative. En termes généraux, et pour l'ensemble des difformités, plus particulièrement pour la scoliose, l'auteur ne se montre pas favorable à la théorie musculaire, et accorde davantage aux théories ligamenteuse et osseuse. En réalité, l'étiologie des difformités, surtout des difformités congénitales, est loin d'être établie sur tous les points. En ce qui concerne, par exemple, le pied bot, les quatre ou cinq théories proposées, principalement la théorie musculaire et la théorie osseuse, ont à leur bénéfice des faits et des arguments qui ne se contredisent pas, et peuvent avoir respectivement la valeur qu'on leur attribue. Il en résulterait seulement que le pied bot congénital des origines diverses. On en peut dire autant du *genu valgum*, pour la production duquel on conçoit très bien, surtout en prenant connaissance des recherches des divers auteurs, l'influence du raccourcissement du poplité, celle du relâchement du ligament latéral interne ou du raccourcissement du ligament externe, celle des déformations cartilagineuses ou osseuses. Peut-être, en général, l'auteur ne tient-il pas assez de compte des effets, soit primitifs, soit consécutifs, de l'attitude et du poids du corps, auxquels M. Dally accorde une si grande importance. Il est juste néanmoins de dire que l'auteur est loin d'avoir méconnu cet élément étiologique des difformités, et il y insiste notamment au sujet des déviations latérales du rachis.

Quant à la partie pratique de l'ouvrage, elle est traitée avec autant de sagesse que de précision. Elle se ressent du défaut d'exclusivisme apporté à l'examen des théories, et fait au traitement des cas particuliers une juste application de toutes les données étiologiques qui s'y rapportent. Le traitement mécanique y est étudié avec des développements relati-

vement étendus; de nombreuses figures des appareils usités en France et à l'étranger sont intercalées dans le texte; mais on peut trouver trop grande cette part faite à la mécanique dans l'ensemble des moyens thérapeutiques qu'indiquent les déviations du rachis.

Nous devons avertir le lecteur que, fidèle au sens conventionnel qu'on a attribué au mot *orthopédie*, M. Dubreuil ne se perd pas dans toutes les modifications de forme que peuvent faire subir au corps humain toutes les altérations de tissu dont il est susceptible: par exemple, les modifications résultant de brides cicatricielles du cou, du coude, de la main, etc., ou de la paralysie de certains nerfs, tels que le spinal. Son ouvrage est rigoureusement consacré à l'étude du torticolis, des déviations de l'épine, de la luxation congénitale de la hanche, du *genu valgum*, du pied bot (varus, équin, valgus, talus, pied plat, pied creux), de la main bote, de la flexion des doigts et de la déviation des orteils.

Terminons en rendant justice à l'esprit d'impartialité dont sont empreintes toutes les pages d'un ouvrage consacré à un sujet qui a été si souvent fertile en revendications et en disputes.

VARIÉTÉS

ORGANISATION DE LA PROFESSION DE DENTISTE

Nous avons sous les yeux le *projet d'organisation de la profession de dentiste* adopté par l'assemblée des professeurs, le 8 juin dernier, sur le rapport de M. Léon Le Fort. Ce projet ne donne pas satisfaction à nos vœux sur le point principal. Le diplôme de docteur ne sera pas exigé pour l'exercice de l'art dentaire. Nous croyons savoir qu'un membre de la réunion avait proposé un amendement tendant à exiger du dentiste, comme de tout médecin, le diplôme de docteur ou d'officier de santé, sans diplôme spécial. Cet amendement a été repoussé, et l'article fondamental (art. 1er) du projet adopté à une assez forte majorité, sur 19 votants. En revanche, nous voyons écartée définitivement la disposition du projet ministériel qui tendait à multiplier le nombre de médecins de seconde classe, en exigeant des dentistes tout à la fois un diplôme spécial et celui « d'officier de santé. » Le projet actuel leur laisse le choix entre un diplôme spécial et un diplôme français quelconque *conférant le droit d'exercer la médecine* (art. 1er). Cet article entraînait la suppression de l'ancien article 5 du projet de la Faculté, contre lequel nous nous étions élevés, et qui imposait un examen spécial et deux années de stage, chez un dentiste ou dans une école d'odontologie, aux officiers de santé et même aux docteurs *qui voudraient joindre à leur titre celui de dentiste*. Sur ce point, il n'y a pas eu même de débat, M. le rapporteur s'étant rangé à l'opinion que nous avions défendue ici.

Une autre modification au projet primitif a peu d'importance. Le paragraphe 4 de l'article 2 astreint l'étudiant dentiste à remplir *pendant deux semestres* les fonctions de stagiaire dans un service de chirurgie, tandis que l'ancien article spécifiait que ce devait être dans *les deux derniers semestres*.

Vers la fin de la séance, le nombre des membres présents était fort réduit; il est vrai que la discussion ne portait plus alors que sur des points secondaires.

Nous ne croyons pas devoir engager sur la question une nouvelle polémique, dont nous supposons bien que le lecteur n'est pas fort désireux. Nous le renvoyons au long article que la *Gazette* a publié dans le numéro du 23 septembre 1881 et aux lettres de M. le docteur Magitot insérées dans les numéros suivants.

PROJET ADOPTÉ PAR LA FACULTÉ LE 8 JUIN 1882

ARTICLE 1er. — A partir du 1er janvier 188.., nul ne pourra exercer l'art dentaire, ni porter le titre de dentiste, s'il n'est pourvu d'un diplôme français conférant le droit d'exercer la médecine ou du diplôme spécial de dentiste.

Conditions d'études.

ART. 2.—Les aspirants au diplôme spécial de dentiste doivent:
1° Se faire inscrire auprès d'une Faculté ou d'une École de médecine;
2° Produire en s'inscrivant un certificat de grammaire ou un diplôme d'études de l'enseignement secondaire spécial;
3° Suivre pendant deux années, auprès d'une Faculté ou d'une École de médecine, les cours d'anatomie, de physiologie, de pathologie interne et externe;
4° Remplir, pendant deux semestres, les fonctions de stagiaire dans un service de chirurgie;
5° Accomplir deux années de stage, soit chez un dentiste, soit dans une école d'odontologie. Le début du stage, qui ne peut commencer qu'à l'expiration des deux années d'études prescrites par le paragraphe 3, est établi par l'inscription du candidat sur un registre spécial, soit dans une Faculté, soit dans une École de médecine. Tout changement dans le lieu où l'élève fait le stage devra être précédé d'une déclaration auprès de la Faculté ou de l'École et consigné sur le registre d'inscription.

Conditions d'examen.

ART. 3. — Les examens sont subis à la fin des deux années de stage.

ART. 4. — Les épreuves de l'examen sont au nombre de trois:
1° *Une épreuve orale* sur l'anatomie, l'histologie, la physiologie de la bouche et de ses dépendances; sur la pathologie interne et externe, la matière médicale et la thérapeutique au point de vue spécial des maladies de la bouche;
2° *Une épreuve clinique* sur un malade atteint d'une affection de la bouche et de ses dépendances. Le candidat, après avoir établi de vive voix son diagnostic, devra rédiger sans pouvoir s'aider de livres, de notes ou de conseils, une composition écrite sur la nature, l'étiologie et le traitement de la maladie qu'il a eu à examiner;
3° *Une épreuve pratique* consistant en opérations faites sur le vivant, sur le cadavre ou sur le squelette; extraction, obturation des dents, etc., et, de plus, exécution en loge d'un appareil de prothèse entier ou partiel, avec application de cet appareil. A la suite de cette épreuve, le candidat sera interrogé sur les opérations odontologiques, sur la physique, la chimie, la mécanique et la métallurgie dans leurs applications à l'art du dentiste.

ART. 5. — Le diplôme spécial ne peut être conféré qu'à des candidats ayant atteint l'âge de vingt-cinq ans.

ART. 6. — Chaque jury d'examen est composé d'un professeur de Faculté, président; d'un agrégé et d'un dentiste pourvu du diplôme spécial ou de celui de docteur en médecine nommés chaque année par le ministre de l'instruction publique.

ART. 7. — Les étrangers, quels que soient leurs titres, qui désireront pratiquer en France la profession de dentiste, seront soumis aux conditions exigées des nationaux. Toutefois, le ministre sur l'examen de leurs titres, et après avis du comité consultatif, pourra les dispenser des formalités de stage et d'inscription établies par l'article 2.

ART. 8. — La liste officielle des dentistes ayant droit de pratique légale en France, sera publiée chaque année par les soins de l'administration supérieure.

Dispositions transitoires. — Les dentistes français pouvant, par des pièces officielles, telles que la patente, établir qu'ils exercent leur profession en France depuis dix ans au moins, sont de droit admis à la pratique légale.

Le droit pourra être conféré par le ministre, après avis du comité consultatif, aux dentistes étrangers, exerçant en France depuis dix ans au moins.

Un délai de cinq années est accordé aux dentistes français et étrangers exerçant en France depuis moins de dix ans, pour se soumettre aux examens établis par la présente loi. Sur le vu des pièces établissant la nature de leurs études antérieures et la date de leur établissement, ils pourront être exemptés des formalités imposées par l'article 2.

Passé ce délai, le droit d'exercice leur sera retiré s'ils n'ont pas satisfait aux examens établis à l'article 4.

Le rapporteur,
Léon LE FORT.

PROPOSITION DE LOI SUR L'EXERCICE DE LA PHARMACIE. — M. Hippolyte Faure, député de la Marne, a soumis sur ce sujet à la Chambre une proposition en *quarante-six articles*, précédée d'un exposé des motifs qui couvre plus de dix colonnes du *Journal officiel*. Nous examinerons cette proposition avec l'attention qu'elle mérite.

LA TRICHINOSE. — Le projet de loi sur l'importation des viandes de porc de provenance étrangère, est venu mardi à l'ordre du jour du Sénat. La discussion continue, nous en ferons connaître les résultats.

NÉCROLOGIE. — Un confrère très honorable et très instruit, M. GALTIER-BOISSIÈRE, vient de mourir à Paris à l'âge de soixante et onze ans. Il s'était créé une notoriété par un seul mémoire, relatif à la goutte, datant aujourd'hui de plus de vingt ans (1859) et qui était, à cette époque, une des meilleures études de pathogénie qu'on pût consulter. En outre, l'auteur, qui était lui-même goutteux, un goutteux précoce, avait fait sur sa propre personne des observations dont il avait fait profiter la partie clinique de son livre. Aussi était-il souvent consulté comme médecin spécial.

Galtier-Boissière avait été conduit par ses opinions politiques à jouer quelque rôle aux époques de révolution qui portaient au pouvoir le parti républicain. Il avait été commissaire du gouvernement en 1848. Faut-il dire que, en 1871 et 1872, il avait accepté la mission de présider à l'inscription sur les établissements publics de la célèbre formule : *Liberté, égalité, fraternité?* Nous aimons mieux rappeler qu'il a aussi rempli les fonctions de médecin-inspecteur des écoles de Paris. C'était un cœur droit, une âme affectueuse, dont les dispositions un peu candides profitaient à ses amis, à ses malades et aux indigents.

BUREAU CENTRAL DES HÔPITAUX. — Le concours pour trois places de chirurgiens du Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Duret, Reynier, Henriet.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Plusieurs concours vont s'ouvrir :

Concours pour les emplois vacants de chefs de clinique chirurgicale dans le courant du mois de juillet 1882. Il sera pourvu à la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet 1882. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de doctorat. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-huit ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté. Une affiche ultérieure fera connaître la date précise de l'ouverture du concours.

Concours pour un emploi vacant de chef de clinique obstétricale, dans le courant du mois de juillet 1882. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. Les conditions du concours sont identiquement les mêmes que celles du concours du clinicat chirurgical.

Concours pour un emploi vacant de chef de clinique des maladies mentales dans le courant du mois de juillet 1882. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. Mêmes conditions que ci-dessus, si ce n'est que les docteurs en médecine admis à concourir ne devront pas avoir plus de trente-quatre ans au jour d'ouverture du concours.

Concours pour les emplois vacants de chef de clinique médicale dans le courant du mois de juillet 1882. Il sera pourvu à la nomination de deux chefs de clinique médicale titulaires et de deux chefs de clinique adjoints. Mêmes conditions que ci-dessus, si ce n'est que seuls sont admis à concourir les docteurs en médecine n'ayant pas plus de trente-quatre ans au jour d'ouverture du concours.

Concours pour un emploi vacant de chef de clinique des maladies des enfants, dans le courant du mois de juillet 1882. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. Toutes les conditions sont les mêmes que ci-dessus, y compris la limite d'âge fixée à trente-quatre ans le jour d'ouverture du concours.

Concours pour un emploi vacant de chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques dans le courant du mois de juillet 1882. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. Les conditions sont exactement les mêmes que celles qui sont ci-dessus spécifiées, et seuls sont admis à concourir les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-quatre ans au jour d'ouverture du concours. (*Union médicale.*)

LA MORGUE. ACCIDENT. — Mercredi, le parquet de la grande salle d'exposition s'est effondré et a disparu dans un trou profond. Il n'y a pas eu d'accidents de personnes.

MORTALITÉ A PARIS (24e semaine, du vendredi 9 au jeudi 15 juin 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1008, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 43. — Variole, 22. — Rougeole, 25. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 46. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 8. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 52.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 174. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 61. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 62. — Bronchite aiguë, 19. — Pneumonie, 57. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 59; au sein et mixte, 27; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 101; de l'appareil circulatoire, 49; de l'appareil respiratoire, 56; de l'appareil digestif, 44; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 4.

Conclusions de la 24e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1123 naissances et 1008 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 911, 1326, 1131, 1105. Le chiffre de 1008 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison avec la 23e semaine des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques fait ressortir : une atténuation pour la rougeole (25 décès au lieu de 37 pendant la 23e semaine), la coqueluche (2 au lieu de 4), la diphthérie (46 au lieu de 51), l'érysipèle (8 au lieu de 11); une aggravation pour la fièvre typhoïde (43 décès au lieu de 36), la variole (22 au lieu de 11). Les décès par infection puerpérale (6) ont atteint le même chiffre que durant la 23e semaine.

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Étude sur les myélites syphilitiques, par M. le docteur Savard. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Étude sur l'hydropisie de l'amnios, par M. le docteur Delassus. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Du traitement des déviations de la colonne vertébrale par la méthode de Sayre (auto-suspension et corset plâtré), par M. le docteur Coulomb. In-8 avec figures dans le texte et une planche. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Des cirrhoses mixtes, par M. le docteur Guiter. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

De la croissance et de ses rapports avec les maladies aiguës fébriles de l'enfance et de l'adolescence, par M. le docteur Auboyer. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 29 juin 1882.

GUÉRISON DE LA RAGE. — L'EXPOSITION DES PROJETS ET MODÈLES D'ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES.

Académie de médecine : Guérison de la rage.

L'observation de M. Denis-Dumont relative à un cas de rage guérie était plus probante, avait dit M. H. Bouley, que celle de M. Dartigues. Bien des gens espéraient qu'elle le serait tout à fait; une demi-déception les attendait. Il y a du pour et du contre. M. H. Bouley, qui a fait dans la dernière séance de l'Académie un lumineux rapport sur cette observation, a mis en relief les symptômes qui sont ordinairement indicateurs de la rage vraie ou légitime, mais signalé aussi d'autres symptômes, — et ce sont les plus apparents, les plus violents, — qui se rencontrent dans la rage mue. En fin de compte, il n'a pas cru devoir se prononcer à cet égard. M. Denis-Dumont garde néanmoins le bénéfice d'une judicieuse remarque qu'il avait faite dans son mémoire : c'est que le malade aurait aux yeux de tout le monde passé pour enragé, s'il était mort. La rage eût-elle été vraie, on peut encore se demander si la pilocarpine a joué, dans la guérison, le rôle qu'on lui attribue. On trouve, en outre, dans le rapport de M. Bouley un intéressant résumé des expériences déjà connues de M. Pasteur sur la localisation de la rage dans le système nerveux central.

Les expériences personnelles qu'a racontées ensuite, avec beaucoup de lucidité, M. Dujardin-Beaumetz, ne sont pas non plus très encourageantes. Il a essayé, chez le chien, contre l'hydrophobie virulente, bien des substances médicamenteuses dont on donne l'indication au compte rendu. Une seule, la valdivine, a paru produire quelques résultats avantageux, mais sans sauver les sujets traités.

L'Exposition des projets et modèles d'établissements scolaires.

(Deuxième article) (1).

« Il faut, disait M. Bardoux, ministre de l'instruction publique, dans une circulaire en date du 15 juin 1876, que les locaux scolaires présentent par leur étendue et leur disposition intelligente toutes les garanties désirables de commodité et de bonne hygiène; il faut surtout que l'air et la lumière pénètrent abondamment dans les salles de classe. » Ces sages et judicieuses recommandations sont-elles commu-

(1) Voy. p. 378.

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

La réclame dans les journaux laïques en Angleterre blâmée par le Collège des médecins. — Service médical chez les Basutos pendant la dernière guerre; le docteur Cassalis. — Chirurgie très primitive. — Asphyxie par la déglutition de fausses dents. — Asphyxie après l'arrachement de dents. — Le portrait du professeur Billroth à la clinique de Vienne.

A l'époque de l'année où les réclames de toute nature concernant les eaux minérales pleuvent sur nous dru comme grêle, le président du Collège des médecins de Londres, sir William Jenner, a cru devoir protester contre la conduite de certains médecins qui ne dédaignent pas de recommander dans les journaux laïques les produits médicaux ou pharmaceutiques.

Par le terme de *presse laïque* (lay press) les Anglais entendent, on l'a déjà compris, je pense, la presse extra-médicale; et comme ils sont aussi jaloux que les ecclésiastiques de leurs prérogatives, les médecins ont appliqué cette épithète de laïque à ceux qui ne sont pas des leurs, et qui sont par conséquent des profanes. Sir William Jenner s'élève hautement contre la coutume que l'on a de rendre compte des ouvrages de médecine dans la presse laïque, et de donner des certificats favorables de préparations médicinales ou alimentaires, certificats dont on use généralement dans un but commercial, et souvent contrairement à la volonté et aux intentions de celui qui les a donnés.

Cette opinion est d'ailleurs parfaitement d'accord avec la résolution prise en juin 1873 par les membres du Collège réunis en assemblée générale, et qui est ainsi conçue : « La pratique des auteurs médicaux annonçant leurs ouvrages dans les journaux extra-médicaux, et surtout en y ajoutant des extraits élogieux des comptes rendus, est non seulement avilissante pour les auteurs eux-mêmes, mais encore nuisible

nément appliquées dans les divers projets exposés? Il serait peut-être téméraire de l'affirmer, ou du moins de déclarer qu'elles ont été mises à exécution aussi complètement qu'il était possible. Nous y voyons, en effet, des bâtiments presque contigus, se coupant suivant des angles plus ou moins ouverts, et l'aération des salles n'est que trop souvent indirecte, en même temps que l'éclairage ne peut y exercer toute son action si salutaire. Cependant, hâtons-nous de le remarquer, la plupart des projets témoignent de nombreux efforts faits dans ce sens. La grande difficulté en pareil cas, c'est l'espace abandonné à l'architecte avec le mandat, souvent des plus impératifs, d'y édifier des constructions pour un nombre déterminé d'enfants. Suffit-il donc de définir avec les plus minutieux détails insérés dans nos règlements, quelles conditions l'emplacement d'une école doit remplir et de dire avec le programme belge du 21 avril 1879, que le terrain doit être sec ou rendu sec, abrité contre les influences miasmatiques, aussi aéré que possible, qu'il doit être protégé contre les bruits de la rue, d'un abord facile, et que la sortie doit avoir lieu dans une rue peu fréquentée? Assurément non, et il est encore plus utile sans doute de déclarer, comme dans le règlement français, qu'une école normale, par exemple, doit occuper, au minimum, la superficie d'un hectare, y compris les cours et jardins, et que pour une école primaire l'étendue superficielle du terrain sera évaluée à raison de 10 mètres au moins par élève, et ne pourra en aucun cas être inférieure à 500 mètres. Il serait non moins nécessaire, et c'est ce qui nous paraît n'avoir pas été suffisamment exposé par les prescriptions administratives, d'exiger pour ces emplacements une configuration telle que les constructions puissent y prendre tout leur développement sans se gêner, en quelque sorte, les unes et les autres. Or, si nous parcourons les salles de l'exposition actuelle, nous rencontrons à chaque instant des plans dans lesquels il a fallu loger tant bien que mal de nombreuses populations scolaires sur des emplacements aux formes les moins régulières. C'est là une faute assez fréquemment commise par les municipalités; on leur donne ou elles achètent des terrains quelconques et elles demandent aux architectes d'y installer des écoles; ceux-ci n'ont plus alors qu'à s'ingénier pour placer les bâtiments le plus commodément possible; mais quelle que soit leur habileté ils ne sauraient parvenir à faire, si l'on en veut un exemple que nous avons eu sous les yeux, qu'un emplacement triangulaire, dont un des angles est des plus étroits, puisse recevoir des bâtiments isolés suffisamment sur toutes leurs faces. Faut-il alors placer les bâtiments sur les deux côtés de ce triangle, au risque, comme nous l'avons vu, de les faire se rencontrer au sommet, de telle sorte que les cours intérieures se terminent vers cet angle par une sorte de cul-de-sac? Ou bien est-il préférable, comme cela a été réalisé dans une école d'Algérie, à Mustapha, de placer les locaux scolaires sur la perpendiculaire partant de ce sommet vers la base en laissant à droite et à gauche des espaces bien aérés; mais alors les bâtiments sont juxtaposés par une de leurs faces, ils n'ont qu'un seul côté exposé à la lumière et à l'air? Il est donc de la plus grande importance, si tant est qu'on veuille faire des règlements généraux, que ceux-ci prévoient non seulement l'étendue de l'emplacement, mais encore sa configuration. Sans doute le choix de cet emplacement est quelquefois malaisé; mais ne vaut-il pas mieux attendre encore, chercher d'autres combinaisons, plutôt que de s'exposer à élever à grands frais des édifices dont les mauvaises conditions hygiéniques seront forcément cause de dépenses multiples et de graves mécomptes dans la fréquentation scolaire.

A la campagne et dans les petites villes, ces conditions sont, il est vrai, bien plus faciles à réaliser et tous les plans de maisons d'école et même de grandes écoles qui sont exposés comme devant être exécutés loin des agglomérations ou au milieu d'agglomérations sans importance ont, en effet, des dispositions des plus correctes; il n'en est plus de même pour les grandes cités. Ici on est tenté et souvent même obligé de donner aux constructions plusieurs étages; là il était possible d'éparpiller des rez-de-chaussée sur un espace suffisamment vaste. Qu'on compare entre autres la facilité d'exécution, à laquelle M. Leloup a d'ailleurs si habilement et si complètement satisfait dans ses écoles rurales du département d'Eure et-Loir, et les difficultés qu'a dû vaincre M. Leroux dans la construction du groupe scolaire parisien qu'il lui fallait établir sur une hauteur de trois étages? C'est alors que la forme des classes, leur disposition et celle de leurs dégagements acquièrent un intérêt tout particulier.

La forme de la classe sera rectangulaire, dit le règlement; le nombre maximum des places qu'elle pourra contenir sera de cinquante dans les écoles à une classe et de quarante dans les écoles à plusieurs classes; sa surface sera calculée de façon à assurer à chaque élève un minimum de $1^m,25$ à $1^m,50$ et sa capacité sera telle qu'elle pourra fournir pour chaque élève un minimum de 5 mètres cubes; ces indications sont, on le conçoit, à très peu d'exceptions près remplies par tous les exposants, avec des différences insignifiantes. Il est aussi

---

aux intérêts les plus élevés de la profession. » Mais bien que cette résolution ait été communiquée à tous les membres du Collège des médecins, plusieurs d'entre eux n'en ont pas moins continué à agir autrement, et cela sans encourir la moindre pénalité morale ou physique.

« Protester, disait un diplomate, est une chose qui n'a de sens que si celui qui proteste est assez fort pour empêcher la chose contre laquelle il proteste. » L'apophtegme n'est peut-être pas très moral; mais il a ici son application. La protestation du Collège des médecins de Londres n'ayant aucune sanction, elle est tombée en désuétude, comme toutes ses pareilles; elle ne se trouve même pas dans le recueil des lois et règlements concernant cette Société. On parle d'une interrogation qui serait adressée dans une prochaine séance aux membres du Collège dont les noms paraissent plus ou moins souvent, à titre prohibé par la résolution susdite, dans les journaux laïques, afin de leur fournir l'occasion de se justifier, si c'est possible; mais qu'en emportera le vent? La seule mesure efficace à prendre serait de rayer de la liste des membres les noms des contrevenants; il est probable que l'exécution de quelques-uns des plus coupables arrêterait dans la mauvaise voie ceux qui auraient pu le devenir autant. Mais osera-t-on prendre une pareille mesure?

Je m'aperçois, en relisant ce qui précède, que ce qui se passe à Londres a beaucoup d'analogie avec la conduite de certains de nos confrères de Paris; mais nous sommes moins avancés de ce côté-ci de la Manche que de l'autre, car si l'on a quelquefois élevé des *protestations* contre des réclames émanées d'un de leurs membres, l'usage paraît s'en être perdu, et l'on ne voit pas qu'il ait beaucoup pénétré dans les *associations*.

— Un correspondant de *The Lancet* a envoyé à son journal quelques intéressants détails sur la dernière guerre des Anglais dans le Basutoland. Le bruit courait dans le camp

d'autres prescriptions du règlement qui ont été constamment observées dans leurs projets, ce sont les suivantes : « les plafonds seront plans et unis; ils seront exécutés en plâtre; il n'existera pas de corniche autour des murs; les angles formés par la rencontre des murs latéraux avec les cloisons et les plafonds seront remplacés par des surfaces arrondies concaves d'un rayon de 10 centimètres. » Mais ce sont précisément ces dernières prescriptions qui ont enlevé tout caractère d'originalité, pour ainsi dire, à l'exposition, car elles ont empêché d'y faire figurer un certain nombre de projets de bâtiments scolaires, parmi les plus nouveaux et les plus intéressants. On ne pouvait, en effet, demander à M. Laynaud, par exemple, de soumettre au jury ses écoles de Saint-Denis dont le plafond a une forme parabolique, à M. O. André de montrer ses écoles de village démontables ayant un plafond disposé d'une manière à peu près analogue, ou à M. Tollet de présenter le modèle du groupe scolaire de Ménilmontant pour lequel il vient de soumissionner et dans lequel le plafond des salles a la disposition en voûte ogivale qu'il applique avec tant de succès à tous les logements collectifs. A priori cependant l'on conçoit que lorsque le terrain ne manque pas, et il ne devrait jamais manquer sauf quelquefois au centre des très grandes villes, une construction scolaire pouvant, par suite, ne comporter que des salles sur rez-de-chaussée plus ou moins élevé, ne doit pas nécessairement comporter des plafonds horizontaux; si l'on reconnaît la nécessité d'arrondir les angles, pourquoi ne pas admettre que cette courbure puisse être étendue au plafond tout entier et qu'il puisse prendre la disposition en voûte si favorable? M. Tollet a pu démontrer dans son dernier projet qu'il augmentait ainsi la ration d'air d'au moins un cinquième, en même temps que la surface vitrée disponible pour chaque élève devenait presque le double. Il est évident, d'autre part, pour tout esprit non prévenu, que la forme ogivale des plafonds assure une ventilation naturelle des plus énergiques, portée à son maximum; on peut s'en convaincre en visitant les salles du nouvel hôpital Bichat dont M. Tollet vient d'achever la construction dans l'un des bastions de Paris près de la porte de Saint-Ouen.

Le système Tollet fournit, d'autre part, une surface vitrée latérale considérable; le jour entre à flots dans les salles et, suivant les préférences de chacun, on peut le rendre unilatéral ou bilatéral, par le jeu de simples volets, ou différentiel, comme on l'a dit, puisqu'il a fallu créer cette nouvelle variété. Dans les écoles de Saint-Denis, l'éclairage est franchement unilatéral et même leur architecte construit également dans cette ville de nouvelles écoles dans lesquelles le jour unilatéral de gauche est unique, le trumeau du milieu qui existe encore dans les premières est supprimé; il n'y a « qu'une seule baie, embrassant en sa largeur le profil entier des tables vues de flanc ». Nous n'insistons pas sur ce qu'une semblable disposition offre d'inattendu et de singulier; elle est la consécration complète et franchement poursuivie des préoccupations théoriques exprimées depuis longtemps par plusieurs architectes, parmi lesquelles au premier rang MM. Emile Trélat et Narjoux. L'éclairage unilatéral semble d'ailleurs avoir obtenu gain de cause auprès de l'administration supérieure, puisque le règlement du 17 juin 1880 s'exprime ainsi : « L'éclairage unilatéral sera adopté toutes les fois que les conditions suivantes pourront être réunies : 1° possibilité de disposer d'un jour suffisant; 2° proportion convenable entre la hauteur des fenêtres et la largeur de la classe; 3° établissement de baies percées sur la face opposée à celle de l'éclairage et destinées à servir à l'aération et à l'introduction du soleil pendant l'absence des élèves.... Lorsque l'éclairage sera unilatéral, le jour viendra nécessairement de la gauche des élèves.... Lorsque les conditions qui précèdent ne pourront être réalisées, on aura recours à l'éclairage bilatéral, avec éclairage plus intense à la gauche qu'à la droite. »

Trois écoles seulement ont aujourd'hui en France un éclairage unilatéral de gauche; M. Buisson, dans son *Rapport sur l'instruction primaire* à l'Exposition de Philadelphie, déclare qu'en Allemagne et tout d'abord dans le Wurtemberg, qu'en Autriche, en Hongrie, dans la majorité des cantons suisses, aux Etats-Unis, au Canada, etc., ce mode d'éclairage est actuellement préféré; on pense, dans ces pays avec la plupart des architectes, suivant la remarque de M. Riant, que « la source de lumière peut être simplifiée pour rendre la vision plus nette, le travail de l'œil plus facile, son éducation plus parfaite,... l'œil, sollicité par deux jours qui s'entrecroisent, luttant pour échapper à ces deux ombres qui se rencontrent, ayant, suivant les heures, à fuir, d'un côté, une lumière trop vive, ou à rechercher, de l'autre, un jour qui faiblit, éprouve de ce travail une fatigue constante, une tension qui déforme l'organe, qui paralyse ses muscles, et réduit à l'impuissance l'appareil d'accommodation dont il est doué pour la vision des objets rapprochés. » Mais en même temps que cette opinion, dont la conclusion a pour but d'empêcher ce que ceux qui la partagent considèrent comme une des causes les plus importantes de la myopie scolaire, il s'est

---

anglais qu'un chirurgien français avait donné des soins aux blessés des troupes rebelles, et qu'il avait extrait une telle quantité de balles de leurs membres qu'on en aurait pu remplir un seau. Aussitôt la paix signée entre les deux partis, le correspondant de *The Lancet* se mit en route pour savoir ce qu'il y avait de vrai dans ce bruit. La vérité était que les balles extraites auraient pu remplir un seau, mais que ce seau avait les dimensions d'un grand verre à boire. Le tout est de s'entendre sur la valeur des termes.

Le chirurgien français en question est le docteur Cassalis (l'orthographie comme *The Lancet*) qui fait partie d'une Mission protestante établie à Morija, ville ou village du Basutoland. Morija était admirablement situé pour servir d'hôpital, car il était à une distance raisonnable des deux camps ennemis, par conséquent à l'abri des projectiles qui auraient pu s'égarer. Le docteur Cassalis fut très aidé dans son ministère par ses confrères les missionnaires; il pratiqua plusieurs grandes opérations et de nombreuses extractions de projectiles et de fragments d'os. Les Basutos, paraît-il, guérissent admirablement et ne succombent pas au choc (toujours le choc) comme les soldats européens blessés. Ils sont tellement insensibles à la douleur qu'ils ne craignent pas, dès qu'ils sont blessés, de chercher à extraire eux-mêmes le projectile de leur plaie. Ces demi-sauvages sont de l'école de Caton; ils se passent volontiers de médecin. Nous sommes fier de dire qu'il leur en cuit parfois; un pauvre diable qui essaya de se couper la jambe mourut pendant l'opération.

D'autres pourtant sont plus heureux. Un chef basuto reçut un coup de feu à la partie supérieure de la cuisse, et la balle était logée profondément dans les tissus; le blessé saisit aussitôt une baguette de fusil et l'enfonça dans la plaie pour chercher la balle; dès qu'il l'eut trouvée, il fit une contre-ouverture au niveau du point qu'elle occupait, un naturel de ses soldats maintenant solidement le bout de la baguette sur la balle, puis, avec l'extrémité cupuliforme de la baguette, il

trouvé dans ces derniers temps que la commission ministérielle chargée en France d'étudier l'hygiène de la vue dans les écoles est venue déclarer à son tour qu'elle ne croyait pas « devoir s'arrêter à discuter les mérites des éclairages unilatéral et bilatéral, pensant qu'elle devait d'abord et par-dessus tout demander que l'éclairage fût suffisant ; elle ne s'est pas arrêtée non plus au système de l'éclairage différentiel ; il suffit, déclare-t-elle, d'en avoir vu l'application à l'école Château-Landon pour le rejeter sans hésitation». De sorte qu'actuellement le désaccord le plus absolu règne à cet égard entre les architectes et les médecins; la première opinion est en effet celle que MM. Émile Trélat et Narjoux ont soutenue au Congrès international de l'enseignement à Bruxelles en 1880, et que le premier a défendue de nouveau dans une importante discussion devant la Société de médecine publique de Paris, tandis que l'opinion contraire émane du rapport de M. le docteur Gariel et répond aux recherches théoriques et expérimentales qu'il a exposées avec M. le docteur Javal dans cette même discussion, et qui ont eu l'assentiment de la majorité de la commission ministérielle, où les médecins étaient en plus grand nombre, parmi lesquels MM. Gavarret, Panas, Perrin, Parrot, Riant, etc. Nous pourrions également citer d'autres noms et d'autres discussions à propos de cette grave et difficile question ; pour nous résumer, nous dirons qu'en France, en dehors de MM. les docteurs Riant et Le Roy des Barres qui sont d'avis que le mode d'éclairage unilatéral peut assurer une quantité de lumière suffisante dans des classes construites pour un chiffre maximum de cinquante élèves, à condition que la hauteur du linteau des fenêtres égale au moins les deux tiers de la profondeur de la classe, l'opinion généralement admise parmi les médecins qui se sont le plus occupés de cette question est conforme à celle qu'exprimait M. le docteur Javal au Congrès de Bruxelles dans les termes suivants : « Il est démontré que la myopie reconnaît habituellement pour cause une application prolongée de la vue pendant l'enfance avec un éclairage insuffisant... Dans nos climats, l'éclairage par la lumière diffuse n'atteint jamais, même en plein air, une intensité nuisible... L'éclairage bilatéral doit être préféré à tous égards ; dans ce système la largeur de la classe étant, pour la même hauteur des fenêtres, deux fois plus grande que dans le cas de l'éclairage unilatéral, l'intensité lumineuse au milieu de la salle, qui est la partie la moins favorisée, est double de celle obtenue à la place la plus sombre par l'éclairage unilatéral. »

La lumière et l'air, surtout dans notre climat tempéré, ne sont jamais trop abondants dans les logements collectifs en général et tout particulièrement dans les écoles ; c'est là comme un axiome de l'hygiène ; à ce titre, la plupart des projets exposés sont l'objet de dispositions excellentes. Comment ne louerait-on pas sans réserves, par exemple, cette habitude, de plus en plus suivie, de supprimer les corridors sur lesquels donnent les salles de classes pour les remplacer par des couloirs librement ouverts à l'air extérieur, sous la forme de vérandahs vitrées? Comment n'applaudirait-on pas à l'établissement de galeries simplement couvertes et légères, sans murs extérieurs, pour faire communiquer les divers bâtiments; et surtout l'installation de préaux formant rez-de-chaussée sous les bâtiments, lorsqu'on peut ne donner à ceux-ci qu'une hauteur d'étage? Dans ces préaux, largement ouverts et qui sont des cours de récréation pendant les mauvais temps, des appareils de chauffage et aussi de ventilation, s'il est nécessaire, sont commodément aménagés, loin de la portée des élèves et sous la surveillance directe du personnel approprié.

(*A suivre.*) A.-J. MARTIN.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

DE LA GLOBULARINE ET DE LA GLOBULARÉTINE, par M. ÉDOUARD HECKEL, professeur à la Faculté des sciences de Marseille.

(Fin. — Voyez le n° 25.)

II. — ACTION PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE.

1° **Globularine.** — La globularine conserve toute l'amertume de la plante, elle est fort désagréable au goût. On peut l'administrer à l'intérieur, dissoute dans une petite quantité d'eau, et cette solution peut être utilisée sous forme d'injections hypodermiques.

Une solution à la dose de 10 centigrammes fut placée sous l'épiderme d'une grenouille verte de taille moyenne ; cette quantité de glycoside étant absorbée, elle fut renouvelée jusqu'à deux fois de suite. Au premier instant, le cœur bat plus rapidement : une heure après on constate un ralentissement, par comparaison avec une grenouille semblable et indemne dont le cœur avait été mis à nu comme chez l'animal en expérience. Les battements, chez ce dernier, qui au début étaient de 68 à la minute, tombent à 56 ou 62, tandis que dans le témoin ils restent à 68. L'action de la globularine se concentre sur le ventricule qui semble battre à vide;

poussa le projectile jusqu'à le faire sortir par la contre-ouverture. Cet homme guérit parfaitement.

— A un moment de cette guerre, on prétendit que les rebelles se servaient de balles explosives, mais cette assertion fut reconnue erronée, comme celles du même genre qui ont été soutenues à maintes reprises, et en particulier dans la dernière guerre franco-allemande.

Pour donner une idée de la besogne que M. Cassalis et les missionnaires eurent à remplir, nous devons dire qu'on évalue les forces opposées à l'armée coloniale du Cap à 15000 hommes, et qu'ils composaient à eux seuls tout le corps médico-chirurgical des Basutos. Mais si chaque blessé était son propre chirurgien et opérait avec le même succès que les deux cités plus haut, la part de travail de notre dévoué compatriote était considérablement diminuée, et les soins consécutifs aux amputations ne devaient pas le préoccuper beaucoup. Espérons toutefois pour l'humanité sauvage, si peu qu'elle vaille, que les rebelles avaient plus souvent recours à la chirurgie civilisée qu'à celle de leur pays.

Le correspondant de *The Lancet* rapporte en terminant un fait qu'il qualifie lui-même de regrettable et qui, d'après son opinion, a pu, tout en apportant un sérieux obstacle aux services rendus par le docteur Cassalis aux Basutos, exciter davantage ceux-ci contre leurs adversaires et donner une tournure moins conciliante aux pourparlers qui ont marqué la fin des hostilités. Voici ce dont il s'agit. Un beau jour la provision des médicaments, d'objets de pansements, etc., de l'hôpital de la Mission était sur le point de manquer, et on attendait un nouveau convoi, qui, venant de la côte, arriva au campement de la colonne du brigadier général-Clark, occupant la route qui conduisait directement à Morija. Le docteur Cassalis demanda, en y mettant toutes les formes de politesse, usitées en pareil cas, qu'on voulût bien laisser passer ce convoi; mais, chose étrange, dit le correspondant de *The Lancet*, la permission fut refusée. Heureusement le retard ne fut que de

il est tourmenté, aplati, il a peine à se remplir, tandis que les oreillettes ont des battements précipités. Il y a, en même temps, soubresauts des membres supérieurs, accompagnant une respiration fréquente, haletante. Si l'intoxication n'est pas poussée plus loin, le cœur revient à ses allures normales; trois heures après le début de l'expérience, il bat comme celui de l'autre grenouille et conserve même ensuite une certaine fréquence. La grenouille reprend toute son agilité. Si, au contraire, on rend l'intoxication plus profonde par l'absorption de nouvelles doses de globularine, la respiration devient moins fréquente, le cœur bat plus faiblement, il est toujours tourmenté. Il cesse d'être allongé (comme il était avant) pour prendre une forme globuleuse et réduire son volume presque de moitié. Enfin, au lieu d'être presque parallèle à la paroi du ventre (position de début), sa direction devient perpendiculaire à la surface pectorale. Il se remplit successivement en deux ou trois fois. La résolution cardiaque n'est plus que de 36 à 40 pulsations. La grenouille est à peu près complètement insensible; mise en liberté elle ne bouge pas, ou ne se meut qu'après de fortes excitations. La peau se couvre de matières glaireuses. Chez une des grenouilles, les sacs pulmonaires se sont alors distendus; chez une autre le phénomène n'a pas eu lieu. Un peu plus tard, le cœur semble se rétablir; l'animal paraît plus éveillé, il respire plus fréquemment, il se met sur ses pattes, mais cette tendance au retour ne persiste pas, et l'animal meurt deux heures et demie environ après l'intoxication, dans la résolution la plus complète.

L'animal étant ouvert immédiatement après sa mort, on constate que le ventricule est exsangue, contracté sur lui-même. Les deux cavités pulmonaires sont pleines d'air et très congestionnées; hyperhémie du foie. Il y a enfin une diffusion abondante de tout le péritoine sous-cutané. Des grenouilles dont les sacs pulmonaires étaient normaux, le foie aussi hyperhémié, présentaient quelques foyers apoplectiques. Ceux-ci étaient aussi abondants dans les muscles et sous la peau. Ils dominaient surtout dans la cuisse où avait été pratiquée l'incision sous-cutanée destinée à permettre l'introduction de la globularine. Cette cuisse était œdématiée; la peau était recouverte d'un piqueté hémorrhagique coexistant avec une injection sanguine considérable. La gaine du grand nerf crural était elle-même complètement hémorrhagique dans l'étendue de 1 centimètre 1/2 environ. Les caillots étaient larges de 1 à 2 millimètres, rouges et nombreux. L'examen microscopique d'un de ces caillots n'a révélé que la présence de quelques cristaux irréguliers d'hématoïdine avec une suffusion de matière colorante rouge de forme non définie, sans aucun globule. Ces lésions hémorrhagiques semblent donner la raison des symptômes d'anhélation observés chez les grenouilles (et chez l'homme, comme nous allons le voir), et résultant d'une sorte d'arrêt des phénomènes d'oxydation des globules du sang, ceux-ci paraissant se détruire sous l'influence de la globularine à haute dose.

Arrivons maintenant à l'action de la globularine sur l'homme, aux doses suivantes :

A petite dose de 15 centigrammes le premier jour pour terminer au quatrième par la dose de 45 centigrammes, on observe que, vers la fin de l'expérience, la quantité des urines diminue, ainsi que les matières extractives, dans des proportions variables.

Les urines ne se troublent pas, ce qui indique une diminution des urates et de l'acide urique; elles se colorent légèrement en jaune brun (serait-ce la globularine qui donnerait la coloration aux urines après la décoction?). L'oxydation interne des tissus semble donc amoindrie. Le pouls est ralenti de quelques pulsations (7 à 8 environ matin et soir). Le troisième et surtout le dernier jour, à mesure que les doses s'élèvent, le sujet éprouve de la cardialgie très pénible avec battements douloureux du cœur, sortes de soubresauts de l'organe : en même temps besoin profond de respirer.

Quant à l'action purgative, elle a été nulle ou du moins la globularine n'a fait qu'exciter légèrement la sécrétion intestinale, comme le font les amers, sans provoquer de colique. A la dose croissante de 40 centigrammes le premier jour pour finir à 65 centigrammes le quatrième, on constate, le premier jour, sensation de resserrement de l'estomac, légère excitation cérébrale, et bien-être particulier; deuxième jour, même resserrement épigastrique, excitation cérébrale, augmentation de l'appétit, respiration un peu courte; troisième jour, mêmes phénomènes, respiration courte mais avec intermittences; quatrième jour, selle diarrhéique, puis douleur marquée à l'épigastre et anhélation bien évidente. Le cœur bat profondément avec angoisse cardiaque. Lassitude générale, vertiges, céphalalgie, frisson et froid général, quelques douleurs dans les membres. Le pouls tombe à 52, de 70 à 76 qu'il était au début; température, 36°,2.

A cette dose la *globularine* agit sur le cœur et la respiration; il est probable qu'en allant au-dessus, il se produirait des effets graves pouvant aller jusqu'à la mort. Prise à doses faibles, elle est réellement thérapeutique et progressive; en débutant le premier jour par 15 centigrammes pour atteindre 56 centigrammes le sixième jour, formant un total de 1gr,50 en six jours, les symptômes ont été les mêmes, mais bien moins accusés. Le sixième jour, le pouls était intermittent avec douleur cardiaque très forte : cet état a persisté deux jours. Pendant cette période, l'action de la globularine sur le pouls, la température et les urines, peut être résumée ainsi qu'il suit :

1° La quantité des urines diminue, leur densité augmente,

---

courte durée, car on trouva assez facilement une autre route pour le convoi de médicaments, qui arriva sain et sauf à Morija. Le général anglais prétendit plus tard qu'en refusant de faire droit à la requête du docteur Cassalis il avait pour but d'amener les rebelles à envoyer leurs malades et blessés dans les ambulances du camp colonial, où ils auraient reçu tous les soins qu'on peut attendre de l'habileté et de l'humanité des médecins anglais. Mais cette proposition, si elle a été faite, n'a pas été acceptée.

Cette correspondance est, on le voit, pleine d'éloges pour les services que notre compatriote le docteur Cassalis a rendus aux Basutos, et l'impartialité de l'auteur anglais va même jusqu'à blâmer presque le brigadier-général Clark de n'avoir pas laissé traverser ses lignes par le convoi destiné à l'ennemi. Cela prouve que notre auteur est encore rempli d'illusions sur la conduite que doit tenir un général d'armée en campagne. S'il avait suivi l'armée allemande en 1870, il n'aurait certes plus ces illusions, et s'il s'étonnait encore de quelque chose, ce ne serait pas de voir le général ennemi barrer le passage à un convoi de médicaments, mais de voir ledit ennemi ne pas confisquer ce convoi au profit de ses ambulances.

— Les dangers causés par la déglutition des fausses dents sont peu nombreux et ne proviennent en général que d'un manque de précautions de la part des personnes qui en sont ornées. Parfois cependant le hasard est la seule cause de tout le mal comme dans bien d'autres cas. Voici justement un fait à l'appui de cette opinion.

Un gentleman de 72 ans, magistrat en vacances, se baignait dernièrement près de Portsmouth, sur la plage de Southsea. Qu'arriva-t-il? On ne sait, mais on retrouva le gentleman mort, la face contre terre, dans l'eau. Après l'avoir bien examiné, on s'aperçut qu'un râtelier (je ne sais s'il était total ou partiel), s'était détaché et avait pénétré dans l'arrière-gorge. On supposa, avec raison, que si le gentleman s'était noyé,

les matières extractives sont moins considérables. La température est à peine variable, mais le pouls a un abaissement réel (surtout le matin) de quelques pulsations.

2° Pendant les jours consécutifs, la quantité des urines augmente, elle devient même plus considérable qu'avant l'expérience : la densité et la quantité des matières extractives sont encore moins considérables que pendant les jours d'expérience. La température et le pouls se relèvent de manière à devenir même plus élevés que pendant les jours qui ont précédé l'expérience.

De telle sorte qu'on est en droit de conclure :

A. Que la globularine arrête le mouvement de dénutrition pendant les jours où elle est absorbée et durant les quatre à cinq jours qui suivent son administration ;

B. Que la même glycoside à doses élevées fait baisser la tension artérielle, pendant qu'elle est absorbée, ce qui est indiqué par la diminution de la quantité des urines; et, si l'on observe à ce moment un abaissement du pouls, cela tient à une action direct d'arrêt qu'elle exerce sur le cœur. Au contraire, dans les jours qui suivent, la tension artérielle augmente, puisque la quantité des urines est plus considérable qu'avant et pendant l'administration de la globularine; et, si le pouls augmente, cela tient à ce que l'action d'arrêt sur le cœur a cessé de se manifester, pour faire suite à une sorte d'épuisement de l'innervation de cet organe se traduisant par une fréquence des pulsations.

En résumé, la globularine serait un médicament d'épargne (à la dose de 40 à 50 centigrammes par jour chez l'homme), agissant sur le cœur et sur la tension artérielle, à la façon de la caféine, avec cette différence que celle-ci n'est pas toxique. Il est probable que, comme pour la caféine, les matières extractives sont diminuées aux dépens de l'urée.

Il n'est pas jusqu'à ce bien-être particulier consécutif de l'absorption de la globularine et une véritable lucidité d'esprit rendant tout travail intellectuel plus facile, qui ne vienne compléter l'analogie d'action physiologique avec le principe azoté du café.

Enfin, elle produirait, avec une véritable augmentation de l'appétit, une certaine excitation des contractions intestinales, facilitant les garde-robes.

Ses propriétés physiologiques telles que nous venons d'en donner le tableau succinct et écourté, expliquent comment la globularine peut et doit réussir dans les fièvres gastriques simples. On pourrait en essayer l'emploi dans le rhumatisme fébrile, les pyrexies graves, alors qu'il n'y a pas encore de dégénérescence cardiaque, enfin dans la goutte.

Les doses à conseiller contre ces états divers sont de 25 à 45 centigrammes par jour sans dépasser jamais ce maximum.

2° **Globularétine.** — La *globularétine* ou *globularésine* ou *résine de globulaire* (C^9H^6O) est le principe essentiellement purgatif de la plante. Elle est insipide à l'état pure, et se présente sous l'aspect d'une poussière jaunâtre. Accompagnée du principe volatil de la plante qu'elle contient presque toujours et qu'il est fort difficile de lui enlever, elle acquiert, après dissolution dans l'alcool éthéré, une saveur particulière, aigrelette et aromatique.

Son action sur l'économie se porte sur deux organes différents, le rein et l'intestin. L'excitation rénale ne lui est pas propre; elle la partage avec toutes les résines en général. Cette double action mérite, du reste, une étude très attentive, car l'une comme l'autre a son importance en raison des accidents tout particuliers qui viennent les compliquer dans certaines conditions.

L'action intestinale se caractérise par son apparition tardive : la première selle ne se produit souvent pas avant les premières vingt-quatre heures; mais elle se prolonge souvent un jour ou deux après s'être manifestée. On s'explique ainsi comment la décoction de globulaire ne laisse après elle aucune constipation. Ces effets tardifs sont comparables à ceux que l'on signale après l'ingestion de l'acide chrysophanique ou de l'aloïne (rhubarbe et aloès). Ils indiquent que la résine n'agit pas seulement par action directe, mais encore par la bile après absorption et élimination. Les selles sont d'ailleurs bilieuses, noires, pâteuses, plus ou moins abondantes, nombreuses et dépourvues d'albumine. Des coliques persistantes mais légères les accompagnent, avec fréquents borborygmes et flatulences. Il y a en outre quelquefois des douleurs à l'épigastre et dans la région inférieure de l'intestin, avec symptômes de congestion du rectum, caractérisés par de la pesanteur à la région anale, un ténesme léger, de la chaleur, etc....

Si la dose est un peu élevée, l'action purgative peut se montrer plus tôt; elle est d'ailleurs, dans son apparition, variable avec le mode de préparation de la résine. Prise avec des alcalins qui en assurent la dissolution, son effet est plus précoce, l'absorption intestinale étant plus rapide.

L'action sur les reins est une des plus importantes à examiner. L'élimination de l'urine s'accompagne de douleurs sourdes et très pénibles du côté de ces organes. La résine doit y faire naître une congestion dont les effets se traduisent par une diurèse abondante et surtout par une *augmentation du poids des matériaux solides excrétés qui peut aller jusqu'au tiers en sus des quantités normales.* Ces urines sont quelquefois troubles, blanches, jumenteuses, quelquefois surtout quand la résine est administrée à des sujets en état pathologique. Dans ce dernier cas, l'analyse démontre que les phosphates dominent parmi ces matières solides. Chez les personnes en bon état de santé, les urines sont fortement teintées et elles laissent déposer sur les parois du verre qui

---

la présence du râtelier à l'orifice du larynx avait dû être pour quelque chose dans la production de l'asphyxie. Une enquête fut faite, et le jury rendit un verdict de mort accidentelle. Il est probable que l'impression produite par l'eau froide, lorsque le gentleman se jeta à l'eau ou plongea, a provoqué une inspiration profonde, que les fausses dents, détachées accidentellement, ont pu être entraînées dans la glotte, précédant et par le fait causant l'asphyxie.

— Le *Dental Record* rapporte un autre cas, plus intéressant peut-être, d'asphyxie par pénétration d'une dent dans le larynx. Cette fois il s'agit d'une dent arrachée, et c'est l'opérateur lui-même qui raconte, avec une bonne foi digne d'éloges, la manière dont l'accident est arrivé. Un jeune garçon de dix à onze ans, robuste et bien portant, lui fut amené pour qu'il lui fît l'extraction de plusieurs dents temporaires qui gênaient l'éruption des dents permanentes. A la requête du père de l'enfant, on anesthésia celui-ci avec le protoxyde d'azote. L'insensibilité survint facilement en 20 ou 30 secondes, et on enleva sept dents temporaires dont la dernière était une molaire gauche inférieure. Vers la fin de l'opération l'écarteur glissa et la bouche se referma. Le patient reprenait en partie connaissance, la coloration de la face redevenait naturelle, lorsqu'il fit une profonde inspiration; immédiatement après il présenta des phénomènes d'asphyxie, et, portant ses mains à son cou, il fit des mouvements comme pour arracher ses vêtements qui pourtant avaient été retirés. M. Miller plaça la tête du patient sur son genou, et lui donna quelques claques sur le dos, en lui disant de tousser; il essaya ensuite de sentir la dent, mais ne le put. Laissant l'enfant aux soins de son père et d'un assistant, M. Miller courut chercher un médecin. Lorsqu'il revint, environ sept minutes après, l'enfant était mort. On pratiqua aussitôt la trachéotomie, mais sans succès. A l'autopsie, on trouva la molaire perdue solidement fixée dans le larynx, avec les racines tournées vers le haut.

los contient, des cristallisations abondantes d'acide urique.

Dans tous les cas, les urines précipitent par la potasse et l'ammoniaque. Il se forme sans doute un résinate de potasse ou d'ammoniaque.

Cette excitation de l'appareil uropoiétique ne peut être que le fait d'une irritation, ainsi que semble le démontrer la coexistence des douleurs lombaires : il serait, en effet, difficile d'admettre que ces symptômes fussent le résultat de la localisation du principe résineux sur la moelle. Il suffit, en effet, chez certains malades où les reins sont constamment congestionnés à des degrés divers (fièvre typhoïde légère, embarras gastrique fébrile) de très petites quantités de résine, restant sans effet dans les conditions physiologiques pour amener des accidents inflammatoires des tubes urinifères, avec accompagnement de fausses membranes en suspension dans l'urine rare, dépourvue d'albumine. Dans un cas de ce genre, nous avons constaté dès les premières heures une anurie qui fit place à une émission d'une urine rare dont la densité était 1034.

Après l'ingestion d'une dose légère de globularétine, de 10 à 20 centigrammes, il peut se présenter, dans la même journée, plusieurs frissons représentant une série d'accès de fièvre subintrants. Cet appareil symptomatique fébrile cède ordinairement le lendemain du jour où il s'est montré. Faut-il voir dans ces accidents fébriles un fait de réaction générale sur l'influence du médicament, comme on l'observe après l'administration du séné exotique ? Nous ne le croyons pas, et nous nous basons pour établir cette négation sur l'étude analytique des urines qui nous a toujours révélé des traces d'inflammation du rein, enfin sur les douleurs siégeant à la partie inférieure du ventre et dans les lombes, qui nous paraissent avoir la même signification clinique. A l'appui de cette manière de voir, il est un autre fait à considérer : c'est que la complication fébrile se montre aux plus faibles comme aux plus fortes doses. Il n'en est pas de même pour le vrai séné, dont l'emploi n'entraîne la réaction qu'aux doses élevées, d'après Gubler (*Commentaires de thérapeutique*, p. 326).

Cette irritation constante que produit la résine de globulaire sur le rein est-elle de nature à en faire rejeter l'emploi thérapeutique ? Nous répondons : oui, à moins qu'un artifice d'association tel que le mélange à l'alcool opiacé (comme on le fait pour la teinture de colchique avec laquelle la résine a quelque analogie d'action) ne vienne paralyser les accidents rénaux. Cette résine serait alors susceptible d'un emploi avantageux dans les cas où l'on peut craindre un *accès de goutte*. Chez les individus surmenés par les exercices, au début des embarras gastriques simples, sans rapport avec la fièvre typhoïde, due à l'accumulation des matières extractives dans le sang, la résine de globulaire produirait comme un lavage de l'économie en la débarrassant des rejets musculaires qui encombrent le milieu intérieur. Dans les *lymphangites* (observations de M. Mourson à bord du vaisseau école des canonniers de la marine) la même résine conviendrait bien. On sait, en effet, que ces inflammations reconnaissent pour cause, dans le cas spécial aux observations du docteur Mourson, l'accumulation en excès dans les ganglions des membres (surtout de ceux des aisselles et des aines), des matières extractives, à la suite du surmenage des muscles des membres.

Après les *accès de fièvre intermittente*, cette action spoliatrice de la globularine doit avoir une influence marquée sur le retour de la santé des impaludés, en faisant disparaître les déchets de la fièvre. Ce balayage des matières extractives du sang expliquerait le changement remarquable qui se produit dans la teinte du facies des cachectiques paludéens après l'administration de la décoction de globulaire. A forte dose (25 à 40 centigrammes) la résine peut produire (nous l'avons observé souvent) des effets drastiques violents qu'il convient d'éviter en raison de l'action spéciale sur le rein que les doses massives rendent redoutable. Telle est l'action de la résine pure ; elle l'est rarement et se trouve souvent souillée par le principe volatil dont nous avons parlé à propos de l'étude chimique de la globularine. Mélangée à ce dernier produit, l'action de la résine pure qui en somme est tout à la fois purgative et excitante du rein, se complique et devient en outre diurétique ; on observe en plus une action diffusée de réaction.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 19 JUIN 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

Sur les microzymas comme cause de la décomposition de l'eau oxygénée par les tissus des animaux et des végétaux, par M. *Béchamp*. — Thénard avait dit que, si les principes immédiats (selon la définition de M. Chevreul) organiques, d'origine tant végétale qu'animale, ne dégagent pas l'oxygène du bioxyde d'hydrogène, *la fibrine du sang fait exception*. Cette exception tient à ce que la fibrine, que Thénard considérait comme étant un principe immédiat, est en réalité une membrane à microzymas. La fibrine rentre donc dans la catégorie des corps que ce chimiste appelait *tissus organiques*. Il ajoutait que la matière organisée des organes et tissus décompose l'eau oxygénée. M. Béchamp a étudié les microzymas des différents tissus à l'état isolé et dans plusieurs

---

Ce cas tragique nous paraît plein d'enseignements. Dans les opérations de ce genre, on se préoccupe beaucoup plus d'agir avec rapidité qu'avec sécurité, et d'arracher les dents avant que le patient reprenne connaissance plutôt que de prendre les précautions nécessaires pour éviter tout accident. Il ne faut jamais oublier de retirer de la bouche la dent arrachée, que le malade soit ou non anesthésié, et cette recommandation est encore bien plus importante dans le second cas que dans le premier. D'autre part, le dentiste a commis une grosse faute en ne pratiquant pas immédiatement la trachéotomie, qui, si elle eût été faite aussitôt après la suffocation, et non sept minutes après, aurait probablement sauvé la vie du petit patient. Il est vrai que le dentiste ne connaissait peut-être pas plus les propriétés de la trachéotomie, en cas de corps étrangers du larynx, que la manière de la pratiquer. Cette supposition n'est pas absolument gratuite, car les dentistes qui ne connaissent ni la médecine ni la chirurgie ne sont pas rares, et le fait que nous venons de citer est un argument sérieux en faveur de ceux qui demandent que les dentistes soient chirurgiens avant d'être dentistes. Puisque la question de la réglementation de la profession de dentiste est à l'ordre du jour, peut-être ceux qui seront chargés de la résoudre seraient-ils bien inspirés en étudiant l'histoire des accidents qui sont survenus entre les mains de dentistes ignorants ou maladroits. Les exemples seront loin de leur manquer. On en trouvera beaucoup, en particulier, dans le genre de celui que M. Magitot a signalé à la Société de chirurgie en 1875. Cette fois l'opérateur s'était servi comme écarteur d'un bouchon non muni d'un fil ; le bouchon s'étant dérangé pénétra dans la glotte, et l'opéré périt asphyxié.

— Terminons par quelque chose de moins lugubre.

Il y a quelques semaines, une scène touchante se passait à la clinique du professeur Billroth, à Vienne. Un grand concours d'élèves anciens et nouveaux l'attendait pour transporter à la

circonstances. Il a expérimenté en suivant les traces de Thénard, c'est-à-dire en introduisant successivement un volume connu d'eau oxygénée et la matière décomposante dans une cloche pleine de mercure. Mais ici surgit une difficulté : si l'eau oxygénée est parfaitement privée d'acide, le mercure en dégage un peu d'oxygène; si, comme le faisait Thénard, on l'acidifie légèrement, on tarit l'activité des microzymas, ainsi que je l'ai montré pour ceux de la fibrine. D'un autre côté, il est impossible de se mettre absolument à l'abri des microzymas atmosphériques. Dans chaque série d'expériences, M. Béchamp notait, à l'aide d'un témoin, ce qui est dû au mercure et aux germes atmosphériques. Un tableau contient le résumé des particularités qu'il a observées.

Ce sont, conclut l'auteur, les microzymas du poumon qui possèdent la plus grande activité; au début, elle est aussi vive que celle du bioxyde de manganèse; mais l'action diminue bientôt, et il faut attendre pour que la totalité du bioxyde d'hydrogène soit décomposée; viennent ensuite les microzymas du sang et ceux du foie. Pour ce qui est des microzymas du muscle cardiaque et de la rate, il y a incertitude sur la question de savoir si l'activité n'est pas attribuable à un reste de microzymas sanguins; il en est de même pour les microzymas cérébraux. Mais l'activité des microzymas isolés du suc gastrique de chien est bien personnelle, de même que celle des microzymas vésicaux évolués en bactéries. Notons la netteté d'action des ongles, de la corne, de l'osséine et du périoste, et des microzymas des glandes stomacales.

Comparaison des chlorures alcalins sous le rapport du pouvoir toxique ou de la dose mortelle minimum. Note de M. *Ch. Richet*.

Les expériences que j'ai communiquées précédemment à l'Académie sur l'action toxique comparée des divers chlorures métalliques étaient, dit-il, passibles de plusieurs objections sérieuses. Je n'avais pas envisagé l'action de ces poisons sur l'ensemble de l'organisme, mais seulement sur l'un des tissus de l'organisme. J'ai pu instituer de nouvelles recherches qui me permettent d'apprécier, non pas la hiérarchie toxique des métaux, mais ce que je proposerai d'appeler, pour éviter toute confusion, *la dose mortelle minimum*...

Pour déterminer avec précision la dose mortelle, il faut : 1° prendre comme sujet d'expérience la même espèce animale; 2° rapporter la quantité de substance injectée au poids de l'animal; 3° faire l'injection de la substance soluble sous la peau et non dans le sang, de manière à éviter la perturbation violente que produit, dans le système circulatoire, l'introduction brusque d'une substance étrangère. Mes expériences ont porté sur des cobayes (en général de petite taille), et j'ai essayé de comparer la dose mortelle des principaux chlorures alcalins : chlorures de lithium, de sodium, de potassium, de rubidium et de césium.

Ici un tableau après lequel l'auteur poursuit :

On voit par ces chiffres que, dans la série des métaux alcalins, il n'existe aucune relation entre le poids atomique de ces métaux et leur activité physiologique. Le rubidium, dont le poids atomique est élevé, est beaucoup plus inoffensif que le sodium lui-même. Le lithium, dont le poids atomique est très petit, puisque nul corps simple n'a un poids atomique inférieur, est au contraire mortel à faible dose.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 27 JUIN 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

MM. les docteurs *Bouchard* et *Cadet de Gassicourt* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale, par suite du décès de M. Briquet.

M. *Masson* fait don à la bibliothèque des ouvrages suivants : 1° *Ferments et maladies*, par M. *Duclaud;* 2° *Leçons sur les matières premières organiques*, par M. le docteur *Pennetier;* 3° *Les colonies animales et la formation des organismes*, par M. *Edmond Perrier*.

M. le docteur *Girault* (d'Onzain, Loir-et-Cher) envoie un *pli cacheté*, dont le dépôt est accepté.

M. *C. Husson* (de Toul) adresse une note manuscrite sur *les propriétés hygiéniques de quelques conserves alimentaires*.

M. le docteur *Liégeois* (de Bainville-aux-Saules, Vosges) envoie un mémoire manuscrit intitulé : *La scarlatine en 1881-82 dans trois villages de la vallée de l'Illon*. (*Commission des épidémies*.)

L'Académie reçoit 9 mémoires manuscrits pour le concours des prix de 1882.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *J. Chauvel*, un mémoire portant le titre suivant : *De la résection des os du tarse ou tarsotomie dans le traitement du pied bot invétéré;* 2° de la part de M. le docteur *Bordes-Pagès* (d'Aulus) une brochure sur *Paracelse;* 3° au nom de M. le docteur *J. Stilling* (de Strasbourg), le premier volume d'un ouvrage intitulé : *Untersuchungen ueber den Bau der optischen Centralorgane*.

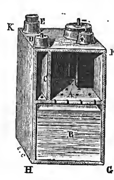
M. *Chatin* dépose une note manuscrite de M. *Doray* (du Havre) sur *le chloroforme et sa purification spontanée*. (Renvoi à MM. Chatin, Jungfleisch et Bourgoin.)

M. *Jules Guérin* offre la quatrième et dernière partie de ses *Recherches sur les difformités congénitales chez les monstres, le fœtus et l'enfant*.

M. *Laboulbène* présente, au nom de M. le docteur *Newmann* (de Paris), une brochure intitulée : *Les appareils électro-médicaux à l'exposition d'électricité*.

M. *Lasègue* dépose sur le bureau l'ouvrage de M. le professeur *Bouchard* sur *les maladies par ralentissement de la nutrition*.

M. *Constantin Paul* présente une *petite machine à faradisation*, construite



par M. *Chardin*. La pile est en porcelaine à deux compartiments, dont l'un renferme les liquides actifs et l'autre les métaux attaquables; pour la mettre en action, il suffit de la renverser sur le côté. En outre, les liquides ont à traverser, pour

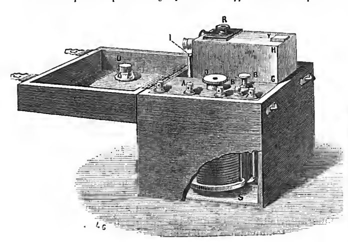
---

clinique le beau portrait qu'a fait de lui le professeur Angeli. Dès que les applaudissements enthousiastes qui avaient accueilli son arrivée eurent cessé, M. Billroth prit la parole à peu près en ces termes : « Il y a quelques années, les élèves de ma clinique, suivant une ancienne coutume de la jeunesse des écoles de Vienne, m'adressèrent une requête pour me demander de permettre qu'on fît mon portrait pour le suspendre ici. Je n'avais pu jusqu'alors me résoudre à accorder cette demande, d'abord parce qu'il m'eût été personnellement désagréable de me voir chaque jour exhibé en effigie comme un personnage historique, et ensuite parce que je ne voulais pas que mes élèves fissent aucun sacrifice matériel dans ce but. Avec le temps, les deux causes de ma résistance se sont dissipées. Le professeur Angeli a fait mon portrait et l'a présenté à la clinique, mais cette peinture, aussi longtemps que je resterai avec vous, sera placée dans notre musée. Plus tard, on pourra le mettre dans une autre de nos salles. Comme le portrait de Vésale par le Titien, à Florence, et celui de Tulpius par Rembrandt, à la Haye, ainsi le mien, par Angeli, restera ici comme un témoignage de l'union de l'art et de la science. Et maintenant je porte ce portrait à la clinique, espérant qu'en le regardant quelques générations d'étudiants me conserveront un souvenir amical. »

L. H. Petit.

Usurpation de titre. — L'autorité compétente vient de demander au procureur de la République de poursuivre correctionnellement les officiers de santé et les médecins étrangers qui prennent le titre de docteurs en médecine.

aller d'un compartiment dans l'autre, une paroi percée de trous qui empêche le clapotement pendant le transport de l'appareil au repos et laisse à la partie supérieure un espace vide par où les gaz peuvent s'échapper à l'extérieur pendant la



marche; la pile peut ainsi se conserver sans altération, elle se trouve toujours prête à marcher, et de plus elle peut fonctionner régulièrement pendant cinq heures.

ÉLECTION. — Par 46 voix sur 64 votants, M. le docteur *Bourguet* (d'Aix) est proclamé correspondant national dans la deuxième division (*pathologie chirurgicale*); il était présenté en première ligne. M. Vedrènes, porté en seconde ligne, obtient 3 voix; M. Delore, en troisième ligne, 1 voix; M. Michel, en quatrième ligne, 2 voix; M. Cazin, en cinquième ligne, 10 voix, et M. Spillmann, en sixième ligne, 1 voix; il y a en outre 1 bulletin blanc.

TRAITEMENT DE LA RAGE. — L'observation présentée par M. le docteur Denis-Dumont dans l'avant-dernière séance sous le titre de : *Cas de rage déclarée, guérison*, a fourni l'occasion à son rapporteur, M. *Bouley*, de faire un éloquent et magistral exposé des recherches scientifiques les plus récentes sur la rage ; c'est là, en effet, la partie la plus importante à coup sûr de son rapport. Nous ne saurions la reproduire ici, et c'est au *Bulletin de l'Académie* qu'il convient d'en prendre connaissance complète; disons seulement qu'en résumé les recherches expérimentales instituées par M. Pasteur et ses élèves au laboratoire de l'Ecole normale ont jusqu'ici révélé deux faits principaux : l'état de virulence du système nerveux central et la rapidité avec laquelle la rage peut être transmise au chien lorsqu'on l'inocule par le cerveau. Dans ces conditions des expériences faites avec suite deviennent possibles et elles peuvent indiquer tout au moins le siège du mal et sa nature ; « si malgré cette base solide, le remède tarde à se laisser découvrir, la méthode de l'atténuation des virus ne peut-elle pas conduire à des applications prophylactiques qui, en rendant le chien invulnérable à la rage, tariraient la source principale du virus de cette terrible maladie ? »

Dans le cas rapporté par M. Denis-Dumont, c'est précisément la preuve expérimentale qui fait défaut, l'inoculation de la salive de l'homme déclaré enragé n'ayant pas été faite à un animal. Assurément la plupart des symptômes plaident en faveur de l'opinion formulée par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Caen; aussi M. Bouley a-t-il bien soin de montrer parmi ces symptômes ceux qu'on peut faire dériver, comme les angoisses respiratoires, d'une impression de terreur, ainsi qu'il en indique de nombreux exemples, et ceux qui ne se remarquent d'ordinaire que dans la rage réelle, tels que la sensation prurigineuse très intense et rapidement irradiée sur tout le corps, ressentie au niveau de la cicatrice antérieure, la rupture de cette cicatrice, l'avivement de la plaie à l'endroit de la morsure, l'hyperesthésie générale. Si l'on peut enfin rester indécis sur la nature de la maladie, dans le cas en question, il est du moins certain qu'elle avait une gravité exceptionnelle et qu'elle s'est amendée si rapidement sous l'influence de la médication instituée par M. Denis-Dumont, qu'on est en droit d'attribuer à cette médication le mérite du résultat. Au reste, la rage qu'on peut appeler imaginaire a aussi ses dangers et le traitement dont il s'agit a l'avantage de frapper l'imagination des malades par la soudaineté de ses effets et leur concordance avec les idées qui règnent toujours sur les humeurs vicieuses et sur le grand bénéfice que l'on peut retirer de leur expulsion. En conséquence, M. Bouley propose à l'Académie de renvoyer l'observation de M. Denis-Dumont au comité de publication pour être ultérieurement insérée dans les *Mémoires;* l'Académie adopte cette conclusion.

M. *Dujardin-Beaumetz* vient ensuite rendre compte des essais qu'il a tentés dans le courant de l'année dernière à l'occasion des 23 cas de rage dont il a eu connaissance comme membre du Conseil d'hygiène de la Seine. 1° La pilocarpine, administrée six fois, n'a donné aucun résultat, souvent même elle a aggravé l'état des malades ; 2° la pelletiérine et les sels qui en dérivent n'ont pas produit meilleur effet; 3° quant aux alcaloïdes extraits des variétés du cédron, la cédrine et la valdivine, celle-ci n'a pas eu de succès sur l'homme, bien qu'elle ait nettement diminué la gravité des accès, mais M. Nocard, qui l'a expérimentée chez les animaux, a constaté par son action la suppression de tous les accès de rage ; « les animaux n'ont pas été sauvés, mais à coup sûr on a pu obtenir une atténuation très notable des accidents ; » 4° le hoang-nan, la fausse angusture n'ont pas produit de résultat ; 5° trois personnes d'une même famille, mordus par un chien qui le lendemain a été reconnu enragé, ont été soignées avec des bains de vapeur et des capsules de sulfure d'allyle ; voilà un an que l'accident a eu lieu et les blessés n'ont rien eu. — Ces faits négatifs, ajoute M. Dujardin-Beaumetz, ne prouvent pas grand chose, car tout individu mordu par un chien enragé ne devient pas forcément enragé; on n'a encore aucun exemple de rage contractée après la morsure de l'animal au travers des vêtements; la morsure sur des surfaces découvertes n'est pas fatalement suivie de rage, si, par exemple, l'animal a déjà mordu quelque temps avant; au reste, les cas d'hydrophobie non rabique ne sont pas rares et de nombreux observateurs ont montré l'influence des causes morales sur le développement de cette maladie. Ce qu'il importe de savoir, c'est le procédé par lequel le virus, introduit sous la peau, peut parvenir jusqu'aux centres nerveux; car peut-être alors pourra-t-on réussir à l'arrêter dans sa marche.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 23 JUIN 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Kyste hydatique du poumon : M. Bucquoy. — Statistique de la Maternité de l'hôpital Lariboisière : M. Siredey (Discussion). — Torticolis spasmodique : M. Sevestre. — Élections.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. *Ferrand* fait savoir qu'il a reçu du docteur Ferrand (de Lyon) une note relatant les résultats remarquables obtenus par l'emploi des injections hypodermiques d'acide phénique dans le traitement de la fièvre typhoïde.

— M. *Bucquoy* présente un malade âgé de trente-neuf ans, serrurier, qui fut admis à l'hôpital Cochin à la fin du mois de septembre 1881 ; à cette époque il était souffrant depuis environ trois semaines et présentait des signes non douteux d'un léger épanchement pleurétique du côté droit, accompagné d'une dyspnée assez intense. Le 10 octobre, l'état

général s'était aggravé, la fièvre était plus marquée, la respiration pénible et l'on constatait tous les signes d'un pneumothorax; le malade d'ailleurs n'avait aucun antécédent héréditaire ou pathologique pouvant faire songer à la tuberculose, sa santé avait été bonne jusqu'au début de la pleurésie qui l'avait amené à l'hôpital. Quelques jours plus tard, il fut pris d'une quinte violente de toux avec vomique muco-purulente abondante, sans que le niveau du liquide pleurétique semblât s'être abaissé; aussi, en dépit du pneumothorax, à cause des symptômes généraux alarmants et de l'accroissement de l'épanchement, on pratiqua peu de jours après une thoracocentèse avec le trocart de Reybard : elle donna issue à 2800 grammes d'un liquide fétide. Une notable amélioration se produisit immédiatement; mais bientôt la fièvre reparut et l'haleine du malade prit une odeur fétide très marquée; la dyspnée était considérable, la prostration des forces extrême. On fit une nouvelle ponction, bien que l'épanchement parût ne s'être que peu reproduit et l'on retira seulement 100 centimètres cubes d'un liquide purulent d'une fétidité horrible. Les symptômes inquiétants persistèrent et l'on décida l'opération de l'empyème qui fut pratiquée le lendemain par M. Gaucher, interne du service; l'incision, faite dans le septième espace intercostal droit, donna issue à une faible quantité de liquide purulent mélangé de quelques fausses membranes, mais elle fut presque aussitôt obstruée par une membrane volumineuse d'aspect particulier que l'on reconnut, après l'avoir extraite avec précaution, pour une hydatide non rompue, du volume d'une orange. On laissa dans la plaie une grosse sonde en caoutchouc rouge, pour pratiquer des lavages avec l'eau alcoolisée. L'amélioration fut rapide, les symptômes généraux s'amendèrent aussitôt après l'opération et l'écoulement par la sonde perdit au bout de peu de jours l'aspect purulent qu'il offrait au début : il devint muco-purulent et revêtit les caractères d'une véritable *expectoration*. Depuis lors, la cavité du kyste a progressivement diminué d'étendue et il ne reste plus aujourd'hui qu'une fistule faisant communiquer les bronches avec l'extérieur et dans laquelle on introduit, à quatorze centimètres de profondeur environ, une sonde de petit calibre. On pratique de temps à autre des lavages dans la plaie, et le malade, dont la santé générale est très satisfaisante, a pu reprendre, depuis longtemps déjà, son travail.

— M. *Huchard* fait hommage à la Société de la deuxième édition du *Traité des maladies nerveuses* d'Axenfeld, revue et annotée par lui. Il a ajouté à l'œuvre première un certain nombre de chapitres : les tremblements, la maladie de Parkinson, les paralysies viscérales et périphériques, les névralgies.

— M. *Siredey* donne lecture d'un travail sur *la statistique du service des accouchements à l'hôpital Lariboisière*. En 1786, à l'Hôtel-Dieu, Tenon relevait une mortalité de 1 pour 16 chez les femmes en couches ; de 1802 à 1850 la moyenne des décès dans les divers services d'accouchement était de 1 pour 19; elle devint plus considérable encore pendant les années qui suivirent, et l'on crut remédier au mal par le système, mis alors en pratique, de l'évacuation des salles où se produisaient de nombreux cas de fièvre puerpérale : bientôt cependant, on s'aperçut que les épidémies se montraient de nouveau, dans certains services, peu après l'évacuation et la désinfection des salles, aussi proposa-t-on à ce moment la suppression des maternités. Lors de la création du service d'accouchements de l'hôpital Lariboisière, dans un local neuf et luxueusement aménagé, la mortalité fut de 1 sur 11 accouchées et de 1 sur 15 pendant les sept années qui suivirent. A la suite de la discussion qui eut lieu en 1858, à l'Académie de médecine, sur la fièvre puerpérale, et qui montra que la malade constitue, par elle-même, un foyer d'infection dangereux pour les autres accouchées, on évacua les femmes présentant des accidents puerpéraux dans les autres services du même hôpital; c'était un progrès, mais ce système présentait encore bien des inconvénients et des dangers. M. Tarnier, à la Maternité, plaça ses accouchées malades dans une infirmerie spéciale; de son côté, M. Siredey obtint à Lariboisière la création d'une crèche de huit lits pour les femmes atteintes d'infection puerpérale, et enregistra dès lors une diminution notable dans la proportion des décès. On pouvait encore faire mieux, car la crèche, établie dans une salle petite et mal aérée, laissait les malades et les nourrissons exposés à contracter diverses affections contagieuses. Tous ces inconvénients ont disparu depuis la création d'un pavillon d'isolement avec chambres séparées, dans lequel sont soignées les accouchées malades ou celles qui ont subi quelque grave opération obstétricale. En outre, toutes les précautions antiseptiques sont prises pour éviter la contagion par l'intermédiaire des élèves ou des infirmières. De janvier 1874 à décembre 1881 la mortalité générale a été de 1 sur 40; elle se réduit à 1 sur 56 pour les seuls accidents puerpéraux, et à 1 sur 89 si l'on supprime les cas où existaient de graves lésions antérieures, ainsi que les cas de dystocie. Il a été pratiqué cette année à Lariboisière 775 accouchements qui ont fournit 14 décès, c'est-à-dire 1 sur 55; si l'on retranche de ce nombre six cas de tuberculose avancée, fièvre typhoïde, hémorrhagie interne, on arrive au chiffre de 1 sur 96; enfin, sur les huit décès imputables à la puerpéralité, cinq seulement sont survenus après un accouchement normal : 2 par lymphangite et péritonite; 2 par phlébite et infection purulente; 1 par embolie pulmonaire; la mortalité dans les cas simples se réduit donc à 1 sur 153. — M. Siredey fait remarquer que la statistique merveilleuse des sages-femmes agréées ne prouve absolument rien en faveur d'un système qu'il regarde comme mauvais; en effet les sages-femmes évacuent toutes leurs accouchées malades sur les hôpitaux et parviennent ainsi à n'avoir chez elles jamais de décès.

M. Hervieux rappelle qu'en 1861, lorsqu'il prit le service de la Maternité, la mortalité était de 12 à 13 pour 100; cette moyenne déplorable persista pendant quatre années et s'éleva même en 1864 à 20 pour 100. On croyait peu alors à la septicémie et à la contagion des accidents puerpéraux, mais depuis d'autres doctrines ont heureusement prévalu. On observait, à cette époque, des accidents péritonitiques sur le personnel des salles d'accouchement et même chez des élèves sages-femmes encore vierges; l'infection par le foyer créé dans les services; et la contagion des accidents ne pouvaient plus être méconnues; aussi, dès ce moment, M. Hervieux prit des mesures énergiques pour obtenir la séparation du personnel des accouchées malades (interne, sages-femmes, infirmières) de celui des accouchées valides, pour interdire l'entrée des salles à toute personne sortant de l'amphithéâtre d'autopsies, enfin pour établir dans son service l'emploi régulier de l'acide phénique sous toutes les formes. L'influence de ces moyens prophylactiques fut bientôt évidente : de 1864 à 1867, la mortalité fut seulement de 4 à 8 pour 100; de 1867 à 1872, de 1 à 4 pour 100; et, de 1872 à 1882, de 1 à 2 pour 100.

M. *Gérin-Roze*, alors qu'il était chargé du service d'inspection des sages-femmes agréées, a constaté maintes fois qu'elles envoyaient les accouchées malades dans les hôpitaux, ne voulant pas qu'il se produisît de décès chez elles; d'autre part elles autorisaient les femmes à se lever le quatrième ou le cinquième jour après l'accouchement et les chargeaient des soins du ménage, aussi la plupart étaient-elles atteintes de phlegmons péri-utérins. Aujourd'hui, elles ne sont plus surveillées et se livrent souvent à une thérapeutique déplorable ou laissent leurs accouchées manquer de soins.

M. *Moutard-Martin* reconnaît l'exactitude de ces faits, mais rappelle que depuis deux mois de nouvelles mesures sont prises pour l'inspection des sages-femmes.

M. *Gérin-Roze* pense qu'un certain nombre d'accouchées sont envoyées trop tôt au Vésinet; on ne devrait les admettre dans cet établissement qu'à partir du dix-huitième jour après l'accouchement.

M. *Duguet* rappelle que l'administration ayant négligé de demander avis aux médecins lors de l'aménagement de l'hôpital Tenon, l'amphithéâtre d'autopsies a été placé à la porte même du service d'accouchements.

Elections : MM. Moizard, Déjerine et Gombault, nommés médecins du Bureau central au dernier concours, sont élus membres titulaires de la Société; MM. Zancarolle et Desplats sont élus membres correspondants.

— M. *Sevestre* présente un malade atteint de torticolis résultant d'une contraction spasmodique du sterno-mastoïdien droit; cette contraction cesse lorsque le malade porte la tête fortement en arrière. Jusqu'ici tous les moyens de traitement mis en œuvre ont échoué.

M. *Huchard* conseille l'électrisation faradique du muscle homonyme du côté opposé pour rétablir l'équilibre du tonus musculaire. Ce traitement devra être continué pendant longtemps.

— A cinq heures et quart, la séance est levée.

André PETIT.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 21 JUIN 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ

De la fracture de la paroi antérieure du conduit auditif externe. — Caractères et nature de l'arthrite dite fongueuse. — Ligature de la carotide externe; hémiplégie; mort. — Présentation d'une pièce.

M. *Farabeuf* fait un rapport sur un mémoire adressé à la Société de chirurgie par M. Baudrimont (de Bordeaux); ce mémoire a pour titre : De la fracture de la paroi antérieure du conduit auditif externe, compliquée d'otorrhagie, de pénétration et d'enclavement du condyle dans le conduit auditif.

Ce travail renferme vingt-trois observations. Un grand nombre de guérisons de prétendues fractures du crâne se rapporteraient à de simples défoncements du conduit auditif externe avec hémorrhagie par l'oreille, d'après M. Baudrimont. La chute sur le menton est la cause habituelle; on constate une plaie mentonnière. M. Baudrimont a observé en 1879, un homme édenté qui avait fait une chute sur le menton : il constata la plaie mentonnière, une surdité absolue; le rebord du maxillaire inférieur était refoulé très en arrière. La place des condyles était vide. Le condyle droit fut réduit assez facilement; le gauche fut difficilement dégagé. Alors le blessé entendit mieux; par la plaie du conduit auditif externe le stylet rencontrait des esquilles. Le malade était guéri au bout de vingt-sept jours.

— M. *Lannelongue* continue la lecture de son mémoire sur la tuberculose articulaire et ses origines.

On pense généralement que le cartilage échappe à l'envahissement tuberculeux primitif ou secondaire; on peut opposer à cette opinion trop absolue les faits recueillis par Hayem (1865), par Lediberder et Lannelongue. Dans quelques cas, les tubercules se sont développés au sein des cartilages costaux, ou bien dans le condyle interne d'un fémur.

1° Tuberculose primitive des synoviales. Des synoviales, saines jusque-là, peuvent être envahies primitivement par le tubercule. Une observation de Cornil (*Archives de physiol.*, 1870, p. 325) est concluante à cet égard; de même Laveran (*Société médicale des hôpitaux*, 1876) et Brissaud (*Revue mensuelle*, 1879).

2° Tuberculose primitive des os. L'affection à son début est presque toujours une ostéite tuberculeuse; la jointure n'est intéressée que dans un second temps. Si la tumeur blanche débute quelquefois par une synovite tuberculeuse, cette dernière forme est rare, exceptionnelle. Les altérations initiales de la tuberculose se présentent dans les épiphyses sous deux formes : la forme circonscrite, ou la forme diffuse.

Le plus ordinairement la lésion est circonscrite. Une tache jaune ou jaunâtre, opaque, sèche, délimitée, occupe l'épiphyse; ou bien, il existe une petite cavité entourée de tissu osseux sain ou peu raréfié; elle contient une moelle plus pâle. La tache jaune correspond à une certaine épaisseur de tissu osseux altéré de couleur, dont les mailles sont infiltrées de substance caséeuse; les vaisseaux n'y sont plus perméables. Plus tard, le foyer jaune est devenu un séquestre; des granulations fongueuses l'entourent; ces granulations se répandent dans le tissu osseux voisin. Celui-ci est le siège d'une ostéite raréfiante.

Une ou plusieurs cavités, du volume d'une lentille au volume d'une noisette, peuvent constituer une autre variété de la même lésion; la destruction osseuse de leurs bords, le développement des granulations, sont autant de phénomènes communs, s'alliant à une marche identique dans les deux cas. Le siège des divers foyers varie.

L'infiltration diffuse est beaucoup moins fréquente. Elle s'étend à une portion considérable d'une épiphyse, à tout le corps d'un métacarpien, etc. L'évolution est plus intense, la caséification plus rapide, et les séquestres volumineux se forment plus promptement. Les caractères de la tuberculose y sont certains. Les nodules arrondis, les cellules épithéliales et lymphoïdes propres au tubercule de Koster sont groupés. Les taches jaunes ont la même origine, mais l'état caséeux indique une période plus avancée.

Marche de l'ostéite tuberculeuse; envahissement de la jointure.

Un foyer tuberculeux isolé dans une épiphyse peut sommeiller longtemps. Tout est subordonné à l'influence exercée par le foyer tuberculeux sur les parties voisines. La guérison naturelle sans incidents extérieurs à l'os peut s'observer. Néanmoins, la résolution du mal, la cicatrisation des cavernes, la transformation du néoplasme tuberculeux en tissu conjonctif, sont loin d'être la règle. La nature virulente des produits tuberculeux explique ce fait. Dès qu'il s'est formé, le foyer tuberculeux devient un danger pour les tissus qui l'entourent. Le tissu osseux s'infiltre de granulations par inoculation. Les séquestres qui s'entourent d'une couche purulente paraissent les plus dangereux.

L'arrivée des éléments spécifiques sur les parties des synoviales réfléchies sur les épiphyses, est suivie d'une augmentation de la vascularisation de la séreuse; des matières plastiques infiltrent la couche celluleuse, la nodosité tuberculeuse apparaît. L'envahissement a lieu soit lentement (fait habituel), soit brusquement; dans ce dernier cas, il y a eu destruction partielle de l'encroûtement.

Dans un autre ordre de faits, les fongosités pénètrent par une perforation et font naître une arthrite simple ou spécifique; l'arthrite est aiguë ou subaiguë : c'est une arthrite de réaction, plastique ou purulente au début. Plus tard l'arthrite réactionnelle se compliquera d'arthrite spécifique, la synoviale étant le siège d'une inoculation tuberculeuse due aux produits virulents épanchés dans l'article. Les deux processus se confondent alors. Le mal a gagné la synoviale et la lésion se propage; les altérations sont plus marquées dans les points de l'article qui se correspondent.

Les tubercules non voués à cet ordre de succession peuvent évoluer plus favorablement : résorption, expulsion, métamorphose de bon aloi; ou bien, les exsudats inflammatoires devenant des tissus plus élevés, établissent des adhérences et comblent les vides. Il peut même se former des productions osseuses et une ankylose. Alors le pronostic est favorable.

M. Lannelongue termine sa lecture par les conclusions pratiques suivantes.

L'ostéo-arthrite tuberculeuse, se présente sous deux formes cliniques qui réclament des indications thérapeutiques différentes.

Dans la première forme, le mal est à l'état latent; la synoviale est à peine tuméfiée, l'épiphyse un peu douloureuse. L'intervention chirurgicale serait alors téméraire. Employer le repos, l'immobilité, la révulsion, la bonne position du membre, les reconstituants, etc. Si, malgré ces moyens, la synoviale se prend et devient fongueuse, recourir aux méthodes nouvelles de traitement : compression, immobilisation absolue, ignipuncture, injections interstitielles, injections intra-articulaires.

Dans la deuxième phase, apparaît l'abcès extérieur à l'article; il est sessile ou par congestion; cet abcès se rattache à la synoviale ou à l'os. Tenter l'ablation de l'abcès par la décortication ou le grattage ; ce sera une œuvre incomplète.

Il faut, en effet, rechercher l'origine de l'abcès : ulcération superficielle de l'os, perforation étroite; pénétrer dans l'excavation osseuse, la déterger, enlever le séquestre, par le curage, l'évidement, la résection partielle. Pénétrer dans l'articulation si cela est nécessaire; s'inspirer de l'étendue des désordres pour faire une résection plus ou moins complète. Sacrifier plus ou moins la synoviale. Quelquefois, l'amputation du membre sera inévitable.

M. Lannelongue propose d'élever à la hauteur d'un principe cette dernière conclusion : intervention prompte s'adressant à la fois aux foyers primitifs et aux dépôts qu'ils ont pu engendrer.

M. *Verneuil* défend sa classification des fongosités ; outre les variétés inflammatoire et tuberculeuse, il admet une troisième espèce de fongosités. Un genou gonfle énormément au niveau de la synoviale comme s'il existait un épanchement dans l'article. Pas de fièvre, pas de lésion osseuse; fausse fluctuation; pas de traces de scrofule ni de tuberculose. M. Verneuil a vu tout cela chez un jeune garçon vigoureux ; la guérison eut lieu sans abcès ni suppuration, en huit ou dix mois, par l'immobilisation, la teinture d'iode et la compression. Il n'y avait ni ostéite, ni tuberculisation de la synoviale.

On pourrait même admettre une quatrième variété de fongosités, observée dans la gaine commune des tendons au poignet; au point de vue clinique, c'est la synovite fongueuse des gaines; si on ouvre la gaine, on trouve une fongosité formée de tissu fibro-plastique.

M. *Trélat*. Dans le gonflement du genou cité par M. Verneuil, il n'y a pas eu d'examen histologique; rien ne prouve donc qu'il s'agisse de fongosités articulaires plutôt que d'un gonflement périarticulaire. Quant aux tumeurs des gaines synoviales, ce sont des synovites tendineuses tuberculeuses ; c'est du tissu fibro-plastique qui contient du tubercule.

— M. *Dubreuil* (de Montpellier) adresse une observation de ligature de l'artère carotide *externe* suivie d'hémiplégie et de mort. La malade avait un épithélioma volumineux de la joue et des ganglions sous-maxillaires. M. Dubreuil fit la ligature de la carotide externe; sept jours après l'opération, hémiplégie droite; mort. Pas d'autopsie. Il y eut probablement oblitération de la carotide interne à la suite de la ligature de la carotide externe.

— MM. *Fungra* et *Durand* présentent un aspirateur pour l'évacuation des débris de calculs après la lithotritie, d'après le procédé de Bigelow.

— M. *Horteloup* présente l'urèthre d'un homme opéré, il y a trois ans, d'uréthrotomie externe ; le jour de la mort on avait passé facilement une bougie n° 20. Pendant trois ans, on n'avait passé aucune bougie. Le canal est aussi large dans le point sectionné que dans le reste de son étendue.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 17 JUIN 1882. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Surdité sans troubles de l'équilibration par lésions de la cochlée M. Laborde. — Action purgative du sulfophénate et du sulfocrésylate de soude : M. Rabuteau. — Parasite (trématode) chez l'éléphant : M. Mégnin. — Dosage des matières extractives de l'urine : MM. Etard et Richet. — Survie d'une tortue enfermée dans le plâtre : MM. Richet et Rondot — Méthode pour enregistrer les dégagements gazeux des fermentations : M. P. Regnard. — Nerf dépresseur et nerfs pulmonaires sensitifs; leurs réflexes vasculaires : MM. Dastre et Morat. — Origine de la métallothérapie : M. Burq. — Inoculation du charbon aux grenouilles chauffées : M. Gibier. — Glycogène de la lactose : M. P. Bert.

M. *Laborde* complète sa communication de la séance précédente sur les troubles fonctionnels produits par les lésions des canaux semi-circulaires, en montrant un cochon d'Inde auquel M. Gellé a pratiqué la destruction de la cochlée et de la branche antérieure du nerf acoustique qui s'y distribue : cet animal est absolument sourd et ne présente aucun trouble de l'équilibration.

— M. *Rabuteau* a fait connaître l'année dernière (Société de biologie, 29 janvier 1881) les propriétés physiologiques et le mode d'élimination du sulfophénate de soude ou de sodium. Il insiste aujourd'hui sur les effets purgatifs de ces substances. C'est par induction qu'il a été amené à rechercher ces effets, en se fondant sur une règle établie par lui en 1868 (*Gazette hebdomadaire*, mai), sur le mode d'action des purgatifs salins. Ses observations ont été recueillies dans le service de M. Hayem à l'hôpital Saint-Antoine ; il en résulte que le sulfophénate de soude est un purgatif d'une grande douceur et d'une efficacité certaine, et qu'il possède sur le sulfovinate et le sulfométhylate de soude l'avantage d'être très stable, car il ne se décompose ni par son exposition à l'air, ni dans ses solutions aqueuses. L'emploi de ce purgatif paraîtrait surtout indiqué dans l'intoxication saturnine, la fièvre typhoïde et les maladies infectieuses.

M. Rabuteau expose ensuite les caractères chimiques et les propriétés physiologiques du sulfocrésylate de soude dont l'action est la même que celle du sulfophénate.

— M. *Mégnin* présente une espèce d'helminthe, trouvée dans l'intestin de l'éléphant mort au Jardin des Plantes le mois dernier : ce parasite appartient à l'ordre des *trématodes* et à l'espèce *Amphistoma ornatum* de Cobbold, et est d'origine asiatique. Or, comme l'éléphant sur lequel il a été trouvé vivait à la ménagerie depuis 1862, il faut admettre qu'il a été introduit dans le tube digestif de cet animal pendant son séjour en Asie et y a pullulé depuis vingt ans. Ce serait donc une exception à la théorie de l'évolution des trématodes, d'après laquelle ces parasites n'arrivent à l'état adulte chez les mammifères qu'après avoir passé comme vers vésiculaires dans d'autres organismes.

— MM. *Etard* et *Richet* communiquent un nouveau procédé pour le dosage des matières extractives de l'urine. Le principe sur lequel repose le dosage est le suivant: si l'on agite dans un flacon fermé, du brome en solution aqueuse, de l'iodure de potassium et du sulfure de carbone, ce dernier liquide s'empare de l'iode libre et prend une teinte violette intense. Que l'on vienne alors à faire tomber goutte à goutte dans le flacon un liquide avide d'oxygène, comme le chlorure stanneux, l'iode disparaîtra, et, pourvu qu'on agite fréquemment le flacon, le virage de la teinte violacée à la décoloration sera immédiat.

Pour faire le dosage des matières extractives de l'urine on fait tomber dans le flacon qui contient l'urine (52 cent. cubes) un excès d'eau bromée ; on agite, puis on ajoute 10 grammes d'une solution concentrée d'iodure de potassium et 25 grammes de sulfure de carbone. Puis en faisant tomber, pendant qu'on agite, une solution titrée de chlorure stanneux, on arrive à saisir le moment précis où se produit la décoloration.

— MM. *Rondot* et *Richet* présentent une tortue dont toute la partie antérieure a été enfermée dans une masse de plâtre et qui vit ainsi depuis un mois. Ils rapprochent ce fait des expériences anciennes de Edwards et autres qui ont observé la survie prolongée de crapauds et de grenouilles emprisonnés dans une masse de plâtre.

Quelques membres de la Société font remarquer qu'il n'est pas démontré qu'un certain échange gazeux ne continue pas à s'opérer à travers le plâtre, d'autres que la masse de sang, c'est-à-dire le réservoir des gaz respiratoires, est relativement beaucoup plus considérable chez certains animaux que chez d'autres (P. Bert).

— M. *Regnard* décrit un appareil compliqué à l'aide duquel il a obtenu l'inscription automatique du dégagement d'acide carbonique dans la fermentation de la levure de bière. Il utilise l'augmentation de pression que produit le dégagement gazeux pour faire cheminer, par l'intermédiaire d'un électro-aimant, un style traceur au-devant d'un cylindre enfumé, animé d'une rotation très lente.

— MM. *Dastre* et *Morat* étudiant la série des influences qui mettent en action les vaso-dilatateurs démontrés par eux dans la région bucco-labiale, s'arrêtent à la recherche des impressions provenant de l'endocarde et de la muqueuse pulmonaire. Ils n'ont point observé la rougeur réflexe des joues et des lèvres par l'excitation centripète du nerf dépresseur de Ludwig et Cyon; ils l'ont vue, au contraire, se produire avec une grande netteté en excitant le bout central des branches pulmonaires, sensitives, du pneumogastrique. D'où l'indication d'un rapport à établir entre les irritations normales ou pathologiques de la muqueuse respiratoire et la circulation de la face (rougeur des pommettes, etc.). Ils insistent en outre à nouveau sur le fait déjà établi dans les premières expériences sur le nerf dépresseur de Ludwig et Cyon, à savoir que la dilatation vasculaire réflexe se produit spécialement dans les réseaux abdominaux; ils mettent en relief l'opposition déjà étudiée par eux entre l'innervation vaso-motrice du tégument externe et celle des muqueuses digestives.

— M. *Burq* continue l'historique de ses premières recherches sur la métallothérapie, et entre en discussion avec M. Rabuteau au sujet de la priorité que ce dernier réclame, sur plusieurs points, en faveur d'auteurs antérieurs à M. Burq. La question doit revenir devant la Société.

— M. *Gibier* expose les résultats des inoculations charbonneuses qu'il a faites sur des grenouilles portées à la température de 32 à 37 degrés: il a obtenu la pullulation des germes qui se sont accumulés dans les vaisseaux de manière à produire de belles injections naturelles. Au sujet de ce dernier point, M. François-Franck rapporte les expériences de M. Wassilieff (de Saint-Pétersbourg) sur les « colonies » de microbes dans les vaisseaux de la grenouille et dit avoir vu les préparations de l'auteur qui dessinaient d'admirables réseaux dans les tissus non pigmentés. Quelques membres de la Société s'étonnent qu'on ait pu plonger sans les tuer des grenouilles dans de l'eau à 33 et 37 degrés centigrades.

— M. *Paul Bert* a poursuivi avec M. Schützenberger la recherche de la substance glycogénique dans la glande mammaire, bien convaincu que le sucre du lait ne résulte pas de l'accumulation en un point de l'économie du sucre formé par le foie: du reste la lactose et la glucose sont deux sucres très différents. Les expériences ont porté sur la glande mammaire d'un grand nombre de vaches, les unes en pleine lactation, les autres ne fournissant pas de lait. C'est seulement dans les glandes de ces dernières que les auteurs sont parvenus à trouver une substance glycogène qui n'est point encore parfaitement isolée; mais qui, tout en contenant une bonne partie de matières protéiques, donne très nettement les réactions résultant de sa transformation sucrée avec les ferments et les autres procédés.

M. Grimaux fait remarquer que ce glycogène ne paraît pas être un glycogène amylacé; il se rapprocherait plutôt des gommes.

SÉANCE DU 24 JUIN 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GRIMAUX.

De la mort par méningite aiguë dans le delirium tremens: M. Robin. — Du Perkinisme et du Burquisme: M. Rabuteau.— Poisons de la presqu'île de Malacca: M. Hamy.

La méningite aiguë comme terminaison du *delirium tremens* est d'une extrême rareté: M. *A. Robin* vient d'en observer successivement trois cas dont il rapporte l'observation à la Société. Son étude l'a conduit aux conclusions suivantes:

1° Le *delirium tremens*, non fébrile, peut, dans des circonstances encore assez rares, se terminer par méningite aiguë;

2° Dans les trois observations citées, cette méningite était localisée à la convexité du cerveau;

3° L'apparition de la méningite est caractérisée entre autres symptômes par une élévation rapide et assez considérable de la température axillaire; par conséquent la fièvre qui se déclare rapidement dans le cours du *delirium tremens* apyrétique acquiert une importance pronostique grave toute particulière et doit faire songer à la méningite quand on ne trouve pas d'autre affection qui puisse l'expliquer;

4° La marche de ces méningites terminales paraît plus rapide que celle de la méningite ordinaire;

5° Leur expression symptomatique est parfois incomplète, mais elles peuvent cependant apparaître avec leurs signes cliniques habituels.

— M. *Rabuteau* qui avait réclamé dans la séance précédente en faveur de Perkins la découverte des principaux faits relatifs à la métallothérapie, lit quelques passages d'auteurs anciens, d'Alibert, dans lesquels il est question des influences métalliques, etc. Il dit que l'étude véritablement scientifique n'a commencé qu'à partir du jour où la Société de biologie a accepté de s'occuper du sujet; que les faits importants ont été découverts par d'autres que par M. Burq: le transfert, par exemple, a été observé pour la première fois par M. Gellé; la provenance électrique de l'action métallique a été étudiée par M. Regnard.

La part qui reviendrait à M. Burq, soit dans l'invention elle-même, soit dans l'analyse physiologique des effets métalliques, serait donc beaucoup moindre qu'il ne pourrait sembler après les deux dernières lectures faites à la Société par M. Burq.

M. Rabuteau rappelle qu'il a déjà exposé l'historique de cette question dans son *Traité de thérapeutique*.

— M. *Dumontpallier*, regrettant l'absence de M. Burq qui aurait pu répondre à M. Rabuteau, fait remarquer que, quand même on retrouverait dans les auteurs anciens, l'indication d'un certain nombre de faits relatifs à l'action des métaux, il n'en reste pas moins avéré que M. Burq a donné un corps à cette étude et par sa persévérance depuis plus de trente ans a réussi à attirer sur elle l'attention qu'elle mérite. Quant à la question du transfert, M. Dumontpallier croit devoir rappeler que c'est lui qui a généralisé le fait et l'a mis en relief.

— M. *Hamy* présente des palettes de bois enduites d'un poison non étudié encore dans ses propriétés physiologiques et que M. Delcroix a rapportées de Malacca. Il montre aussi des spécimens des plantes dont la sève a fourni l'extrait toxique et demande qu'une commission soit constituée pour étudier les pièces qu'il dépose, au point de vue botanique et toxicologique.

BIBLIOGRAPHIE

De l'attitude de l'homme au point de vue de l'équilibre du travail et de l'expression, par le docteur NICOLAS, 1 vol. in-8°. — Paris, 1882, G. Masson.

C'est un sujet des plus intéressants que M. Nicolas a choisi ou plutôt qu'il a été amené à traiter longuement après des années de méditation et d'observation qui se mesurent de la date de sa thèse inaugurale sur l'*attitude de l'homme* au livre actuel. L'équilibre, le travail, l'expression, tels sont les trois termes autour desquels gravite la pensée de l'auteur.

Etant donnée l'organisation de l'homme tel que nous le connaissons, il n'y a aucun doute que l'attitude verticale est celle qui assure à l'équilibre les conditions les plus avantageuses : la brièveté du cou, la disposition des surfaces articulaires de la colonne vertébrale et des membres l'imposent à l'humanité avec son désavantage et ses inconvénients. Je connais cependant des cas tératologiques et pathologiques, et notamment des rétractions musculaires de la cuisse avec raccourcissement qui ont transformé le glorieux bipède en quadrupède, tout en permettant une existence assez longue à en juger par deux ou trois mendiants qui depuis de longues années fréquentent nos boulevards et circulent assez rapidement au milieu des voitures. M. Nicolas a donc eu raison de prendre cette attitude comme le point de départ pour ses études, et d'en faire l'objet d'une analyse rigoureuse au point de vue de la statistique et de la physiologie. Comment se constitue la base de sustentation, comment se déplace le centre de gravité, comment se maintient la rigidité des supports, quel est le rôle du système musculaire dans le jeu de l'appareil, quelle est enfin l'influence du système nerveux sur l'équilibre, tels sont, selon notre auteur, les éléments de l'attitude étudiée par voie d'analyse, et chacun de ces éléments est très clairement exposé. Il manque çà et là quelques considérations éminemment utiles : à l'égard de la base de sustentation, par exemple, qui de l'attitude unipède grandit en passant par diverses modifications jusqu'à l'attitude couchée (qui selon l'auteur n'est pas une attitude), il était utile de faire remarquer que les poids à supporter par les soutiens qui se placent ou tendent à se placer dans la ligne verticale, vont en diminuant, de sorte que c'est dans l'attitude unipède généralement hanchée, puis dans l'attitude unifessière que l'action continue de la gravitation s'effectue. De là une catégorie très étendue de déformations — la plus étendue sans aucun doute — due au rétrécissement de la base de sustentation. Les torsions non pathologiques de la colonne vertébrale, par exemple, si fréquentes chez l'homme que fort peu y échappent — sont inconnues chez les quadrupèdes dont la base de sustentation est circonscrite par le rectangle très étendu dans lequel sont inscrits les quatre soutiens à cause de l'absence de toute raison de prédilection pour une même paire de soutiens dans le hancher croisé des pachydermes.

M. Nicolas ne considère pas le décubitus comme une attitude, parce qu'il n'exige aucun effort musculaire. C'est là une définition qui ne sera pas admise par ceux qui veulent conserver aux mots leur sens courant. Il parle du décubitus dorsal comme « presque exclusif à l'homme ». Sans doute, mais c'est une affaire d'éducation, et cette pseudo-attitude, pour faire un moment cette concession de langage à notre confrère, méritait une étude spéciale. La grande majorité des hommes couche sur le côté et non sur le dos. Une minorité que je ne saurais déterminer, couche sur le ventre, et je sais un assez grand nombre de personnes à qui, pour des motifs variés, j'ai conseillé cette attitude soit pendant le sommeil, soit pendant le repos, et qui s'en trouvent fort bien. J'ai même traité avec succès l'insomnie par le décubitus sternal, avec la précaution de placer un oreiller dans le centre que doit occuper à peu près l'appendice xiphoïde. On ne voit vraiment aucune raison anatomique ou physiologique pour dire que le décubitus dorsal est propre à l'homme. Sans doute dans le décubitus sternal le visage est étouffé s'il reste droit, mais quel est l'inconvénient que l'on trouve à reposer la tête sur l'un des bras élevé et replié ? Les articulations de l'épaule si fréquemment enraidies y trouveront un exercice d'attitude qui préviendra cette raideur. Je sais bien que le public est d'avis que relever les bras pendant le sommeil donne des maladies de cœur, et que les médecins, qui sont si souvent les élèves du public, ont fini par le croire aussi ; mais sur quoi est fondée cette opinion de bonne femme ? J'ai maintes fois constaté que l'insomnie par palpitation, si fréquente chez les anémiques, se calme presque immédiatement par le décubitus sterno-abdominal, et je crois en avoir trouvé la cause dans l'attitude du cœur qui se trouve plus à l'aise, tandis qu'il est en quelque sorte écrasé par son propre poids dans le décubitus dorsal. Que j'aie tort ou raison, j'en ai dit assez pour montrer à M. Nicolas que le décubitus est une attitude et que cette attitude méritait l'analyse.

La deuxième partie du livre de M. Nicolas est relative aux attitudes du travail. L'éducation de l'attitude en forme le premier chapitre, non le moins intéressant. A la façon dont l'auteur étudie les mouvements de l'enfant, ses efforts d'équilibration, ses tentatives de redressement, ses retours fréquents à la flexion, les rapports des sensations tactiles, auditives et sensorielles avec l'équilibre, ses premières tentatives de mouvements coordonnés en vue d'un but, on suppose que notre confrère a longtemps vécu autour des petits berceaux ; c'est dire que son observation est bien personnelle, encore qu'elle s'appuie sur les témoignages de Darwin, de Taine et de Perez qui sont venus presque à la même heure nous renseigner sur les premiers mouvements de l'enfance. Je sais un gré infini à l'auteur d'avoir noté, un peu trop sommairement peut-être les inconvénients de la marche prématurée ; les déformations sont nombreuses, pieds et genou valgi, luxation dite congénitale, ensellure, etc., qui résultent de la détestable habitude de forcer les enfants et surtout ceux qui sont faibles, sous prétexte que l'exercice les fortifiera. Oui, il les fortifiera, de même que la gymnastique générale fortifie les scoliosiques, — de travers. Il en est de même au surplus des déformations qui résultent des attitudes de l'écolage et en particulier de l'écriture ; elles ne sont si permanentes que parce que les pratiques de l'écolage sont de plus en plus prolongées. Rares dans les campagnes elles deviennent plus nombreuses dans les villes et elles sont la règle chez les institutrices. Elles croissent à peu près comme la myopie qui en Allemagne du moins, ainsi que l'a montré Cohn, est, quant au nombre, en raison directe de l'avancement des études.

Le mécanisme des attitudes du travail, leurs conséquences mécaniques et physiologiques, leur hygiène forment la pièce de résistance de l'intéressant ouvrage de M. Nicolas. Tout cela est fort remarquablement traité, avec érudition, clarté et aussi avec un très vif sentiment des nécessités de la pratique. Le médecin qui ne limite pas son action aux exigences de la pathologie urgente, mais qui l'étend ainsi que c'est son droit et presque son devoir à l'hygiène de la famille, des professions, de l'éducation y trouvera nombre d'informations précieuses et de conseils qu'il est temps de faire entrer désormais dans la pratique rigoureuse.

L'ouvrage se termine par un très intéressant chapitre sur les attitudes considérées au point de vue de l'expression. Dans une seconde édition, que nous lui souhaitons de tout cœur, l'auteur fera bien d'enrichir son texte ou de placer hors texte de nombreuses gravures qui augmenteront l'intérêt du sujet qu'il a si bien traité.

E. DALLY.

Index bibliographique.

De la mensuration du diamètre promonto-pubien minimum au point de vue obstétrical et d'un pelvimètre direct a arc tangent au pubis, par le docteur E. Crouzat. — Paris, 1881. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Partant de ce principe que la méthode digitale ne donne pas, dans la mensuration du diamètre promonto-pubien, des résultats suffisamment précis, l'auteur a cru devoir inventer un pelvimètre qui permît d'évaluer avec une exactitude mathématique l'étendue du diamètre promonto-pubien minimum, diamètre dont Michaëlis le premier avait signalé l'importance. Dans une première partie de son travail, M. Crouzat étudie la mensuration du diamètre promonto-pubien minimum au point de vue théorique; il fait voir que la situation du point *post-pubien* ou extrémité pubienne du diamètre minimum a été jusqu'ici établie d'une façon quelque peu erronée; puis, dans une discussion géométrique, dont certains termes manquent peut-être d'exactitude technique, il pose les éléments du problème dont la solution donnera le diamètre cherché. Une seconde partie renferme la mensuration du même diamètre pelvien au point de vue pratique et le procès de la méthode digitale. Enfin l'auteur termine par la description de son pelvimètre et du procédé opératoire; il reconnaît que la manœuvre de cet appareil dans les organes génitaux de la femme vivante exige quelques précautions, mais qu'en général elle sera « très supportable ». Il indique également les corrections qu'il faut apporter aux résultats de la mensuration avec le pelvimètre, dont l'arc tangeut au point post-pubien est d'un rayon constant, tandis que le diamètre minimum, qui représente ce rayon, varie dans des limites assez étendues.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Nous n'avons que le temps d'annoncer la mort de M. le docteur A. Latour; il a succombé le 28 juin, aux suites d'une maladie qui l'avait mis déjà dans un extrême péril il y a plusieurs années, et dont il ne s'était jamais rétabli. Nous ne pouvons aujourd'hui que signaler la grande perte que vient de faire en sa personne la presse médicale.

Le choléra dans l'Indo-Chine. — La peste en Perse. — Le gouvernement turc n'a encore rien décidé relativement à l'envoi en Egypte des 18000 hommes qui ont été demandés par Dervich-Pacha. Mais la surexcitation des musulmans égyptiens contre les Européens rend la situation de la Porte fort délicate. Elle se soucie probablement assez peu d'envoyer des troupes dont la première mission sera de protéger ces Européens contre les indigènes et de perdre ainsi le fruit du prestige qu'elle avait reconquis auprès des musulmans en menant la direction du mouvement panislamique. D'ailleurs, pour envoyer des troupes, il faut de l'argent, et la Porte n'en a guère.

Des dépêches parvenues en Egypte et à Constantinople dans la deuxième quinzaine du mois dernier ont appris que le choléra épidémique sévit dans l'île de Padang, dépendance nord-est de Sumatra, dans le détroit de Malacca et non loin de l'île anglaise de Singhapoor. Or, les communications sont très actives entre Padang et Singhapoor, ainsi qu'avec Batavia et les postes principaux de Java et de Bornéo. En conséquence, les conseils de santé internationaux d'Egypte et de Constantinople ont pris les dispositions suivantes : les provenances des îles néerlandaises et de Singhapoor subiront, pour Suez et l'Egypte, vingt-quatre heures d'observation ou le passage du canal en quarantaine. Les bateaux qui seraient affectés de choléra subiront sept jours de quarantaine. La même durée d'observation ou de quarantaine est prescrite vis-à-vis de ces provenances dans tous les ports de l'empire ottoman (Méditerranée, Hedjaz, Yémen et golfe Persique). Ces mesures sont motivées par l'approche du moment où les pèlerins des Indes vont entreprendre le pèlerinage de cette année aux lieux saints de l'Islam. Le conseil sanitaire de Constantinople est décidé, si cet état sanitaire de l'extrême Orient ne s'améliore pas, à prendre une mesure qu'avait prévue et conseillée la conférence internationale de Constantinople. Une quarantaine et une observation sévère et suffisamment prolongée sera établie, pour les navires venant de l'océan Indien, vers l'entrée de la mer Rouge. Cette mesure visera principalement les navires transportant des pèlerins. L'observation et la quarantaine seront subies par les pèlerins dans l'île de Camaran, qui présente les conditions les plus avantageuses pour cet objet.

— On était en doute sur la nature d'une maladie qui s'était déclarée à Ouzoundéré, dans le district de Saouteh-Boulak, en territoire persan, au sud du lac d'Ourmiah et à proximité de la frontière ottomane. Il s'agissait bien de la peste, ainsi que l'a reconnu le docteur Arnaud, médecin sanitaire à Téhéran, qui s'est rendu à Ouzoundéré et y a fait une enquête approfondie. Le télégramme qui résume les résultats de ses recherches a été expédié de Tauris à Constantinople, le 11 de ce mois. Le docteur Arnaud a constaté sur 37 personnes guéries, en présence des autorités, des bubons axillaires, cervicaux, etc., des anthrax apparents indurés non encore résolus, car c'est un des caractères de la peste que ceux qui en ont été atteints portent les marques indélébiles de la maladie. Sur 524 habitants, il y a eu 259 attaques et 155 décès. La mort survenait en huit, vingt-quatre, trente heures au minimum, en sept jours au maximum, et le fléau a emporté 30 pour 100 des habitants. Les habitants de la ville d'Ouzoundéré ont été transportés sous des tentes à une distance de 6 kilomètres et soumis dès le début à un rigoureux isolement par un cercle de cavaliers kurdes. Les attaques ont cessé depuis dix-huit jours (depuis le 19 mai). On a détruit les hardes et les effets des habitants. Le gouverneur persan a accepté la proposition du docteur Arnaud de brûler et de raser Ouzoundéré. Les villages voisins sont indemnes. Notre compatriote reste sur les lieux pour observer et surveiller. (Extrait d'une correspondance du *Temps* en date du 16 juin.)

Exposition d'hygiène et de démographie de Genève. — A l'occasion du quatrième Congrès international d'hygiène, une exposition « destinée à présenter aux savants, aux praticiens et au public les objets et les travaux de toute nature relatifs à l'hygiène et à la statistique de la population » s'ouvrira à Genève le 1er septembre 1882, et se clora le 15 du même mois. Les auteurs, les inventeurs et les fabricants de toute nationalité sont invités à faire parvenir de suite, et *au plus tard le 15 juillet*, leur demande de participation à M. le docteur Dunant, secrétaire général du comité d'organisation. Les objets à exposer devront parvenir au local de l'exposition entre le 1er et le 15 août. Ils devront être précédés d'un avis de départ sur carte de correspondance postale. Les frais de transport des objets jusqu'au local de l'exposition et ceux de retour sont à la charge de l'exposant. Les compagnies de chemins de fer suisses, françaises et de la haute Italie accordent le retour gratuit sur leurs lignes. Aucun objet ne pourra être retiré avant la fin de l'exposition. L'installation et la réexpédition des objets ainsi que leur assurance dans les bâtiments d'exposition se fera par les soins et aux frais de la commission d'exposition.

Pourront être admis à l'exposition : A. *Objets et modèles*: Procédés et appareils de chauffage, de ventilation, d'éclairage, de drainage, de vidange. Matériaux de construction et de voirie. Appareils et dispositions hygiéniques pour les ateliers, les fabriques et l'industrie en général. Substances non dangereuses employées par l'industrie, les arts, la confiserie. Mobilier scolaire. Meubles et ustensiles spéciaux pour enfants. Etoffes, vêtements, chaussures et coiffures hygiéniques. Aliments et boissons. Appareils et ustensiles de préparation, de conservation et d'analyse. Filtres, réservoirs et conduites d'eau. Substances, procédés et appareils pour la désinfection et la destruction des germes morbides. Instruments de médecine et de chirurgie. Service sanitaire civil et militaire; secours aux blessés. Meubles et ustensiles pour malades. Matériel pour bains, douches, frictions, etc. Instruments de physique, de chimie et de météorologie appliquées à l'hygiène. Appareils de gymnastique, de natation et de sauvetage.

B. *Plans et dessins.* — Logements hygiéniques. Habitations ouvrières, écoles, hôpitaux, baraques, lazarets. Travaux d'assainissement. Procédés d'utilisation ou de transformation des substances nuisibles et des résidus de voirie. Appareils pour crémation. Maisons mortuaires. Nécropoles.

C. *Imprimés, cartes et tableaux.* — Livres et journaux d'hygiène et de climatologie. Recueil de travaux des conseils d'hygiène et autres institutions sanitaires. Publications de démographie. Bulletins et tableaux statistiques. Cartes, courbes et résumés cartographiques de tous les faits relatifs à l'hygiène, à la police sanitaire, aux épidémies et aux endémies, à la statistique vitale et mortuaire.

Faculté de médecine de Paris. — Les inscriptions du quatrième trimestre seront reçues les lundis, mardis, vendredis et samedis du 1er au 22 juillet 1882, de une heure à quatre heures; celles de première et de deuxième années de doctorat, du samedi 1er juillet au mardi 11 du même mois; celles de troisième et de quatrième années de doctorat, de deuxième et de troisième années d'officiat, du vendredi 14 juillet au samedi 22 du même mois. Les élèves ajournés à la session de novembre 1881, au premier examen de doctorat (nouveau mode), et aux premier, deuxième et troisième examens de fin d'année (ancien mode), devront consigner jusqu'au jeudi 22 juin, aux jours et heures ordinaires, c'est-à-dire les mercredi 14, jeudi 15, mercredi 21 et jeudi 22, de une heure à quatre heures. Ils seront appelés à subir leur examen du 3 au 8 juillet. Les élèves de première année (nouveau mode), qui désirent subir le premier examen de doctorat avant les vacances, devront consigner en prenant la quatrième inscription. Les élèves de première, deuxième et troisième années (ancien régime), et les aspirants à l'officiat, devront consigner pour les examens de fin d'année en prenant, selon le cas, la quatrième, la huitième ou la douzième inscription. En cas d'ajournement, ces élèves pourront se présenter de nouveau à la session de novembre prochain. Le stage hospitalier est obligatoire pour la neuvième inscription de doctorat et la cinquième d'officiat. Cinquante-six jours de présence à l'hôpital seront exigés pour ces inscriptions.

— Seront mis en série: 1° du 26 juin au 1er juillet 1882, MM. les étudiants ajournés, avant le 15 juin, au premier examen de doctorat (ancien régime) et au deuxième examen de doctorat (nouveau régime, première partie); 2° du 3 au 8 juillet, MM. les étudiants ajournés, avant le 15 juin, au deuxième examen de doctorat (ancien régime) et troisième examen de doctorat (nouveau régime, première partie). Pour les troisième, quatrième et cinquième examens de doctorat, des séries seront établies de la manière suivante: 1° troisième examen de doctorat, jusqu'au 3 juillet; 2° quatrième et cinquième examens de doctorat, jusqu'au 22 juillet.

Faculté de médecine de Nancy. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 15 mai 1882, le règlement suivant a été formulé pour les chefs de clinique de la Faculté de Nancy. En voici les principales dispositions:

Les chefs de clinique de la Faculté de médecine de Nancy sont au nombre de six, savoir: 1° chaires magistrales: deux pour les cliniques médicales, deux pour les cliniques chirurgicales, un pour la clinique obstétricale; 2° cours annexes: un pour la clinique des maladies des yeux. — Ils sont nommés pour trois ans. Les chefs des cliniques magistrales reçoivent une indemnité annuelle de 1200 francs. Le chef de clinique annexe reçoit une indemnité annuelle de 1000 francs. — Les emplois de chefs de clinique sont donnés au concours. — La place de chef de clinique est incompatible avec celle de chef des travaux, de préparateur et d'aide dans les différents laboratoires.

Les épreuves du concours pour les emplois de chef de clinique sont au nombre de trois:

1° Une question écrite sur un sujet de pathologie interne ou externe afférente à la spécialité du concours, avec les considérations d'anatomie et de physiologie qui s'y rapportent. Cinq heures sont accordées pour la rédaction de cette composition;

2° Une leçon clinique, d'une durée d'une demi-heure au plus, sur deux malades appartenant à la spécialité, après un examen de quinze minutes pour chacun des malades;

3° Une épreuve pratique déterminée par le jury et qui consiste: *pour la clinique interne*, en une épreuve d'anatomie et d'histologie pathologique; *pour la clinique chirurgicale*, en une épreuve de médecine opératoire et de dissection; *pour la clinique obstétricale*, en une épreuve de médecine opératoire obstétricale ou gynécologique; *pour la clinique des maladies des yeux*, en une épreuve de médecine opératoire spéciale, avec démonstration ou application d'instruments, et en une épreuve d'anatomie physiologique ou pathologique spéciale.

Le jury, en choisissant le sujet des épreuves pratiques, en déterminera la durée.

Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques. — L'Association, dans sa séance annuelle du 19 juin, présidée par M. Frédéric Passy, député, membre de l'Institut, a décerné deux médailles de vermeil à MM. les docteurs Barthélemy et Devillez, auteurs d'une étude sur les femmes de brasseries, *les Inviteuses*, publiée par la plupart des organes de la presse médicale au commencement de cette année. L'Association a distribué un certain nombre de médailles d'argent et de bronze pour des travaux contre l'abus du tabac et contre l'abus des alcooliques, adressés par des médecins, des instituteurs, des particuliers, aussi bien que pour de bons exemples donnés par diverses personnes. Le secrétaire général a annoncé que, le matin même, il avait reçu l'avis de la délivrance d'un don de 5000 francs, adressé à l'Association par un de ses membres, M. Desrosiers (de Moulins). La séance a été terminée par une partie musicale organisée par M. Gustave Nadaud avec le concours de M. Pagans et de Mlle Berthe Pasquier.

Le docteur Crevaux. — On a appris avec douleur la nouvelle du massacre de la mission que dirigeait, dans l'Amérique du Sud, notre courageux confrère le docteur Crevaux. On doit à ce distingué médecin la découverte de l'origine et du mode de préparation du curare et la détermination d'un certain nombre d'espèces botaniques nouvelles. Sa mort si cruelle est un deuil pour la science et pour le corps de santé de la marine.

Choléra. — Une dépêche officielle des Philippines annonce que le choléra a éclaté au Japon et dans l'archipel Sulu.

Mortalité a Paris (25e semaine, du vendredi 16 au jeudi 22 juin 1882). — Population d'après le recensement de 1881: 2239928 habitants. — Nombre total des décès: 1101, se décomposant de la façon suivante:

Affections épidémiques ou contagieuses: Fièvre typhoïde, 52. — Variole, 22. — Rougeole, 33. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 47. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 10. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 48.

Autres maladies: Phthisie pulmonaire, 199. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 70. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 44. — Bronchite aiguë, 22. — Pneumonie, 60. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 57; au sein et mixte, 39; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 121; de l'appareil circulatoire, 61; de l'appareil respiratoire, 63; de l'appareil digestif, 45; de l'appareil génito-urinaire, 27; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 3. — Après traumatisme: fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 37. — Causes non classées, 4.

Conclusions de la 25e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1203 naissances et 1101 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient: 1326, 1131, 1105, 1008. Le chiffre de 1101 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les 4 dernières semaines. La comparaison avec la 24e semaine des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques fait ressortir: une atténuation pour l'infection puerpérale (4 décès au lieu de 6 pendant la 24e semaine); une aggravation pour la fièvre typhoïde (52 décès, dont 4 dans les hôpitaux militaires, au lieu de 43), la rougeole (33 au lieu de 25), la coqueluche (6 au lieu de 2), l'érysipèle (10 au lieu de 8). La scarlatine a occasionné 2 décès cette semaine. On voit qu'à l'exception de l'infection puerpérale, qui a causé 2 décès de moins que pendant la dernière semaine, et de la variole, demeurée stationnaire avec un chiffre de 22 décès, toutes les autres affections épidémiques présentent des chiffres de décès supérieurs à ceux qui ont été relevés dans le bulletin précédent.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1880, par MM. Bourneville et H. d'Olier. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Du cancer de la vessie, par M. le docteur Féré. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Imprimerie Émile Martinet, rue Mignon, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

Président : M. le docteur A. DECHAMBRE

Membres : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 6 juillet 1882.

ÉTATS CONSTITUTIONNELS ET TRAUMATISME. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

« **États constitutionnels et traumatisme.** »

M. Verneuil vient de publier le tome troisième de ses *Mémoires de chirurgie*. Il y traite des rapports des états constitutionnels avec le traumatisme, sujet de prédilection qui l'absorbe depuis de longues années. Si, plus que tout autre, en effet, l'auteur a su faire face à tous les problèmes que soulèvent la pratique et l'enseignement quotidiens, l'influence des diathèses est le sillon qu'il a ouvert avec le plus d'ardeur et qu'il creuse le plus profondément. C'est surtout par ces travaux, qu'il marquera notre époque chirurgicale d'une empreinte toute personnelle.

Aujourd'hui, nous voulons signaler au lecteur, non pas le livre lui-même, mais l'avertissement qui le précède M. Verneuil y condense en vingt pages fort belles la méthode qui l'a guidé. Il montre le chemin qu'il a parcouru et le but qu'il désire atteindre; il donne à la jeune génération des conseils d'une haute valeur et dénonce la voie dangereuse où s'engage la chirurgie actuelle. Nous voudrions, dans ce court article, résumer les traits principaux de cette remarquable introduction. A une époque où le « procédé opératoire » semble nous obséder uniquement, il est bon, ne fût-ce qu'une fois, d'échapper à cette incessante préoccupation et de voir d'un peu haut, sur le sol de la pathologie générale, ce que l'on a déjà ensemencé et les terrains qui restent encore en friches.

I

Autrefois, on n'étudiait guère que la blessure : le blessé et ses « tares » organiques, le milieu et ses conditions diététiques n'entraient point en ligne de compte; du moins pratiquement, car si, de tout temps, on a proclamé la mauvaise influence des cachexies sur la marche des plaies, c'était là une bien vague notion; encore restait-elle théorique; tout au plus se traduisait-elle par une non intervention dans la fistule à l'anus chez les phthisiques très avancés. On n'aurait pas trouvé un mémoire sur la part que prend la constitution du sujet dans la marche, l'évolution et l'issue d'une maladie.

En tous cas, la preuve en était à faire. M. Verneuil a entrepris cette tâche et nous a montré, par une foule d'observations irrécusables, comment la diathèse réagit sur

FEUILLETON

Loys Vassé, de Châlons-sur-Marne. — **Jean Vassès**, de Meaux (1486-1550), docteur régent et doyen de la Faculté de Paris. — **Nicolas Vasses**, du diocèse de Meaux, étudiant en médecine en 1535. — **Jean Le Vasseur**, de Paris (1518-1570), docteur régent. — **Claude Le Vasseur**, de Paris (1614-1683). — **Louis Le Vasseur**, de Paris, docteur de Montpellier en 1858. — **David Vasse**, de Paris, docteur régent en 1723.

(Suite. — Voyez les numéros 23 et 25.)

Joannes Vassæus Meldensis, *Jean Vasses de Meaux* (1486-1550), a été doyen de l'ancienne Faculté, de novembre 1532 à novembre 1534. Il était donc le contemporain du précédent avec lequel il a été confondu, sans raison. Les *registres commentaires* où il a toujours signé J. Vasses, nous apprennent que bachelier en 1518 (t. IV, f. 67), il fut le neuvième de sa licence, à la fin de mai 1520 (f. 90 verso). Joannes Morelli était le premier, Michael Amy le troisième, Guill Budé le sixième, Petrus Allen le huitième, Hubertus Coquiel le dixième, Franciscus Belot le onzième. Reçu docteur, le 3 décembre 1520, par Claude Roger (t. IV, au bas du verso du f. 101), il a présidé *extra ordinem* une thèse quolibitaire à la fin de l'année 1521, et est ainsi passé docteur régent. Sa première signature se voit au verso du f. 114, à la fin du premier décanat de Michel de Moneeau. On croit d'abord lire Vassetz; mais l'*e* ne se faisait pas alors comme aujourd'hui.

Jean Vasses a été l'un des médecins les plus distingués et les plus érudits de son époque. Dès le 18 mars 1524, il se fait remarquer à une pastillaire, *ingeniosè tractat quæstionem*, (*Commentaires*, t. IV, f. 148). Le premier samedi après la Toussaint de la même année, lors de la nomination du doyen et des lecteurs (professeurs), il est choisi avec Guillaume

la blessure. Nous savons maintenant l'évolution ordinaire du traumatisme chez un syphilitique et chez un alcoolique, chez un diabétique et chez un scrofuleux, chez un paludique et chez un rhumatisant, et la façon dont un état constitutionnel assoupi peut être tout à coup réveillé. On pousse plus loin l'analyse : deux diathèses se compliquent parfois; un ivrogne peut être un paludique, un syphilitique tuberculeux; or, certains faits prouvent que la plaie ou la maladie sont influencées à des degrés différents par les deux diathèses et qu'il y a lieu d'étudier « les hybrides ». Nous possédons déjà une thèse sur l'iritis syphilitique chez les scrofuleux, et nous savons qu'un travail autrement important se prépare sur ces sujets.

C'est grâce à un phénomène analogue qu'on s'explique comment un même traumatisme peut se traduire par des affections dissemblables. Un individu reçoit un coup sur le testicule, — nous prenons cet exemple parce que nous citerions à l'appui une foule d'observations, — s'il est sain d'ailleurs et sans diathèse bien établie, la glande réagira par une inflammation franche; s'il est scrofuleux, des masses caséeuses se déposeront dans le parenchyme et l'on aura une orchite tuberculeuse; s'il a eu la vérole, c'est de la sclérose ou de la gomme qui se formera; enfin, un cancer pourra apparaître chez un arthritique.

Pour expliquer ces faits, on invoquait autrefois, nous dit M. Verneuil, « la prédisposition ou l'idiosyncrasie », mots bien vagues que tendent à remplacer maintenant des notions plus précises : l'idiosyncrasie, la prédisposition est une diathèse qui, dans un certain nombre de cas, a été dégagée avec une grande certitude. Un nom bien défini remplace maintenant le terme banal sous lequel la maladie restait confondue avec tous les autres états constitutionnels. Ne savons-nous pas, par exemple, que les opérés « prédisposés » aux inflammations gangreneuses sont, pour la plupart, des diabétiques. Et cette idée a fait un tel chemin que les chirurgiens, même les plus réfractaires, ne touchent guère au bistouri pour une opération de quelque importance sans une analyse préalable des urines.

Cette recherche de la diathèse, de l'état constitutionnel a ouvert une voie vraiment féconde. L'année dernière nous opérions un jeune homme pour un pied bot équin d'origine paralytique. Le tendon d'Achille fut sectionné et un appareil fut placé avec le plus grand soin par M. Collin et par moi. Il survint en un point du talon et au niveau de la tête du premier et du cinquième métatarsien une eschare heureusement peu étendue; la guérison n'en fut pas retardée et le résultat définitif fut excellent. Fallait-il pour expliquer le sphacèle, dire que le malade était « prédisposé »? Nous nous sommes rappelé alors les travaux de MM. Verneuil et Nepveu sur les gelures et les ulcères trophiques des membres atteints de paralysie infantile. Non seulement les muscles ont souffert, mais aussi les téguments et, de cette notion, il ressort qu'il faut agir chez ces paralysés avec la plus extrême prudence Leur peau ne peut subir indifféremment une pression qui serait sans danger sur un individu sain.

M. Verneuil a donc substitué aux termes « prédisposition et idiosyncrasie » quelques propositions fort claires. Pour lui : 1° l'homme sain peut contracter une foule de lésions, d'affections, de maladies; il n'est prédisposé à aucune d'elles; 2° l'homme prédisposé est celui qui présente en un point quelconque de son organisme une tare anatomique atteignant un tissu, un organe, un appareil, un système, un solide, une humeur, ou un désordre physiologique portant sur une propriété, un usage, une fonction : c'est un sujet malade ou qui l'a été, ou qui est à la veille de le devenir; 3° la prédisposition n'est donc autre chose que la tare, le désordre, le lieu de moindre résistance, de propathie. C'est la condition antérieure inconnue ou connue, latente ou patente, soupçonnée ou constatée, qui, grâce à l'adjonction d'une influence perturbatrice, nommée aussi cause déterminante, fera naître ou renaître une lésion, une affection, une maladie; 4° la santé absolue étant fort rare, chaque individu a sa prédisposition quand il n'en a pas plusieurs. A la vérité, la prédisposition peut rester fruste, si les causes déterminantes ne s'y associent pas; 5° la prédisposition ainsi considérée n'a plus rien de mystérieux; elle peut être plus ou moins malaisée à deviner et à démontrer; mais la difficulté n'excède point celle qu'exige la pose d'un bon diagnostic; 6° la connaissance exacte de la prédisposition conduit aisément à la prophylaxie et à la thérapeutique étiologique.

II

Ce n'est pas tout encore : au-dessous des états constitutionnels et des diathèses, il peut y avoir certains troubles locaux qui deviendront pour un tissu, un organe, un appareil ou un système, ce que les anciens appelaient « un lieu de moindre résistance ». Cette idée, lorsque M. Verneuil l'a exhumée, existait tout au plus à l'état de vague et vieille tradition. Maintenant sa réalité est démontrée par des faits

---

Budé (f. 161). Lorsqu'il est prorogé comme lecteur l'année suivante, il est appelé *doctor literatissimus* (f. 178). Il fait partie des commissions importantes et enfin il est élu doyen le premier samedi après la Toussaint de l'année 1532 (f. 317). Le premier décanat de Joannes Vassæus Meldensis termine le tome IV des *Commentaires*. Remanié avec le second décanat, il occupe avec lui les 43 premiers feuillets du tome V. Au feuillet douzième, J. Vasses a noté que le banquet de la Saint-Luc pour l'année 1533 n'eut pas lieu, à cause de l'intensité de la peste.

Sous le décanat de Jean Tagault qui vint ensuite (f. 47 et 48), les appointements du doyen furent augmentés. Cette décision avait été prise par Jean Vasses qui profita le premier de cet avantage.

Du reste la Faculté, en veine de générosité, augmenta aussi les appointements des lecteurs et remit à Jean Guinter d'Andernach, le même jour, ses frais de doctorat qu'il devait encore. Par compensation en novembre 1540 (f. 148 verso) les banquets furent réduits à trois seulement *pro fraternitatis vinculo*. Jean Vasses et Louis Braillon avaient vivement combattu cette restriction aux vieilles habitudes de la Faculté. En 1546, le doyen Jacques Houllier témoigne par écrit de l'autorité et du savoir de Jean Vasses, arrivé à soixante ans et qui est célèbre dans toute l'Europe pour ses traductions d'Hippocrate et de Galien (*Commentaires*, t. VI, f. 46). *Hic ergo vehementer indignitus facti Joannes Vassæus vir sexagenarius...... plurimas authoritatis et doctrinæ qui editis operibus versis aliquot Hippocratis et Galeni libris toti Europæ innotuit.* Ces traductions latines avaient une bien autre importance alors que le *De judiciis urinarum tractatus*. Ce manuel, fait pour la commodité des étudiants, est aujourd'hui bien plus connu des bibliophiles.

Jean Vasses mourut en novembre 1550, à l'âge de soixante quatre ans. La liste de ses ouvrages a été assez mal indiquée jusqu'à présent. Voici le résultat de mes recherches personnelles.

irrécusables. On sait que les manifestations locales des maladies générales n'apparaissent pas indifféremment et comme au hasard sur une partie quelconque de l'organisme, mais qu'elles choisissent de préférence un point déjà affaibli, « taré » par quelque altération préalable.

« Une tare, laissée par une ancienne blessure, peut devenir, sous l'influence d'une maladie générale survenant plus ou moins longtemps après la guérison, le point de départ d'une nouvelle affection portant parfois le cachet de celle qui l'a primitivement provoquée. C'est ainsi que nous avons vu la syphilis se fixer sur d'anciennes cicatrices, le cancer sur des tumeurs restées longtemps bénignes, le rhumatisme sur des jointures autrefois malades, la scrofule sur un membre atrophié depuis l'enfance, et que nous avons également vu la fièvre typhoïde rallumer un ancien foyer d'ostéite. »

Dès 1876, moins d'un an après la publication de la note de M. Verneuil au congrès de Nantes, nous avons essayé de montrer que le testicule est souvent, pour la tuberculose, un lieu de moindre résistance. Chez un individu à constitution solide d'ailleurs, la glande spermatique peut, sous l'influence de causes nombreuses, devenir un terrain favorable à l'éclosion du tubercule, et tel choc incapable d'ébranler tout autre point de l'organisme suffira pour y déterminer l'apparition de la maladie. Sur 60 observations de tuberculose nous trouvons que 36 fois le poumon et les organes génito-urinaires étaient atteints simultanément, mais 24 fois seule la glande spermatique était envahie et cela, à la suite d'un froissement, d'un coup, d'une violence extérieure quelconque, ou bien encore sous l'influence d'une inflammation propagée de l'urèthre.

N'en est-il pas exactement de même dans la syphilis du testicule? et si nous ajoutons ce nouvel exemple c'est qu'ici tous les chirurgiens semblent d'accord ; ceux mêmes qu'a moins préoccupés ce point de pathologie générale ont apporté leur contingent de preuves. « Si le testicule, nous dit-on, est un des viscères le plus souvent atteints, c'est qu'il est fatigué par les excès, son tissu se défend mal, la vérole y trouve un lieu de moindre résistance. » D'après Fournier le sarcocèle succède souvent « à un véritable surmenage, à des prouesses érotiques immodérées ».

Les inflammations antérieures, les orchites blennorrhagiques, par exemple, sont une prédisposition indéniable. « Ce sont là, nous dit Ricord, les causes les plus puissantes de mise en scène du sarcocèle syphilitique. » Et pour lui, cette influence est telle qu'elle peut intervertir l'ordre de succession des accidents. « Il y a une sorte de changement dans l'allure et la marche de la maladie qui, au lieu de commencer par le testicule lui-même, envahit d'abord l'épididyme... Nous sommes convaincus que ce n'est guère que dans les cas où des circonstances particulières ont agi sur ces organes que la tumeur se développe. »

III

On comprend l'importance pratique des recherches de M. Verneuil. En fin de compte, l'étiologie guide le traitement et toute conquête dans le domaine des causes, a pour conséquence une conquête semblable dans la thérapeutique. Qui prévoit sait bientôt prévenir. La chirurgie contemporaine a donc mieux à faire que de perfectionner à l'excès le procédé opératoire, elle doit tendre surtout à éviter l'opération qui doit être « un expédient, un pis-aller que l'on emploie faute de mieux... chaque prise de bistouri n'est-elle pas un aveu d'impuissance? »

Il faut lire les vigoureuses pages de M. Verneuil et comment il s'élève contre « les impatients, les téméraires, les chercheurs de bruit et d'aventures » qui, sans examen suffisant, sans diagnostic précis, au hasard du couteau, pratiquent de folles opérations, condamnées sans appel possible et dont l'issue ne peut laisser le moindre doute à tout esprit raisonnable. Certainement, les pansements nouveaux mettent d'ordinaire à l'abri des catastrophes immédiates, mais quel résultat espère-t-on obtenir? Ces chirurgiens s'avisent-ils seulement, selon la vieille règle de notre art, de mettre en parallèle de leurs décevantes espérances, les dangers qu'ils font courir au malade?

Et ce ne sont pas seulement « les chercheurs d'aventures » qui ont été saisis par le délire opératoire. Un vent de vertige semble souffler sur toute une génération. Nous lisions, il y a peu, le résumé d'un récent congrès d'outre-Rhin, et nous crûmes tout d'abord à quelque fantaisie de chroniqueur, tant nous paraissait invraisemblable une telle série de communications. Chacun semblait vouloir renchérir sur le préopinant par la hardiesse, l'étrangeté, l'étendue, et, il faut le dire aussi, la stérilité de son opération. L'un avait enlevé le larynx tout entier et une partie de la trachée ; un deuxième y avait ajouté la langue et le pharynx ; un troisième un bout de l'œsophage. L'extirpation du rein, de la rate, de l'utérus, la résection de l'estomac, du côlon, du rectum étaient citées comme choses banales. Et cela pour des tumeurs cancéreuses

---

Galeni in librum Hippocratis de victus ratione in morbis acutis commentarii quatuor. Joanne Vasseo (sic) *Meldensi interprete.* Parisiis, apud Simonem Colinæum, 1531, in-fol. de 90 pages. (*Bibl. de l'É. de M.*, n° 64.)

Dans la dédicace « Viro in re medicinali atque docto atque perito Ludovico Brallonio » Jean Vasses parle d'un médecin de Montpellier dont il sera plus amplement question dans l'édition suivante :

ΙΠΠΟΚΡΑ'ΤΟΥΣ ΚΩ'ΟΥ, ΤΟ ΠΕΡΙ' ΔΙΑΙ'ΤΗΣ Ο'ΞΕ'ΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ, Η'ΤΟΙ ΠΕΡΙ ΠΤΙΣΣΑΝΗΣ.

De victus ratione in morbis acutis, sive de Ptisana, Hippocratis Coi liber, unà cum Galeni quatuor in eundem commentariis. Joanne Vassæo Meldensi interprete, à quo denuò omnia sunt recognita et regustata. Parisiis, apud Joannem Roigny, 1543, in-8° de 144 feuillets. Le texte grec a été cette fois ajouté au latin. Jean Vasses a dédié ce livre « Joanni Morello medico regio, Michaeli Dumoncio, Joanni Hortensio et Martino Acacio, viris ut doctis ita peritis medicis ». Comme Louis Braillon cité plus haut, Jean Morelli médecin du roi, Michel du Monceau, Jean des Jardins et Martin Akakia étaient d'illustres et savants docteurs régents, collègues de Jean Vasses.

Après la dédicace vient une note sur ceux qui blâment la tisane d'orge (*Annotatio in eos qui sorbitionem ex hordeo damnant.*)... Un certain médecin de Montpellier était venu auprès du roi François. Il eut alors parmi ses auditeurs Manardus, un des plus éminents médecins de l'Italie... *Quidam Montis Pessulanus medicus cum ad regem Franciscum venisset. Habuit sanè is auditores inter quos fuit et Menardus vir apud Italos in re medica summus...* C'est cette note qui a été si maladroitement appelée depuis J.-J. Mauget : « *Epistola qua Ptisanæ usum defendit contra Joannem Manardum præfixa est Galeni de victus ratione, etc... quæ latinitate donavit. Parisiis apud Jac. Bogardum,* 1543, in-8°.

dont la récidive rapide est fatale. Pour voir mourir un opéré après quelques jours ou même après quelques mois, vaut-il la peine d'infliger aux patients de pareilles mutilations qui parfois les tuent sur le coup? « En fait d'intervention sanglante, on semble moins chercher les limites du raisonnable que celles de l'absurde. »

Si là était encore le seul danger de cette fureur opératoire, la vie de quelques malheureux en serait abrégée et voilà tout. Mais c'est qu'on prend à ce métier des habitudes détestables; on oublie d'étudier son malade et de parfaire son diagnostic. On ne classe même plus les tumeurs en celles que l'on enlève et celles que l'on n'enlève pas. On extirpe d'abord: à l'anatomiste de déterminer dans son laboratoire, la nature du néoplasme. Pour l'abdomen, par exemple, à quoi bon ces palpers prolongés, ces recherches de tout ordre, ces investigations rigoureuses? Ouvrons largement le ventre et voyons. Et comme le malade échappe le plus souvent à cette audacieuse conduite, on oublie volontiers les rares catastrophes dont elle est parfois la cause et l'on ne se demande pas si par une voie plus longue, plus lente, plus délicate, plus fatigante pour l'esprit, mais du moins sans péril pour le malade, on n'eût pas obtenu de renseignements aussi précis. Les antiseptiques ne suffisent pas à tout. « Oh! Lister, que de crimes on a commis en ton nom! »

IV

« Si l'on blâme avec raison le zèle excessif des opérateurs contemporains, il convient pour être juste de gourmander les thérapeutes; car si les premiers font trop, les seconds véritablement ne font pas assez et montrent vis-à-vis de la néoplasie une indifférence bien regrettable. Certes il est fâcheux que notre génération presque tout entière consacre son activité et son intelligence à trouver de nouvelles façons d'ouvrir le ventre et d'extirper les grands viscères, mais il est également pitoyable de voir les thérapeutes se borner à prescrire *intus* et *extra* l'inévitable iodure de potassium auquel on pardonnerait d'être inutile s'il n'était pas nuisible, et l'arsenic plus avantageux sans doute, mais qui pourtant ne guérit pas mieux.

» Au lieu de gémir à la façon des fatalistes, pourquoi ne pas puiser les indications à la seule source qui puisse les fournir, c'est-à-dire aux études étiologiques? Pourquoi enregistrer toujours les mêmes banalités sur les origines du cancer et des produits similaires, au lieu de reprendre, de contrôler, de vérifier, d'utiliser enfin cette importante idée que la néoplasie vraie dérive en droite ligne de l'arthritisme. »

Nos lecteurs connaissent déjà le livre de M. Bouchard; du moins ils ont parcouru l'intéressant article qu'ici même M. Dreyfus-Brissac lui consacré. On y a vu que le ralentissement de la nutrition, la *bradytrophie* serait la cause de l'arthritis dont les manifestations les plus ordinaires sont la goutte, l'obésité, la lithiase biliaire, la gravelle, le diabète sucré. Nous avons été profondément surpris que le sagace professeur de pathologie générale n'ait pas fait figurer le cancer dans les dérivés de la diathèse commune. Cette idée n'est donc pas aussi connue ou aussi acceptée que M. Verneuil et ses élèves semblent le croire. M. Verneuil ne peut donc s'en tenir à une affirmation; il nous doit les preuves de cette assertion qui revient si souvent sous sa plume et qui ouvrirait à la thérapeutique d'heureuses perspectives. Nous ne saurions mieux finir que par cette page qui d'ailleurs termine son introduction:

« Avec cette vue du moins, l'espérance pourra renaître. On se demandera s'il est possible de prévenir, de combattre, de détruire la néoplasie d'origine arthritique, comme on prévient, combat et détruit la néoplasie syphilitique jadis supprimée, souvent et sans façon avec le bistouri; comme on guérit aussi sans opération la néoplasie inflammatoire simple, et comme on guérira prochainement certaines néoplasies parasitaires superficielles et naissantes; comme on guérit enfin assez souvent la néoplasie strumeuse en favorisant la métamorphose caséeuse ou fibreuse du tubercule...

» Pour ma part, en condamnant sans hésitation l'abus que l'on fait aujourd'hui de la thérapeutique instrumentale, en exhortant les jeunes à lutter contre l'entraînement et à poursuivre plutôt l'œuvre de la chirurgie conservatrice, j'ai la ferme conviction de combattre le bon combat. On m'accusera sans doute d'être rétrograde et de méconnaître le progrès, on verra, dans ma protestation contre la sanglante monomanie du jour, l'indice d'une sénilité commençante, et l'effet des lustres trop nombreux dont je suis affligé, mais peu m'importe si j'ai raison et si je parviens à ramener dans la bonne voie quelques esprits incertains. Qui pourrait d'ailleurs me reprocher sérieusement de rêver pour cet art chirurgical, que je trouve si noble, quelque chose de plus humain, de plus glorieux et de plus efficace que cette folle course dans le champ de la médecine opératoire à laquelle nous assistons depuis une dizaine d'années? »

Paul Reclus.

A la *Bibl. de l'E. de M.* n° 33231 se trouve une autre édition de *Galeni in librum Hippocratis de victus ratione*, etc., revue par *Joanne Molino medico*. Lugduni, apud Guillelmum Roullium, 1563, in-8° de 298 pages. La dédicace de Vasses n'y est pas conservée.

Claudii Galeni Pergameni De causis respirationis libellus. — De usu respirationis liber unus. — De spirandi difficultate libri tres, Joanne Vasseo (sic) *Meldensi interprete*. Parisiis, apud Simonem Colinæum, 1533, in-fol. de 76 pages. (*Bibl. nat.*, Td. 38. I.—*Bibl. de l'E. de M.*, n° 57.) La dédicace « Joanni Ruellio Suessionensi, viro in re medica præstantissimo » contient un bel éloge de Jean Ruel ou de Ruel, un autre docteur régent très érudit. « Qui niera votre mérite? ce ne sera pas assurément l'Ecole de Paris (*non sanè Lutetiana Schola*), dit Jean Vasses, qui comme lui, s'occupait de traductions (*quotidianis ab occupationibus liber, è græco sermone latinis literis mandari*). Cette dédicace est datée de Paris, 9 *Calend. Augusti*, 1533.

Claudii Galeni Pergameni in Hippocratis Prorrhetici librum primum commentariorum libri tres, nunc primum à Joanne Vassæo Meldensi latinitate donati ac in lucem æditi. Parisiis, ex officina Simonis Colinæi, 1535, in-fol. de 63 pages (*Bibl. de l'E. de M.*, n° 58). Jean Vasses a dédié son livre « Reverendo Patri ac domino D. Joanni Dubuzo, episcopo Meldensi » dont il avait été le camarade d'étude (*quod et à primis annis semper te cognoverim et posteà in liberalibus studiis*).

Libri Epidemiorum Hippocratis primus, tertius et sextus, cum Galeni in eos commentariis, Jo. Vassæo Meldensi interprete. Editio prima. Lugduni, apud G. Roullium, 1550, in-12 de 816 pages (*Bibl. nat.* Td. 51. 3. — *Bibl. de l'E. de M.*, n° 33230). La dédicace « Reverendissimo ac illustrissimo domino D. Odoni à Castillione (1) cardinali atque Tholo-

(1) Odet de Châtillon (1515-1571), frère de Gaspard de Coligny l'amiral (1516-1572) et de François d'Andelot (1521-1569). Leur mère Lou se de Montmorency,

Contributions pharmaceutiques.

PRÉPARATIONS ANTICATARRHALES.

Toutes les spécialités pharmaceutiques qui se vendent sous la désignation de pâtes ou pastilles pectorales, de sirops pectoraux, contiennent des principes narcotiques.

Quels que soient leurs noms pompeux et leur aspect engageant, elles n'auraient aucune propriété et par conséquent aucun succès sans l'addition des précieux agents calmants dont la thérapeutique dispose. Les unes contiennent de l'extrait d'opium ou ses alcaloïdes, morphine et codéine; les autres contiennent en outre de l'aconit, de la belladone ou de la jusquiame.

Le principal inconvénient qu'elles offrent, c'est leur composition secrète. Certainement, les pharmaciens qui les exploitent sont habiles et prudents, ils se tiennent plutôt au-dessous qu'au-dessus des doses ordinaires, et les médecins ont toute sécurité avec eux; il n'en est pas moins vrai qu'ils ignorent ainsi ce qu'ils ordonnent à leurs malades. Le sirop de lactucarium peut servir d'exemple entre mille. De quels éloges ne l'a-t-on pas comblé jusqu'au jour où on a appris qu'il ne devait ses vertus qu'à 5 milligrammes d'extrait d'opium par cuillerée à bouche?

De plus, ces produits sont toujours accompagnés d'un prospectus qui n'est qu'une consultation médicale déguisée, applicable à un grand nombre de maladies, ce qui ne peut être vrai et admissible.

A tous les points de vue, il est utile, sauf de rares exceptions, que le médecin formule lui-même les médicaments qu'il ordonne.

Les préparations inscrites au Codex répondent suffisamment à toutes les indications.

Je sais bien qu'il faut compter avec les découvertes et avec la mode, et que le Codex n'est rédigé qu'à des intervalles très éloignés; mais ces raisons vont perdre de leur valeur; car la commission actuelle a été unanime pour demander au ministre de l'instruction publique l'institution d'une commission permanente qui serait chargée de tenir le Codex au courant de la science et de publier des suppléments au fur et à mesure du besoin. M. le ministre répondra certainement au vœu général en nommant cette commission, et nous aurons la satisfaction de voir disparaître à jamais ces procès bizarres, où un médicament très connu était condamné comme secret parce qu'il n'était pas inscrit au Codex. Exemple: le sirop de chloral, pour ne citer que celui-là.

Comme conséquence des observations qui précèdent, voici deux formules de remèdes contre les rhumes qui remplissent toutes les conditions désirables.

Sirop pectoral.

Sirop de capillaire........	200	grammes.
Extrait d'opium...........	10	centigrammes.
— de jusquiame.......	20	—
— d'aconit...........	30	—

Dissolvez les extraits dans de l'eau distillée 3 à 4 grammes environ, filtrez et ajoutez au sirop.

Ce sirop se prend à la dose de trois à quatre cuillerées à bouche par jour; par cuillerées à café pour les enfants. Chaque cuillerée à bouche de 20 grammes contient exactement la même quantité de principes actifs que la pilule suivante:

Pilules pectorales.

Extrait d'opium............	1	centigramme.
— de jusquiame.......	2	—
— d'aconit............	3	—

pour une pilule.

On en fait faire une trentaine à la fois, et on les prescrit au nombre de trois à quatre par jour.

J'ai placé les extraits par rang d'activité physiologique, et les chiffres 1, 2, 3 sont faciles à retenir. Il va sans dire que le médecin peut modifier ces chiffres à sa volonté et suivant l'effet qu'il désire obtenir; l'extrait d'opium surtout peut être facilement augmenté de moitié parce qu'il s'y trouve tempéré par l'extrait de jusquiame.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Épidémiologie.

De la quarantaine a Rouen, par le docteur Ch. Deshayes, médecin des hôpitaux de Rouen.

La question des quarantaines est des plus anciennes. A toutes les époques elle a été l'objet des études, des discussions, des réformes de tous les corps savants.

Une des plus importantes assurément de l'hygiène, aujour-

sotum archiepicospo, et episcopo comiti Belvacorum » est datée de Paris, le 22 septembre 1545. C'est qu'en effet il avait paru en 1546, une édition in-fol., probablement chez Simon de Colines, comme les précédentes. Je n'ai pu la retrouver. Eloy, sur la foi de J.-B. Louis Chomel qui se trompe, lui donne 816 pages comme à l'édition in-12. Il y a là une confusion évidente.

Dès 1537, Jean Vasses avait fait imprimer sous le voile de l'anonyme (1): *De judiciis urinarum Tractatus ex probatis collectus authoribus et in tabulæ formam confectus.* Parisiis, 1537, in-16 de 20 feuillets. Sur le dernier, on lit en gros caractères romains: « Anno domini Millisimo quingentisimo trigesimo septimo, octavo idiis Martii, excudebat Olivarius Mallardus Bibliopolla ac impressor regius. Parisiis ad insigne vasis effracti, ubi venales omnibus bonarum literarum cultoribus prostant. »

Ce petit livre, qui n'est mentionné nulle part, se trouve à la *Bibliothèque nationale*, Td. 15.19. (Don de Falconet.)

L'opuscule fut remanié ensuite dans la deuxième édition, revue et augmentée, qui jusqu'à présent avait été considérée comme la première: *De judiciis urinarum Tractatus, ex probatis collectus autoribus, et in tabulæ formam confectus, adjectis etiam causis quæ hanc vel illam urinarum reddant Joanne Vasseo* (sic) *autore.* Parisiis, ex officina Michaelis Delaguierche, in via quæ est ad D. Jacobum, sub effracto vase, 1545, avec le privilège, daté du 19 février 1544, pour deux ans, in-8° de 72 pages, sans dédicace (*Bibl. de l'É. de M.*, n° 33333). Ce petit manuel ainsi complété a eu plusieurs éditions.

veuve de Ferry de Mailly, sœur aînée du connétable Anne de Montmorency, mourut en 1547. Dans la dédicace, il y a: *matrem habes viventem.*

(1) L'année suivante parut un autre ouvrage anonyme dans la même forme: De pulsibus libellus passim ex Galeno collectus, et veluti in formulam redactus in commoditatem medicinæ candidatorum, recens natus et editus. Parisiis ex officina Christiani Wecheli, sub scuto Basileensi, in vico Jacobeo, 1538, in-4° de 73 pages. (Bibl. nat., Td. 16.7).

d'hui encore et notamment pour le département de la Seine-Inférieure, mais surtout pour la ville de Rouen, elle mérite de fixer l'attention.

Chacun sait que par quarantaine on entend aujourd'hui les mesures d'isolement imposées aux navires et aux équipages susceptibles, en raison de leur provenance, de transmettre une affection épidémique ou contagieuse, de provenance exotique. Le chiffre de quarante jours, autrefois réellement imposé, est fictif depuis longtemps, et actuellement la quarantaine, synonyme d'isolement et de séquestration, a une durée variable suivant les lieux et les circonstances.

Contrairement à certaines nations, qui laissent libre la pratique de leurs ports, la France maintient encore cette mesure de rigueur.

Que de points encore obscurs, que de divergences dans les opinions sur cette question des quarantaines, une des plus complexes, en effet, de l'hygiène et de la médecine.

Pour être scientifique et pratique, dit M. Colin, la quarantaine devra nécessairement aboutir à des conclusions variables suivant les pays auxquels s'appliqueront les règlements; variables aussi suivant la nature des affections qui en seront l'objet.

Aujourd'hui comme hier la nécessité de ces mesures est encore proclamée.

Laissons de côté la période qui s'étend du quatorzième au dix-neuvième siècle, période où trop souvent la superstition, la religion et l'ignorance jouent le rôle principal dans l'application des mesures préventives, et arrivons au décret de 1850 qui clôt d'une manière toute naturelle, ce que l'on peut appeler la période historique du régime sanitaire.

En 1851, douze puissances européennes se réunissent à Paris et adoptent un projet de règlement sanitaire international, aujourd'hui encore en vigueur quoique un peu modifié, lequel est sanctionné et promulgué le 27 mai 1853, par un décret impérial. (Voy. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. QUARANTAINES).

Il est établi, entre autres mesures que la *peste*, la *fièvre jaune* et le *choléra* sont les seules maladies qui entraînent la mise en quarantaine; que jamais aucune mesure sanitaire n'ira jusqu'à repousser un bâtiment quel qu'il soit; que l'application des mesures de quarantaine sera réglée à l'avenir d'après la déclaration officiellement faite par l'autorité sanitaire instituée au port du départ, que la maladie existe réellement.

La cessation de ces mesures se déterminera sur une déclaration semblable que la maladie est éteinte, après toutefois l'expiration d'un délai fixé à trente jours pour la peste, à vingt jours pour la fièvre jaune, à dix jours pour le choléra. Il n'y aura plus que deux patentes, la *patente brute* et la *patente nette:* la patente brute pour la présence constatée de la maladie, la patente nette pour l'absence attestée de la maladie.

Un bâtiment en patente nette, dont les conditions seraient évidemment mauvaises et compromettantes, pourra être assimilé, par mesure d'hygiène, à un bâtiment en patente brute et soumis au même régime.

Les parties contractantes conviennent d'adopter le principe d'un minimum et d'un maximum.

En ce qui concerne la fièvre jaune, et lorsqu'il n'y aura pas eu d'accident pendant la traversée, le minimum sera de *cinq* jours, et le maximum de *sept* jours. Ce minimum pourra être abaissé à *trois* jours, lorsque la traversée aura duré plus de *trente* jours, et si le bâtiment est dans de bonnes conditions d'hygiène.

Quand des accidents se seront produits pendant la traversée, le minimum de la quarantaine à imposer sera de *sept* jours, et le maximum de *quinze*.

Ce règlement sanitaire international établit encore que les mesures de précaution qui pourront être prises sur les frontières de terre, seront : l'isolement, la formation de cordons sanitaires, l'établissement de lazarets permanents ou temporaires pour l'accomplissement des quarantaines.

Le droit accordé à tout port sain de se prémunir contre un bâtiment suspect ou malade, pourra aller jusqu'à l'isolement du navire, et l'adoption des mesures hygiéniques que les circonstances rendraient nécessaires.

Quels que soient le nombre des malades qui se trouveront à bord et la nature de la maladie, un navire ne pourra jamais être repoussé, mais il sera assujetti aux précautions que commande la prudence, tout en conciliant les droits de l'humanité avec les intérêts de la santé publique.

Dans les ports qui n'ont pas de lazarets, l'*administration sanitaire locale* déterminera si le bâtiment suspect ou malade doit être dirigé sur un lazaret voisin ou peut rester au mouillage dans un lieu réservé et isolé, sous la garde de l'autorité sanitaire.

Il ne pourra être dirigé sur un autre lazaret qu'après avoir reçu les secours et soins que réclamerait son état ou celui de ses malades, et avoir obtenu les moyens de continuer sa route.

Les mesures relatives au départ comprendront l'observation, la surveillance et la constatation de l'état sanitaire du pays; la vérification et la constatation de l'état hygiénique des bâtiments qui en partent, de leurs cargaisons et vivres, de la santé des équipages; des renseignements, quand il y a lieu, sur la santé des passagers, et enfin les patentes de santé et tout ce qui s'y rapporte.

S'il y a des malades à bord, il en sera fait mention. La patente devra contenir enfin tous les renseignements qui peuvent éclairer l'autorité sanitaire du port de destination

---

Avec le même titre : Lugduni, apud Gulielmum Roullium, 1549, in-12 de 94 pages. (*Bibl. de l'E. de M.*, n° 39205.)

Idem, idem, 1553, in-12 de 94 pages, imprimé de nouveau et non page par page. On lit à la fin : « Lugduni, excudebat Philibertus Rolletius. » (*Bibl. de l'E. de M.*, n° 30242.)

Avec le même titre toujours : Liguri (Zurich), per Andream Gesnerum F. et Jacobum Gesnerum fratres, 1555, in-8° de 920 pages. Le *De judiciis urinarum* occupe de 81 à 145.

Il est précédé du petit livre sans nom d'auteur que je viens de mentionner avec ce titre : *De pulsibus libellus in Galeni libris collectus, ac veluti in formulam redactus in candidatorum rei medicæ commoditatem, authore nostri seculi incacto (Gallo ut videtur quoniam liber Lutetiæ primum editus est, anno salutis* 1538) *sed diligentissimo doctissimoque viro* (1 à 81). *Bibl. nat.* (Td. 34. 20).

NICOLAS VASSES du diocèse de Meaux est mentionné aux *Commentaires* (t. V, f. 50). Il demande, le 30 octobre 1535, à être inscrit sur la liste des candidats. Au verso du f. 50, la réponse de la Faculté, datée du 6 novembre, est donnée tout au long. *Hâc formâ probatur tempus studii...* Il était maître ès arts et certifiait de deux années d'études révolues depuis 1533. Mais ensuite il n'est plus question de lui, pas même comme bachelier. S'il eût été le fils ou le neveu du précédent les *Commentaires* l'auraient dit. Il a dû naître vers 1516.

Dr TURNER.

(*A suivre.*)

CONCOURS DE PRIX. — La Société de médecine de Toulouse vient de mettre au concours, pour l'année 1884, la question suivante : « Etude comparative des trois vaccins; auquel faut-il donner la préférence? » Le prix sera d'une valeur de trois cents francs. Les mémoires devront être adressés au secrétaire général de la Société avant le 1er janvier 1884.

et la mettre à même de se faire une idée aussi exacte que possible de la santé publique au point de départ et environs, de l'état du navire et de sa cargaison, de la santé des équipages et de celle des passagers. Voilà pour le *départ*.

Pendant la *traversée*, le médecin du bord et à son défaut le capitaine ou le patron sera tenu de consigner avec exactitude et autant que possible jour par jour, sur un registre *ad hoc*, les circonstances qui peuvent être de nature à intéresser la santé publique, en notant, avec un soin tout particulier, les maladies observées.

A l'*arrivée*, tout bâtiment sera soumis aux formalités de la *reconnaissance* et de l'*arraisonnement*. Ainsi qu'au départ les cas douteux, les renseignements contradictoires seront toujours interprétés dans le sens de la plus grande prudence. Le bâtiment devra être provisoirement tenu en réserve. L'admission à la *libre pratique* sera précédée de la visite du bâtiment toutes les fois que l'autorité sanitaire le jugera nécessaire.

Tout bâtiment arrivant en patente *brute* sera déclaré en *quarantaine*.

Pour être admis à la libre pratique, le navire sera soumis à la reconnaissance et à l'arraisonnement.

La *reconnaissance*, applicable en principe à tous les navires, se borne à la simple constatation de la provenance du bâtiment, et des conditions générales dans lesquelles il se présente.

Un très petit nombre de questions adressées au capitaine suffisent pour l'accomplissement de cette formalité. (Voy. *Dictionnaire encyclopédique*, p. 72, modèle d'interrogation.)

Dans les cas d'*arraisonnement*, les autorités sanitaires pourront faire, indépendamment des questions de la reconnaissance, toutes les autres interrogations qu'elles jugeront nécessaires. Les autorités sanitaires seront établies partout sur des bases uniformes, et se composeront :

1° D'un agent responsable du gouvernement ;

2° D'un conseil local.

L'agent représentera essentiellement le pouvoir central. Il sera pris autant que possible *dans le corps médical*, et il aura le titre de directeur de la santé.

Telles sont les mesures actuelles, telle est la loi aujourd'hui en vigueur dans notre pays.

Or, l'histoire peu connue du fonctionnement intime des lazarets en général, et du service sanitaire du port de Rouen en particulier, doit avoir à notre avis, une réelle utilité, en révélant des usages qui appellent une réforme.

De tous points comparable à Glascow, port central de l'Écosse, qui, par suite de travaux importants faits sur la Clyde, a vu dans l'espace de moins d'un demi-siècle sa population quadrupler et l'importance de son port centupler, Rouen, port également central, point de ralliement entre le Havre et Paris, non moins qu'entre l'étranger et l'Europe entière, est appelé sans aucun doute au même développement. Depuis quelques années, en effet, le mouvement maritime de notre port a pris des proportions jusque là inconnues, et tout permet d'affirmer que le nombre et l'importance des navires ne fera encore qu'augmenter.

De cet état de choses il est résulté tout naturellement un changement notable dans le fonctionnement des différents services. Au point de vue qui nous occupe, par exemple, les droits sanitaires qui, il y a vingt ans, étaient de quelques milliers de francs, se sont élevés :

En 1876 à............	26 564 fr.
En 1877 à............	27 271 —
En 1878 à............	35 000 —
En 1879 à............	66 000 —
En 1880 à............	65 000 —

Tout naturellement aussi la surveillance sanitaire et la responsabilité qui incombe aux agents du service ont augmenté.

Que se passe-t-il en effet ?

Tout navire à destination de Rouen, partant des côtes d'Afrique ou d'Amérique, de Saint-Louis ou de New-Orléans, en un mot venant hors d'Europe, doit au départ se munir d'une patente de santé, *patente nette* ou *patente brute*. A l'arrivée à Rouen, l'agent sanitaire vise la patente, et admet aussitôt le navire en libre pratique, s'il y a lieu, c'est le cas le plus ordinaire, ou déclare sa mise en quarantaine, si la patente est brute, ou si le point de départ est suspect et contaminé (ce que l'on apprend le plus souvent par la presse ou la rumeur publique), ou enfin si le navire a perdu en route un ou plusieurs hommes de son équipage.

Du point de départ, de Saint-Louis, par exemple, au port de débarquement, c'est-à-dire jusqu'à Rouen, le navire ne subit et n'a à subir aucune inspection, aucune visite sanitaire, ni au Havre, ni ailleurs, à moins d'escale ; voilà donc notre navire arrivé à Rouen.

De quelle autorité sanitaire va-t-il relever ?

De celle du Havre.

Il existe au Havre, en effet, comme dans tous les grands ports maritimes, un directeur de la santé, à la haute compétence duquel je me plais à rendre justice, et dont la vigilance s'étend jusqu'à Rouen. Or, à une époque où il n'existait à Rouen qu'une navigation de cabotage, on comprend très bien qu'une inspection sanitaire n'avait point sa raison d'être.

En est-il de même aujourd'hui ? Comme le Havre, Rouen est devenu un port de premier ordre. Les deux agents sanitaires subalternes qui y résident, trop souvent obligés d'en référer à la direction du Havre, se trouvent forcément limités dans leur action. Certes ils remplissent leur mandat avec zèle, dévouement et grande intelligence, mais naissent parfois des difficultés imprévues qu'il n'est plus de leur compétence de résoudre : témoin le *Thorsberg*, navire admis par nous l'an dernier à la libre pratique, lequel, sur un *ordre contraire* émané du Havre, dut rétrograder en Seine, et faire procéder à une désinfection et à un lavage complet des marchandises et du navire. Le cas échéant, M. le directeur de la santé du Havre se trouve obligé de se déplacer, et de venir s'assurer *de visu* s'il y a lieu de maintenir, de prolonger ou de lever la quarantaine. Lui seul, en effet, a l'autorité voulue en pareille occurence.

C'est pourquoi, considérant :

1° Que la loi établit que les autorités sanitaires seront établies partout sur des bases uniformes ;

2° Que le nombre, l'importance et la provenance des navires qui viennent à Rouen, comme l'élévation constante des droits sanitaires ont créé de nouveaux besoins ;

3° Que dans les cas de quarantaine tout retard apporté dans l'admission des navires entraîne toujours de graves préjudices pour le commerce.

Nous avons pensé qu'il y avait intérêt pour la ville de Rouen de soulever cette question essentiellement hygiénique, et nous croyons qu'il y a lieu de proposer à l'autorité supérieure, d'établir à Rouen une inspection sanitaire locale, complètement indépendante de celle du Havre.

CORRESPONDANCE

La mort subite dans la fièvre typhoïde.

A M. LE DOCTEUR BLACHEZ.

Mon cher collègue,

Le cas intéressant de mort subite dans le cours d'une fièvre typhoïde dont vous entretenez les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* (n° 24) m'a rappelé celui que j'ai observé à l'hôpital Tenon, au mois de décembre 1881. La mort étant également survenue au douzième jour de la maladie, mon observation peut être rapprochée de la vôtre à ce point de vue, et c'est pour cette raison

que je vous demande la permission de vous en donner la relation succincte :

Un jeune homme de dix-neuf ans, bien portant jusqu'alors, d'une constitution robuste, entre à l'hôpital Tenon, dans mon service, le 2 décembre 1881. Il était alors au troisième jour d'une fièvre typhoïde, et je n'ai pas besoin sans doute d'insister davantage sur les symptômes qu'il a présentés dans le cours de la maladie et qui tous affirmaient de la façon la plus certaine l'exactitude du diagnostic porté dès le premier jour de son entrée. Je vais seulement noter dans l'observation ce fait que le malade était plongé dans un abattement assez considérable; il répondait à peine et avec lenteur aux questions diverses qu'on lui adressait; l'état vertigineux paraissait très accusé, ce qui n'empêchait pas le malade de se lever tous les jours pour aller aux cabinets, malgré la défense formelle qui lui en avait été faite. Le cœur fut ausculté avec soin presque tous les jours, et je puis affirmer que je ne trouvai jamais rien d'anormal de ce côté et que je ne constatai pas une de ces intermittences sur lesquelles mon excellent collègue et ami, le docteur Langlet (de Reims), insistait dernièrement dans un travail intéressant (*Union médicale du Nord-Est*, mars 1881). La température se maintint toujours à un chiffre assez élevé; le premier jour (c'est-à-dire le 2 décembre), elle était, le soir, de 40°,7; elle descendit progressivement jusqu'au matin du huitième jour où elle n'était plus que de 39°,3; puis elle remonta le dixième et le onzième jour jusqu'à 40°,6. A ce moment, c'est-à-dire la veille de la mort, que rien ne faisait prévoir, on administra un lavement d'acide phénique à 50 centigrammes qui fit baisser la température de plus de 2 degrés (de 40°,6 à 38°,5). Je ne pense pas cependant que la terminaison fatale puisse être mise sur le compte de l'administration de l'acide phénique, car celle-ci fut promptement suivie d'une élévation du chiffre thermique jusqu'à 40°,2 et ne donna lieu à aucun symptôme de congestion pulmonaire ou d'intoxication phéniquée.

Je dois ajouter que, pendant tout le cours de la maladie, les urines révélèrent la présence d'une assez grande quantité d'albumine rétractile. Les taches rosées lenticulaires étaient nettement apparues au dixième jour. Le 11 décembre, au douzième jour de la maladie, la sœur du service était allée près de son lit vers cinq heures moins un quart; elle lui avait parlé, lui avait donné un bouillon que le malade se préparait à prendre. Un quart d'heure après, à cinq heures, un de ses voisins n'entendant plus aucun mouvement, regarda de ce côté et vit le malade, très pâle, étendu immobile sur son lit, la tête un peu renversée en arrière. Il était mort.

A l'autopsie (qui a été faite avec le concours de mon cher et savant collègue M. Strauss), on trouve une congestion légère des deux poumons, une congestion assez intense des reins; le foie était légèrement graisseux, la rate très diffluente. A l'œil nu, le cerveau ne présente aucune altération; il ne paraît pas anémié; la moelle et le bulbe n'ont pas été examinés. L'intestin présente les lésions caractéristiques de la dothiénentérie avec psorentérie très manifeste.

L'artère pulmonaire, suivie jusque dans ses dernières ramifications, ne renferme aucun caillot dans son intérieur. Mais le cœur est mou, flasque, de coloration un peu jaune clair. M. Strauss l'examina très attentivement au microscope, et voici la note qu'il a bien voulu me donner à ce sujet :

« L'examen microscopique du cœur révèle l'intégrité des fibres du myocarde dont la striation est nettement accusée, ces fibres sont remarquables par l'absence totale d'infiltration granulo-graisseuse ou pigmentaire, même au voisinage du noyau de la fibre cellule. Les travées conjonctives, qui séparent les gros faisceaux secondaires du myocarde, présentent, il est vrai, une infiltration très discrète de jeunes cellules, se colorant fortement par le carmin, infiltration qui est surtout accusée dans le voisinage des artères. Celles-ci présentent un épaississement manifeste de la tunique externe ainsi qu'un certain degré de prolifération de l'endothélium; en un mot, des lésions manifestes d'*endo-périartérite* au début, et présentant une grande analogie avec celles qui ont été signalées par M. Hayem. Mais la lumière des vaisseaux est partout demeurée perméable, et la lésion artérielle, quoique non douteuse, n'est cependant pas assez accusée pour avoir entraîné des modifications histologiques appréciables des fibres du myocarde; il serait donc très aventuré d'attribuer à l'existence de ces lésions vasculaires, simplement ébauchées, la mort subite qui a emporté le malade. »

Je partage absolument cet avis : le malade est mort de syncope, mais celle-ci n'est pas survenue par le fait des altérations du myocarde ou des vaisseaux du cœur, dont l'altération souvent beaucoup plus accusée dans d'autres maladies n'entraîne pas cependant un dénouement fatal.

On ne peut invoquer non plus l'anémie cérébrale qui n'existait pas. Quoique le malade eût présenté de l'albuminurie, on ne peut pas, comme on l'a prétendu, attribuer la mort à des accidents urémiques qui n'existaient pas davantage. L'autopsie ne révélait ni congestion cérébrale, ni congestion pulmonaire comme dans le cas rapporté par Surmay (*Arch. gén. de méd.*, 1878). Enfin, j'ai déjà dit qu'on ne devait pas incriminer le lavement d'acide phénique...

Dans tous les cas, il est certain que le malade n'a pas succombé par le mécanisme que j'ai indiqué, de l'action combinée de l'anémie cérébrale et de l'impuissance du cœur, et je m'empresse de dire avec vous, qu'il n'y a pas de « théorie exclusive satisfaisante ».

Cependant, sans vouloir prolonger trop ce débat, il y a un fait qui me frappe : c'est le silence de tous les auteurs sur les altérations du bulbe. Dans mon observation, nous avons pensé, avec M. Strauss, malheureusement trop tard, à l'examiner. Or, je ne serais pas étonné que l'on constatât plus tard vers cet organe des lésions capables d'expliquer, *dans certains cas*, la mort subite dans la fièvre typhoïde, d'autant plus que des altérations histologiques ont déjà été constatées dans la substance cérébrale par plusieurs auteurs. Je serais tenté d'en voir la preuve dans les deux observations si remarquables de mon excellent ami le docteur Blanquinque, de Laon (*Union méd. et scient. du Nord-Est*, n° 1, 1878). Il s'agit de deux cas de syncope très graves survenue dans la convalescence de la fièvre typhoïde, et dont le danger fut conjuré par des injections de morphine, moyen que j'avais déjà proposé contre la syncope de la fièvre typhoïde dans le travail auquel vous voulez bien faire allusion. En effet, par son action sur les troubles de la circulation et de la respiration, on peut dire que la morphine est un *médicament bulbaire* par excellence. On peut encore s'appuyer, — sinon pour soutenir cette opinion, au moins pour la soulever, — sur les deux observations de MM. Barberet et Chouet (*Gaz. heb. de méd.*, 1879, p. 329) dans lesquelles la mort subite par *asphyxie* est rapportée à une origine bulbaire.

Sur ce point, la parole est maintenant aux anatomo-pathologistes qui devront dorénavant examiner avec soin l'état des centres nerveux et du bulbe en particulier dans les autopsies de fièvre typhoïde.

Henri HUCHARD,
Médecin de l'hôpital Tenon.

Paris, le 21 juin 1882.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 JUIN 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

MÉDAILLE OFFERTE A M. PASTEUR. — M. *le Président* rappelle qu'une réunion de savants et d'admirateurs, ayant résolu d'offrir à M. Pasteur une médaille commémorative de ses remarquables découvertes, une commission a été chargée d'en surveiller l'exécution. Les travaux étant terminés, cette commission s'est rendue, le 25 juin, au domicile de M. Pasteur pour lui remettre la médaille, œuvre de M. Alphée Dubois, qui rappelle si heureusement la physionomie du destinataire. La réunion se composait de MM. Dumas, Boussingault, Bouley, Jamin, Daubrée, Bertin, Tisserand, Davaine et Villemin. A cette occasion, M. Dumas prononça un discours dans lequel il rappela les travaux de M. Pasteur, qui n'a connu que des succès, et dont l'École normale, l'Institut, le monde savant, la France entière, sont justement fiers.

En recevant la médaille qui lui était offerte, M. Pasteur a répondu par quelques paroles de reconnaissance pour le maître illustre qui avait encouragé et dirigé sa jeunesse, et de remercîments pour les collègues et confrères qui avaient eu la pensée de lui offrir une si haute marque de leur estime en récompense de ses efforts.

Sur la demande de M. *P. Thénard*, MM. Dumas et Pasteur ont donné communication de leur discours.

Le discours de M. Dumas se terminait ainsi :

« Mon cher Pasteur, votre vie n'a connu que des succès. La méthode scientifique, dont vous faites un emploi si sûr, vous doit ses plus beaux triomphes. L'École normale est fière de vous compter au nombre de ses élèves, l'Académie des sciences s'enorgueillit de vos travaux; la France vous range parmi ses gloires. Au moment où, de toutes parts, les témoignages de la reconnaissance publique s'élèvent vers vous, l'hommage que nous venons vous offrir, au nom de vos admirateurs et de vos amis, pourra vous sembler digne d'une attention particulière. Il émane d'un sentiment spontané et universel, et il conserve pour la postérité l'image fidèle de vos traits.

» Puissiez-vous, mon cher Pasteur, jouir longtemps de votre gloire et contempler les fruits toujours plus nombreux et plus riches de vos travaux. La science, l'agriculture, l'industrie, l'humanité vous conserveront une gratitude éternelle, et votre nom vivra dans leurs annales parmi les plus illustres et les plus vénérés. »

M. Pasteur a répondu :

« Mon cher maître, il y a quarante ans, en effet, que j'ai le bonheur de vous connaître, et que vous m'avez appris à aimer la science et la gloire. J'arrivais de la province. Après chacune de vos leçons, je sortais de la Sorbonne transporté, et souvent ému jusqu'aux larmes. Dès ce moment, votre talent de professeur, vos immortels travaux, votre noble caractère, m'ont inspiré une admiration qui n'a fait que grandir avec la maturité de mon esprit.

» Vous avez dû deviner mes sentiments, mon cher maître. Il n'est pas une seule circonstance importante de ma vie ou de celle de ma famille, circonstance heureuse ou pénible, qui vous ait trouvé absent et que vous n'ayez en quelque sorte bénie. Voilà qu'aujourd'hui encore vous êtes au premier rang dans l'expression de ces témoignages, bien excessifs suivant moi, de l'estime de mes maîtres, devenus mes amis. Et ce que vous avez fait pour moi, vous l'avez fait pour tous vos élèves. C'est là un des traits distinctifs de votre nature. Derrière les individus, vous avez toujours envisagé la France et sa grandeur.

» Comment vais-je faire désormais? Jusqu'à présent les grands éloges avaient enflammé mon ardeur et ne m'avaient inspiré que l'idée de m'en rendre digne par de nouveaux efforts; mais ceux que vous venez de m'adresser, au nom de l'Académie et des Sociétés savantes, sont en vérité au-dessus de mon courage. »

Tableau mobile des différentes attitudes du cheval a une allure quelconque. Note de M. *Marey*. — Les notations des allures du cheval exigeant, pour être profitables aux représentations artistiques, une étude préalable, un de nos élèves, M. Cuyer, peintre et prosecteur d'anatomie à l'Ecole nationale des beaux-arts, a tenté de les rendre plus faciles à consulter en adoptant une disposition figurative qui, étant donnée la position d'un membre à une période quelconque d'une allure, permet de retrouver instantanément la position des trois autres membres pour cette même période; c'est, on le voit, une sorte de barème ou compte fait de la concordance des membres pour n'importe quelle phase des allures. M. Marey entre dans quelques détails au sujet du procédé de M. Cuyer.

De l'action des basses températures sur la vitalité des trichines contenues dans les viandes, par MM. *Bouley* et *P. Gibier*. — 1° Le procédé qui, jusqu'à présent, a été conseillé comme le plus sûr pour tuer les trichines dans les viandes qu'elles peuvent infester est de soumettre ces viandes à une cuisson complète. Mais on a aussi proposé de substituer l'action du froid à celle de la chaleur, en soumettant des viandes trichinées à une température de — 20 degrés à — 40 degrés, pendant le temps nécessaire à la pénétration complète du froid jusqu'au centre de la viande. Les auteurs ont institué des expériences comparatives sur les viandes congelées et sur celles qui ne l'étaient pas. En voici le résultat : Dans la viande non congelée, au moment où l'on a fait agir la chaleur à une température de 35 à 40 degrés sur la lame de verre du microscope où l'on examinait la préparation, on a vu la trichine, quand elle était sortie de son kyste, se dérouler assez vivement. Celles qui étaient enkystées s'enroulaient au contraire. Quand on continuait à chauffer, la trichine éprouvait un mouvement brusque, puis elle devenait immobile. Elle était morte, tuée par la chaleur. La trichine de la viande congelée, soumise à la même épreuve, restait immobile. Elle se déformait seulement lorsque, sous l'influence de la chaleur, l'albumine du kyste se contractait.

2° *Coloration avec le violet de méthylaniline.* — Lorsque les trichines sont mortes, elles se colorent, au contact de cette substance, avec une intensité égale à celle des fibres musculaires. Vivantes, elles résistent à cette imbibition pendant plus de huit jours. Grâce à ce réactif, il devient facile de constater la différence des trichines, au point de vue de la vitalité, dans les viandes congelées et non congelées. Celles des premières se colorent immédiatement, tandis que les autres conservent leur transparence. On peut obtenir le même résultat avec le picrocarminate d'ammoniaque ou le bleu d'aniline.

3° *Examen comparatif des trichines des viandes congelées et non congelées soumises à l'action digestive dans le canal des oiseaux.* — Les oiseaux ne sont pas susceptibles d'être infestés par les trichines. Quand on les alimente avec des viandes trichinées, leurs muscles ne sont pas envahis par les embryons de ce parasite, comme le sont ceux de l'homme et du porc. Mais les trichines ingérées vivantes éprouvent dans l'intestin des oiseaux un commencement de développement; et, comme elles résistent à l'action des liquides digestifs, on les retrouve vivantes dans le canal intestinal et dans les excréments. La trichine morte, au contraire, est digérée et l'on n'en retrouve aucune trace. Dix jeunes oiseaux ont servi à des expériences comparatives : cinq ont reçu de la viande congelée; cinq de la viande non congelée. On avait eu le soin de dessaler ces viandes avant de les faire ingérer. L'expérience a duré huit jours. Voici quels ont été les résultats des examens au microscope : aucune trichine dans les intestins et dans les excréments des oiseaux nourris avec de la viande congelée. Trichines nombreuses dans les intestins et dans les excréments des oiseaux nourris avec de la viande non congelée. La viande soumise à la congélation ne subit aucune modification après le dégel; elle reste ce qu'elle était auparavant. L'examen comparatif des morceaux congelés et non congelés ne permet de saisir aucune différence.

De nouvelles expériences, faites le 16 juin, avec un jambon trichiné, ont démontré qu'il suffisait d'une température de — 12 à — 15 degrés pour faire périr les trichines. Le jambon, pesant 7 kilogrammes, n'est remonté à zéro qu'après cinq heures.

Etude expérimentale des conditions qui permettent de rendre usuel l'emploi de la méthode de M. Toussaint pour atténuer le virus charbonneux et vacciner les espèces animales sujettes au sang de rate. Note de M. *A. Chauveau*.

On sait que M. Toussaint vaccine les moutons contre le sang de rate en leur inoculant du sang charbonneux chauffé pendant quelques minutes à une certaine température. On sait aussi, par la démonstration qu'en a donnée M. Pasteur, que l'élévation de température agit dans ce cas en atténuant l'activité du virus, la bactéridie charbonneuse.

La première règle à suivre, la principale, c'est de pratiquer le chauffage de manière à communiquer au sang presque instantanément et également dans toutes ses parties la surélévation de température, et de le soustraire de même à cette influence. Lorsque la quantité de sang à transformer en vaccin est trop considérable, toutes les parties ne sont pas uniformément impressionnées par un très court chauffage; les agents virulents des couches profondes peuvent conserver toute leur activité et leur aptitude à causer une infection mortelle; à moins que le chauffage ne soit trop prolongé, auquel cas on s'expose à tuer absolument le plus grand nombre des agents virulents. Pour éviter cet écueil, il faut renfermer le sang dans de petites pipettes cylindriques de 1 millimètre au plus de diamètre. On scelle l'extrémité de ces pipettes, et l'on

plonge la partie qui contient le sang dans une grande masse d'eau portée et maintenue à la température voulue. Au bout du temps convenable, les pipettes sont retirées et plongées dans de l'eau froide. Grâce à la faible masse du véhicule qui renferme les agents virulents, ceux-ci s'échauffent et se refroidissent tous de même, avec une précision qui ne laisse rien à désirer.

Une autre règle doit être encore rigoureusement observée si l'on veut assurer pleinement la réussite de l'opération : il faut recueillir le sang dans des conditions qui permettent d'affirmer que les agents virulents introduits dans les tubes ont tous la même vitalité, la même activité, et qu'ils seront ainsi impressionnés de la même manière par le chauffage. C'est le cas quand on prend le sang sur un cochon d'Inde qui vient de mourir, après avoir survécu de trente-six à quarante-huit heures à l'inoculation d'un virus très actif. Avant d'introduire le sang dans les pipettes, on laisse celui-ci se prendre en caillots, que l'on brise et que l'on écrase pour en extraire un sang défibriné, qui est toujours très riche en bâtonnets virulents.

Le vaccin ainsi préparé doit être employé de suite, ou le lendemain de sa préparation au plus tard. L'expérience m'a appris qu'il est alors tout aussi inoffensif et efficace que le vaccin Pasteur, *si le chauffage a été pratiqué à une température et pendant un temps convenables*. Voilà le point de très grand intérêt que j'ai à traiter maintenant.

Entre le point de chauffage qui fait perdre au sang presque toute son activité et celui qui respecte presque toute sa virulence, on croit généralement qu'il n'existe qu'un stade intermédiaire correspondant à un seul degré d'atténuation plus ou moins difficile à obtenir. C'est une erreur. Mes recherches m'ont appris que la marge comprise entre ces points extrêmes est assez large pour qu'on puisse, en chauffant plus ou moins, obtenir plusieurs degrés d'atténuation ; rien de plus facile que de produire ainsi, en quelques minutes, cinq ou six virus-vaccins d'activité presque régulièrement graduée. Cette méthode, pour faire varier l'activité du virus-vaccin, est vraiment d'une admirable simplicité. Voici quelques indications sur son emploi et ses résultats.

C'est à partir de la température + 43-44 degrés, suffisante pour empêcher tout développement, toute multiplication du *Bacillus anthracis*, qu'on peut soumettre au chauffage le sang charbonneux destiné à être transformé en matière à vaccination. L'opération réussit parfois encore à la température de + 53-54 degrés. On n'a presque plus de chances de succès si l'on dépasse tant soit peu cette limite. Neuf à dix minutes d'exposition à la température de + 54 degrés suffisent à tuer complètement les bactéridies du sang charbonneux. Ce temps est bien court : il ne permet pas d'opérer avec beaucoup de sûreté l'atténuation du virus. A + 52 degrés, on peut opérer, au contraire, avec une sécurité à peu près complète. Il faut un chauffage d'environ quinze à seize minutes pour arriver alors à anéantir toute vitalité dans le virus. Avec le chauffage de quatorze minutes, l'activité virulente de la bactéridie est respectée, mais extrêmement atténuée. Cette atténuation se marque de moins en moins si l'on fait descendre la durée du chauffage à douze, dix, huit, six minutes.

C'est le chauffage à + 50 degrés, mis en œuvre par M. Toussaint, que j'ai étudié avec le plus de soin. Avec cette température, il faut environ vingt minutes pour tuer la bactéridie charbonneuse. Le chauffage pendant dix-huit minutes produit un excellent vaccin d'une très grande atténuation. L'atténuation est encore marquée après un chauffage d'une durée de dix minutes ; mais elle n'est déjà plus suffisante pour permettre de premières vaccinations absolument inoffensives. A plus forte raison en est-il de même si la durée du chauffage est réduite à huit minutes. Entre ces deux degrés extrêmes d'atténuation s'intercalent naturellement un certain nombre de degrés intermédiaires graduellement croissants, quand on fait varier la durée du chauffage de dix-huit à dix minutes. Une première inoculation avec du vaccin faible (sang chauffé à + 50 degrés pendant quinze minutes), et une seconde inoculation, à dix ou quinze jours d'intervalle, avec du vaccin fort (sang chauffé pendant neuf à dix minutes) préservent les moutons des atteintes du virus le plus actif inoculé plus tard.

Ce n'est pas seulement par le résultat des inoculations qu'il est permis de juger du degré d'atténuation que le chauffage de durée plus ou moins courte communique à l'activité du virus charbonneux. La diminution de la virulence coïncide toujours avec un affaiblissement équivalent dans l'activité de la prolifération du microphyte. La constatation de cet affaiblissement constitue même un très élégant et très intéressant moyen de prouver que l'influence atténuante du chauffage varie comme la durée de celui-ci. M. Chauveau entre à cet égard dans quelques développements. (Renvoi à la commission du prix Vaillant.)

Action de l'eau oxygénée sur la matière colorante rouge du sang et sur l'hématosine, par M. *A. Béchamp*. — L'auteur formule ainsi les conclusions de son travail :

En résumé : 1° l'hémoglobine et l'hématosine se comportent au contact de l'eau oxygénée comme des corps oxydables ; quant à l'oxygène dégagé, il l'est corrélativement ; c'est ce que Thénard avait constaté pour certains principes immédiats végétaux ; c'est ainsi qu'il a vu le sucre et l'amidon dégager de l'acide carbonique et de l'oxygène à la fois quand il employait de l'eau oxygénée concentrée.

2° Il est clair que le sang contient deux causes de décomposition à l'égard de l'eau oxygénée, les microzymas et l'hémoglobine. Or M. Dumas a vainement recherché l'eau oxygénée dans le sang ; j'imagine que personne ne sera plus habile que l'illustre chimiste ; puisque, si elle se forme, c'est pour être aussitôt utilisée et produire les transformations dont celles que je viens de faire connaître ne sont sans doute que l'image.

Sur le suc gastrique. Note de M. *P. Chapoteaut*. — Voici la méthode employée par l'auteur pour obtenir le suc gastrique nécessaire à nos expériences : les estomacs de moutons récemment sacrifiés sont lavés rapidement ; on en sépare les glandes pepsigènes, que l'on pulpe avec soin, sur un tamis métallique à mailles fines ; l'évaporation de cette pulpe sur des plaques de verre à la température de + 50 degrés donne un résidu sec formé de parties fibreuses, de suc gastrique et de matières grasses qu'enlève l'éther anhydre sans altérer son pouvoir digestif. Le produit ainsi obtenu, traité à plusieurs reprises par l'eau distillée (100 grammes pour 3 litres), se dissout en laissant un résidu dénué de tout pouvoir digestif. Cette solution aqueuse évaporée abandonne une pepsine dissolvant trois mille fois son poids de fibrine ; en étendant cette solution aqueuse de son volume d'alcool à 95 degrés, elle laisse précipiter un corps pulvérulent blanc et neutre, tandis que le véhicule hydro-alcoolique présente une réaction acide. Quelle est la nature de cette matière blanche, et quel est le corps qui donne une réaction acide au véhicule hydro-alcoolique? Le premier point reste obscur ; quant au second, l'auteur pense que cet acide est un des éléments actifs de la pepsine, et que celle-ci est la combinaison d'une matière albuminoïde avec un acide organique, ce que j'espère démontrer prochainement.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 JUILLET 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet une lettre par laquelle M. *Mond* (de Lyon) revendique la découverte de l'emploi des injections de pilocarpine comme moyen curatif de la rage. (Renvoi à M. Bouley.)

M. le docteur *Gariel* envoie, à l'appui de sa candidature, l'*Exposé de ses titres* et les ouvrages suivants : 1° le premier fascicule d'un *Traité pratique d'électricité comprenant les applications aux sciences et à l'industrie* ; 2° une brochure intitulée : *Notions générales sur les piles et les courants*.

M. *Brodier* (de Bazancourt, Marne) adresse un mémoire manuscrit ayant pour titre : *Réflexions sur la scarlatine à l'occasion d'une épidémie grave observée en* 1881. (*Commission des épidémies*.)

M. le docteur *Guinoiseau* (de Saint-Dizier, Ardennes) envoie le tableau des *vaccinations qu'il a faites pendant l'année* 1881. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Longet* adresse un mémoire intitulé : *Études comparatives sur les résultats des vaccinations et des revaccinations pratiquées en décembre* 1881 *au* 32e *régiment d'artillerie au moyen du vaccin de génisse et du vaccin humain*. (*Même commission*.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose de la part de M. le docteur *Becour* (de Lille), une brochure intitulée : *Des causes de la mortalité des nouveau-nés et moyens de la diminuer*. (*Commission de l'hygiène de l'enfance*.)

M. *Brouardel* présente l'article Sang (médecine légale), rédigé par M. le docteur *Vibert* dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

M. *Laboulbène* dépose, au nom de M. le docteur *Leblois*, une brochure ayant pour titre : *Hypnotisme et métalloscopie*.

M. *Lagneau* présente un mémoire de M. le docteur *Guelliot* intitulé : *Topographie, histoire, statistique médicale de l'arrondissement de Vouziers* et fait hommage de l'article Germains qu'il vient de publier dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. *Fournier* dépose un ouvrage de M. le docteur *Viñela Balasceros* (de Barcelone) ayant pour titre : *La difteria del piel.*

M. *Dujardin-Beaumetz* offre les ouvrages suivants de M. le docteur *Mœller* (de Bruxelles) : 1° *De l'apomorphine;* 2° *Du massage;* 3° *Du traitement des maladies aiguës;* 4° *Du daltonisme;* 5° *Notes médicales sur la Suède et la Norvège;* 6° *Considérations sur la médication révulsive;* 7° *De la pneumothérapie dans la phthisie pulmonaire;* 8° *Notions d'anatomie et de physiologie à l'usage des écoles normales;* 9° *De l'aérothérapie;* 10° *Thérapeutique locale des maladies de l'appareil respiratoire.*

M. *Hillairet* présente, au nom de M. le docteur *Fabre* (de Commentry), les brochures intitulées : 1° *La gale dans les campagnes;* 2° *Coexistence de la scarlatine et de la variole chez un même sujet;* 3° *La maladie des mineurs du Saint-Gothard et l'ankylostome duodénal;* et 4° *Considérations étiologiques sur le zona.*

M. *Bourdon* dépose, de la part de M. le docteur *Louis Caradec*, une étude sur *les épidémies graves de fièvre typhoïde à Brest depuis 1876.*

DÉCÈS DE M. AMÉDÉE LATOUR. — Après avoir rappelé que l'Académie vient d'éprouver en la personne de « l'homme dont la plume élégante, alerte, parfois mordante, mais sans trace d'acrimonie ni de méchanceté, a agité, avec chaleur, grâce et courtoisie, presque toutes les grandes questions qui, depuis un demi-siècle, ont préoccupé le monde médical, l'homme du congrès médical et de l'Association générale des médecins de France », M. *le Président* invite M. *Dechambre* à donner lecture du discours suivant qu'il a prononcé sur la tombe de M. Amédée Latour, au nom de l'Académie.

« L'assistance m'excusera si, près de ce cercueil et dans le deuil de tous, je me sens troublé par un souvenir personnel. Les luttes de la science et des lettres ont, comme d'autres, leurs entraînements qui amènent des chocs aveugles et des blessures inutiles. Si, entre celui qui s'en va et celui qui vient lui dire un dernier adieu, il y a eu de ces chocs et de ces blessures, l'un et l'autre, depuis longtemps, ne les sentaient plus; mais je n'ai pu résister au besoin d'exprimer, devant des écrivains appelés à la vie militante, combien c'est un moment, je n'ose dire heureux en de telles circonstances, mais plein de consolation, que celui où l'on peut enfouir dans une tombe jusqu'aux derniers vestiges, s'il en restait, de toute dissension.

» Cette funèbre occasion, je la saisis surtout parce qu'elle me donne lieu de rendre hommage aux qualités de cœur de celui que nous avons perdu. Il n'avait pas la longue mémoire des hostilités; il ne connaissait pas la haine. Une grande facilité de caractère, qui l'engageait vite dans des liens affectueux, le portait aussi aisément à les renouer quand ils s'étaient rompus, et je vois ici bien des témoins de son dévouement à l'amitié. Il avait d'ailleurs le respect de l'opinion d'autrui. S'il montrait quelquefois de l'obstination, de la vivacité, c'était seulement sur les questions qui mettaient en cause les intérêts du corps médical. Ayant sur ces intérêts complexes des vues propres et très arrêtées, dès qu'il les voyait contrariées il aiguisait ses armes pour les défendre : qui pourrait l'en blâmer?

» Je n'oublie pas, messieurs, que je porte la parole au nom de l'Académie de médecine; car c'est surtout pour ses travaux de littérature et d'organisation médicales que l'Académie l'a admis dans son sein, et certainement la grande institution qu'il a fondée lui a été un titre légitime à cet honneur. Bien des années avant cette œuvre capitale, qui lui a créé parmi nous une situation si particulière, il avait péniblement cherché sa voie, même un instant en dehors du domaine professionnel. Quoi qu'il tentât, il lui fallut toujours reprendre la plume. C'est que, en effet, écrire était sa principale aptitude. Il a eu de bonne heure le style, la verve, l'esprit ouvert et alerte; c'était, dans une position malaisée, une ressource toujours prête, et souvent provoquée; il en usa, et finit par s'y tenir. Vous savez avec quel succès. Il a été, on peut le dire, le premier représentant de la presse à l'Académie. Bien des lettrés y étaient entrés avant lui, qui avaient tiré en grande partie leur lustre de leur collaboration à des publications médicales périodiques. Nous rendions naguère les derniers devoirs à un collègue qui avait composé avec des articles insérés dans une importante gazette de Paris les deux volumes, si pleins de bon sens, d'esprit, souvent de profondeur, qui l'ont fait accueillir par la compagnie. Mais Amédée Latour est le premier publiciste qui se soit présenté n'ayant à la main qu'un journal, un instrument de polémique, publié sous sa direction, vivant en quelque sorte de sa vie et lui créant, devant l'opinion et devant ses juges, des responsabilités de plus d'un genre. Et ce fut pour lui un grand honneur, que l'équité de la compagnie, n'écoutant aucune prévention, n'ait regardé qu'aux services rendus, lui donnant même le pas sur un membre renommé de l'Académie des sciences.

» C'est, il faut bien le dire, au *feuilleton* que cet honneur s'adressait plus directement. Ce sont des feuilletons aussi qui remplissaient les deux volumes de Peisse et qui formaient une bonne partie de l'œuvre médicale de Réveillé-Parise. Messieurs, qu'importe le mot? Là comme ailleurs peuvent se rencontrer et se rencontrent chaque jour dans la presse politique et littéraire, de hautes conceptions philosophiques, des vues sérieuses et fécondes sur l'histoire, les études les plus compétentes, comme les plus fructueuses, sur l'organisation de la société humaine. Pourquoi n'en serait-il pas de même en médecine? Si l'on faisait le compte de toutes les pierres apportées par le feuilleton aux édifices que le temps construit sur le sol de notre science et de notre profession, on serait étonné de la part qui lui en revient. Dans la tâche à laquelle il s'était dévoué, Latour s'est distingué de deux manières. Il ne s'est pas borné, comme ses devanciers, à jeter un rapide coup d'œil sur quelques-uns des sujets principaux de nos préoccupations; il a embrassé notre organisation tout entière; il a retourné nombre de fois toutes les questions; il s'est arrêté à tous les détails; si bien qu'il était toujours prêt à donner son avis sur tout ce qui touchait à l'enseignement, à la profession, aux corps savants, aux institutions et aux mesures administratives, à la déontologie et à la jurisprudence médicales. En outre, il a imprimé à tous ses écrits une forme qui était de lui, une forme courante, rapide, claire, familière, qu'on serait peut-être embarrassé de bien définir, s'il ne l'avait fait lui-même par le nom de *causerie.* La causerie médicale lui appartenait comme le *pamphlet politique* à Paul-Louis Courier. Nul, d'ailleurs, plus que lui n'a eu le don de saisir au passage, dans des conversations, dans une lecture buissonnière, dans le souvenir, dans la rêverie, dans l'air, on ne sait où, ces mille riens attachants, rarement sévères, plus souvent gais ou tendres, dont le rapport avec les choses de la médecine ne le préoccupait pas toujours, mais que le lecteur goûtait quand il les avait revêtus du charme de son esprit et de son style. Cette causerie, elle a duré une cinquantaine d'années sans lasser personne; et quand l'aimable conteur s'est trouvé, par une cruelle maladie, complètement séparé du milieu où il avait coutume de butiner, de quêter ce miel dont parle la poésie antique, il a fait de suprêmes efforts pour en recueillir encore dans sa solitude.

» Messieurs, je ne suis pas entièrement juste envers Amédée Latour. C'était, il est vrai, sa vocation d'être un lettré. Les vocations, comme le *naturel*, ne se séparent jamais de nous; elles font sentir, pendant toute l'existence, leur tyrannie à ceux qui leur ont résisté; elles conduisent souvent ceux qui leur obéissent dans les directions les moins profitables; mais alors le bénéfice est pour la société, qui sauve et utilise une force intellectuelle. Je crois donc que la médecine a gagné au parti définitivement pris par A. Latour; mais je ne veux pas dire qu'il soit resté étranger à la science proprement dite. Dans de nombreux articles de l'*Union médicale*, il a jugé sainement des questions de pratique ou de théorie; il avait fréquenté les auteurs anciens; il avait sur les doctrines médicales, sur les bases de la pathologie et de la thérapeutique, des opinions fermes dont il a même déposé l'expression dans une préface écrite pour l'ouvrage d'un de nos distingués confrères; il a publié sur l'hygiène des pages

très sensées; il a exposé, à propos d'un mode de traitement de la phthisie, des considérations étiologiques qui laissent deviner les tendances auxquelles il se serait livré dans la pratique, comme à un souffle de son pays natal; il nous a enfin conservé les belles leçons professées, vers 1836, par Andral à la Faculté de médecine. Et ce ne sont pas là encore tous ses travaux scientifiques.

» L'Académie sentira donc à plus d'un titre, cher collègue, le vide que vous laissez dans ses rangs. Elle sait ce qu'elle perd en vous de savoir, de talent et de distinction; elle n'oubliera pas l'aménité de vos relations; elle n'oubliera pas enfin que cette haute situation de publiciste qui vous avait ouvert ses portes, vous l'avez fait tourner à son profit par le crédit attaché à vos appréciations critiques et à l'autorité de la feuille que vous dirigiez avec tant de succès. Adieu, Latour, adieu ! »

Rage. — L'histoire du cas de rage soigné par M. Denis-Dumont, et qui a été l'objet de l'important rapport lu par M. Bouley dans la dernière séance (voy. les numéros précédents) n'est pas près de finir. C'est d'abord un habitant des environs, M. *Chatel* (de Valcongrain, Calvados) écrivant que le berger en question était un ivrogne invétéré, et qu'il n'a eu que des accès de folie furieuse sous l'influence de libations trop prolongées. D'autre part, M. le docteur *Decaisne* croit, dans une note qu'il envoie à l'Académie, qu'il s'agissait d'un alcoolique ayant des accès particuliers tels qu'il en a observés et décrits à plusieurs reprises depuis longtemps. MM. *Labat* et *Malet*, professeurs à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, d'un autre côté, rendent compte d'un essai de traitement de la rage du chien par des injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine; ce médicament a provoqué un état de torpeur dès la première injection ; toutefois la marche de la maladie n'a pas été enrayée. Quant à M. *Jaccoud*, il rappelle dans une lettre, dont M. *Bouley* donne lecture en même temps qu'il présente les mémoires de MM. Decaisne, Labat et Malet, que, dans la première édition de son *Traité de pathologie interne* (en 1871), il avait déjà indiqué les idées développées par M. Bouley dans son précédent rapport sur l'action du virus rabique sur le système nerveux.

Le convallaria maïalis. — Tel est le nom de l'extrait du muguet dont M. le professeur *Germain Sée* désire doter la thérapeutique. En Russie, cette plante était employée communément par les paysans de quelques districts dans certaines affections cardiaques, lorsqu'elle fut étudiée par plusieurs médecins et essayée par M. le professeur Botkin (de Saint-Pétersbourg). M. Germain Sée voulut alors poursuivre de semblables essais; il constata d'abord que les fleurs étaient à peu près inactives, et que c'est dans la totalité de la plante qu'il faut rechercher le principe actif. M. Hardy en a fait deux extraits : l'un, alcoolique, la convallarine, et l'autre, aqueux, la convallalarine; ce dernier a une action beaucoup plus effective; sur les animaux à sang froid comme sur les animaux à sang chaud, il détermine un ralentissement notable des troubles cardiaques, une augmentation de la pression artérielle, le ralentissement de la respiration. M. Germain Sée l'a ensuite employée sur l'homme dans 19 cas d'affections cardiaques prises au hasard, comprenant des insuffisances de la valvule mitrale, des rétrécissements du même orifice, des dilatations du cœur, péricardites, hypertrophie de croissance. On trouvera au *Bulletin* le relevé détaillé des observations, d'après lesquelles il paraît que ce nouveau médicament est, en résumé, plus puissant que la digitale; contrairement à celle-ci, il n'a aucune influence marquée sur l'appareil digestif; il augmente l'énergie du cœur, diminue le nombre des pulsations et les régularise; on peut surtout l'employer avec le plus grand succès contre les palpitations dans les lésions organiques du cœur; c'est enfin un diurétique puissant.

« Le crétin des Batignolles ». — C'est sous ce titre à effet que M. le professeur *Ball*, candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale, présente le buste d'un horrible crétin, ayant un indice céphalique de 70, 73, dont « s'est enrichie » depuis le mois de mars sa clinique de l'asile Sainte-Anne. Il s'agit, suivant M. Ball, « d'un cas fort remarquable de crétinisme sporadique et non héréditaire »; cet individu, dont il a fait la description la plus détaillée et dont il reproduit les mensurations, a trente et un ans; il est le cinquième enfant d'une famille dont tous les autres enfants sont morts en bas âge à la suite de convulsions, excepté une jeune fille qui a succombé à un abcès du foie; ses oncles et ses tantes ont des enfants intelligents et bien développés. Né à terme, après une gestation parfaitement normale, il présentait toutes les apparences d'une conformation régulière; jusqu'à l'âge de onze ans, il a suivi une évolution normale, lorsque, après avoir été maltraité par sa nourrice qui l'a laissé jeûner longtemps, il fut pris de fortes convulsions qui ont duré presque sans interruption pendant trois ans et demi; les accès revenaient presque tous les jours. Enfin la maladie a cessé, mais l'évolution du malade avait subi un échec définitif. La croissance a été retardée à tel point que sa taille ne dépasse pas $1^m,103$, le poids est de 32 kilogrammes; en même temps l'aspect extérieur a présenté graduellement les attributs du crétinisme, qui peuvent se résumer en ce que les téguments sont trop larges dans tous les sens pour les os qu'ils recouvrent. Les organes génitaux sont très volumineux; le testicule droit descend jusqu'au niveau du bord supérieur de la rotule. Toutes les fonctions de la vie végétative s'accomplissent avec régularité; tous les sens spéciaux paraissent être à l'état normal et la sensibilité tactile ne laisse rien à désirer. Ce crétin se rapproche, en outre, d'autant plus du type classique décrit par M. Baillarger, que le goître est absent chez lui, ce qui s'explique par la nature des causes qui ont arrêté son développement. Enfin, s'il est absolument incapable de travailler et de diriger sa propre existence, il est néanmoins capable d'un certain degré de culture intellectuelle, ainsi qu'en témoignent les sensibles progrès manifestés à la suite des leçons qu'il a reçues depuis son entrée à la clinique. A ces divers titres, ce spécimen de *crétinisme* « *sporadique* est vraiment digne de descendre à la postérité ».

— L'Académie, dans le comité secret qui a terminé la séance, a adopté, à la suite d'un rapport de M. *Armand Gautier*, le classement suivant des candidats à la place déclarée vacante dans la section de physique et de chimie. En première ligne *ex æquo*, MM. Gariel et Javal; en deuxième ligne, M. Bouchardat; en troisième ligne, M. Hardy; en quatrième ligne, M. Onimus. — L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 28 JUIN 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Ligature de l'artère carotide externe; manuel opératoire. — Élongation du nerf dentaire inférieur droit, pour une névralgie rebelle; guérison. — Expulsion spontanée d'un volumineux calcul vésical. — Extirpation totale du calcanéum; régénération de l'os.

M. *Farabeuf*, à propos de l'observation de ligature de la carotide externe adressée à la Société par M. Dubreuil, étudie le manuel opératoire de la ligature de cet artère. M. Dubreuil a lié au-dessous de la thyroïdienne supérieure; M. Farabeuf se demande si le lieu d'élection ne doit pas être imposé. Ce lieu d'élection existe : M. Guyon l'a montré il y a vingt ans : c'est un segment d'artère de 10 à 12 millimètres, situé entre l'origine de l'artère linguale et l'origine de la thyroïdienne supérieure. Cette dernière naît presque

toujours très près de la bifurcation de la carotide primitive; la linguale est toujours à 12 millimètres au delà de cette bifurcation; le segment de vaisseau n'est pas raccourci par les anomalies. C'est aussi le lieu d'élection chirurgicale, car on lie la carotide externe pour des affections où se rendent les artères situées au-dessus de ce segment.

Le lieu d'élection pour la ligature de la carotide externe est difficile à découvrir. L'os hyoïde considéré comme point de repère a été négligé ou méconnu; on ne dit pas dans les livres que c'est un excellent point de repère. La ligature de la carotide externe est une opération difficile; on a lié plusieurs fois la carotide primitive pour la carotide externe; ou bien la thyroïdienne supérieure a pu en imposer à l'opérateur; c'est augmenter la difficulté que de rechercher les collatérales, car il est plus difficile de trouver une artère collatérale que la carotide externe elle-même. Ou bien, on recherche le nerf grand hypoglosse; ce nerf n'est pas toujours situé à la même hauteur; on ne le voit pas toujours pendant l'opération. M. Guyon a conseillé la recherche de ce nerf pour fixer le lieu d'élection.

M. Farabeuf conseille de prendre l'os hyoïde comme guide; cet os est superficiel, on le sent très bien à travers la peau; la carotide externe seule est au contact de la grande corne. L'os hyoïde fixe le lieu d'élection. Entre les artères linguale et thyroïdienne supérieure, on trouve forcément la grande corne. La carotide est bifurquée quand elle arrive à l'os. L'externe se place au pied de la grande corne; au contact même du pharynx on trouvera la carotide externe.

Quand on a la grande corne, on trouve facilement le nerf hypoglosse au-dessus. Les veines sont rassemblées de manière à former un type qu'on observe dans les trois quarts des cas. Ce tronc veineux croise obliquement la carotide primitive et forme le côté bas d'un triangle dont la jugulaire interne forme le côté externe, et l'hypoglosse le côté supérieur; ce tronc veineux s'appelle thyro-linguo-facial. Si ce tronc veineux masque la grande corne, il faut la couper entre deux ligatures.

M. *Després* a fait une fois la ligature de la carotide externe; c'est l'opération la plus facile qu'il connaisse. Il faut employer un procédé indiqué par Malgaigne et on sera dispensé des notions anatomiques données par M. Farabeuf. On sent l'os hyoïde et on trace sa ligne d'incision. Inciser carrément la gaine du muscle sterno-mastoïdien; à travers la gaine on voit la carotide externe, on la sent battre. C'est facile. Le malade opéré par M. Després eut des hémorrhagies secondaires, des fusées purulentes, et mourut.

Lorsqu'on fait la ligature de l'artère carotide externe, si on ne trouve pas une étendue assez grande d'artère sans collatérales, il faut lier ces collatérales pour éviter l'hémorrhagie secondaire.

M. *Tillaux* reconnaît comme M. Farabeuf que la ligature de la carotide externe est une opération difficile. Nous manquions d'un point de repère tangible, nous n'avions que le nerf hypoglosse indiqué par M. Guyon, nerf qu'on ne trouve pas toujours; nous avions encore la présence des collatérales; M. Farabeuf y a ajouté un bon point de repère : la grande corne de l'os hyoïde.

La ligature peut être facilitée par le genre d'incision extérieure. Ne pas chercher le bord du muscle sterno-mastoïdien comme M. Després, car on tomberait en dehors de l'artère. Chercher la bifurcation de la carotide primitive, comme le dit Malgaigne, c'est une mauvaise pratique. L'incision doit partir de l'angle de la mâchoire et arriver obliquement jusqu'au bord antérieur du sterno-mastoïdien à la hauteur du bord supérieur du cartilage thyroïde. Quand M. Guyon indiquait le nerf grand hypoglosse, c'était pour permettre de distinguer la carotide externe de l'interne. Pour faire cette distinction, la présence des collatérales est capitale. Sur le vivant, il ne faut pas poser le fil sans avoir vu une collatérale; c'est plus important que la grande corne de l'os hyoïde.

M. *Le Dentu*. Il est important de bien commencer cette opération; l'incision doit commencer très haut. Si cela est nécessaire, on extirpera des ganglions lymphatiques en ayant le soin de lier leur pédicule pour se ménager de la place.

M. *Verneuil* a lié trois fois la carotide externe sur le vivant; la chose importante, c'est d'avoir une plaie exsangue avant d'aller dans la profondeur. Les veines seront coupées entre deux ligatures. Éviter autant que possible d'enlever des ganglions lymphatiques : les veines qui vont à ces ganglions sont avalvulaires et leur section expose aux hémorrhagies.

— M. *Mouchet* (de Sens) lit une observation d'élongation du nerf dentaire inférieur pour une névralgie rebelle; guérison.

— M. *Mouchet* lit une observation d'expulsion spontanée d'un volumineux calcul vésical à travers la paroi vésico-vaginale.

— M. *Polaillon* présente un jeune malade sur lequel il a pratiqué l'extirpation d'un calcanéum; l'os s'est régénéré; le malade marche et les fonctions du pied sont conservées.

L. Leroy.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 28 JUIN 1882. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Pathogénie et traitement de l'angine diphthéritique (discussion).

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Blondeau* rapporte un fait exceptionnel qu'il a observé, le matin même, dans un pensionnat où règne une épidémie de scarlatine; sur onze enfants atteints, deux seulement ont présenté des symptômes d'angine. On pourrait trouver dans ce fait un argument contre l'opinion émise par M. Archambault sur l'identité de la scarlatine et de l'angine diphthéritique (voy. le numéro du 23 juin).

M. *Bucquoy* a été frappé des irrégularités qu'a présentées cette année l'évolution de la scarlatine. Dans un certain nombre de cas l'angine a fait défaut, alors même que la contagion relevait manifestement d'une scarlatine à forme angineuse. Il a observé deux enfants qui se complétaient, pour ainsi dire, au point de vue des symptômes classiques de la fièvre éruptive : l'un d'eux présentait une angine scarlatineuse bien caractérisée, sans exanthème; l'autre un exanthème très net, sans angine. Dans un autre cas, il a vu l'éruption persister pendant quatre jours à la face, il a également observé l'exanthème sur le cuir chevelu. M. Bucquoy fait remarquer que, contrairement à l'opinion généralement admise, l'éruption de la scarlatine s'étend très souvent aux téguments de la face, mais elle est d'ordinaire peu accentuée à ce niveau et ne détermine pas de desquamation; cependant, en la recherchant avec soin, il sera dans bien des cas possible de la constater, et l'on sera frappé du contraste offert par la pâleur du visage lorsque l'éruption aura disparu.

M. *Créquy* pense que certains érythèmes suivis de desquamation ont pu parfois être pris pour la scarlatine anomale sans angine. L'apyrexie, dans des cas semblables, devra mettre sur la voie du diagnostic.

M. *Bucquoy* est d'avis que ces prétendus érythèmes ne sont autre chose qu'une éruption scarlatineuse; d'ailleurs, la température n'est pas toujours très élevée dans la scarlatine. Il a observé plusieurs fois l'angine *post-scarlatineuse*, c'est-à-dire une angine qui se montre à la fin de la fièvre éruptive et

dure environ un septénaire. Elle n'offre plus les petites concrétions pultacées caractéristiques, par suite de la desquamation récente et de la mince épaisseur de l'épithélium au niveau de la gorge.

M. *C. Paul* a également remarqué les irrégularités de la scarlatine; il a vu, dans un cas, l'éruption n'apparaître sur la poitrine que le cinquième jour. Il croit les angines post-scarlatineuses fréquentes, et a souvent constaté leur nature diphthéritique; la fausse membrane est d'ailleurs identique à celle de la diphthérie non scarlatineuse. Il a observé, cette semaine, un cas analogue à celui qu'a rapporté M. Féréol dans la dernière séance : un malade atteint d'angine pultacée simple a présenté, au bout de peu de jours, tous les signes de l'angine diphthéritique la plus manifeste. M. C. Paul a essayé l'huile de pétrole dans le traitement de l'angine couenneuse et a constaté son pouvoir dissolvant sur la fausse membrane; celle-ci d'ailleurs se reproduit rapidement.

M. *Bucquoy* croit qu'un des meilleurs moyens de traitement local de l'angine diphthéritique consiste dans les irrigations d'eau phéniquée, au centième, répétées toutes les deux heures environ; elles agissent à la fois comme modificateur local, comme antiseptique et aussi comme anesthésique. On voit rapidement la douleur disparaître, la déglutition devenir plus facile et les malades tolérer sans souffrances les diverses manœuvres nécessitées par le traitement. Ces irrigations ont encore pour effet de soulever et de détacher les fausses membranes lorsque leur adhérence commence à diminuer.

M. *C. Paul* emploie les irrigations comme procédé de traitement dans toutes les angines et en retire d'excellents effets. Cette pratique a été préconisée par le professeur Lasègue.

M. *Dujardin-Beaumetz* résume les divers moyens de traitement de l'angine diphthéritique qui ont paru donner les meilleurs résultats. C'est en première ligne, d'après lui, les applications locales de glace, qui font disparaître promptement les fausses membranes; elles sont très employées en Allemagne et en Amérique. Viennent ensuite les irrigations ou les pulvérisations dans le fond de la gorge; elles peuvent se faire avec divers liquides dont les uns agissent comme simples dissolvants (acide lactique, eau de chaux), les autres comme antiseptiques (résorcine, acide phénique, etc.). Il faut y joindre les pulvérisations avec la vapeur d'eau bouillante chargée de principes médicamenteux; on forme ainsi autour du malade une atmosphère artificielle qu'il respire constamment, sans efforts, et pour ainsi dire malgré lui, ce qui peut être très précieux lors d'indocilité de la part des enfants. Mackensie, qui a vanté ces pulvérisations, pense qu'elles agissent surtout par la vapeur d'eau chaude qui sature l'air inspiré par le malade; M. Dujardin-Beaumetz croit que le médicament contenu dans cette vapeur n'est pas sans action: il emploie le chlorate de potasse dans un certain nombre de cas de laryngites de diverse nature. Quant au traitement général, il consiste dans les toniques sous toutes les formes. Tout le monde s'accorde aujourd'hui pour rejeter les cautérisations énergiques et toutes les manœuvres brutales que l'on exerçait au niveau de la gorge des malades.

M. *Féréol* a plusieurs fois employé contre l'angine diphthéritique le benzoate de soude, et en a constamment obtenu de bons résultats. Il a vu guérir par ce traitement, l'an dernier, à l'hôpital Beaujon, une femme atteinte d'angine diphthéritique grave, avec jetage et albuminurie; dans tous les cas, les fausses membranes ont disparu en trois ou quatre jours. Il prescrit le benzoate de soude pour badigeonnages dans la gorge, en solution concentrée, et à l'intérieur, à la dose de 12 à 15 grammes par jour. Jamais jusqu'ici il ne l'a employé pour combattre la diphthérie hypertoxique; la terminaison fatale n'eût sans doute pas été conjurée. Il a vu également employer, par le docteur Johannet (de Chelles), les irrigations d'eau simple répétées toutes les dix minutes et a pu constater un cas de guérison d'une angine couenneuse grave; ce traitement, d'ailleurs difficile à supporter pour le patient, ne semble pas devoir être toujours d'une efficacité suffisante.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle que le traitement par le benzoate de soude a été surtout préconisé en Allemagne par Letzerich, mais qu'on lui accorde aujourd'hui une bien moindre confiance. L'idée première de cette médication avait été inspirée par des expériences de laboratoire établissant l'impossibilité de l'inoculation de la diphthérie à des lapins auxquels on avait préalablement pratiqué des injections de benzoate de soude, ou encore l'innocuité complète des inoculations de fausses membranes mélangées à une solution de benzoate.

M. *Landousky* a soigné son enfant, atteint d'angine couenneuse à début insidieux, par les irrigations d'eau phéniquée dans la gorge. Ces irrigations, faites sous une forte pression et fréquemment répétées pendant quatre jours, amenèrent le soulèvement des fausses membranes et les détachèrent assez rapidement de la muqueuse; elles étaient d'ailleurs très bien supportées. Le salicylate de soude fut concurremment administré en potion, et la guérison du petit malade était complète au bout de six jours.

M. *Créquy* recommande l'ablation des fausses membranes et les cautérisations de la muqueuse avec le tannin. Ce moyen employé par Trousseau et préconisé depuis par le docteur Loiseau lui a donné d'excellents résultats.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer que le tannin, employé surtout en Belgique, présente une cause d'erreur qui a fait renoncer à son usage; il produit sur les muqueuses, dans toutes les angines ou toutes les laryngites, une fausse membrane artificielle; si bien qu'on a publié à son actif bien des guérisons de croup créé de toutes pièces par le médicament lui-même et n'ayant aucun rapport avec la diphthérie.

M. *Créquy* reconnaît que le tannin coagule le mucus, mais il ne peut admettre qu'il détermine des fausses membranes semblables à celles de la diphthérie.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André PETIT.

REVUE DES JOURNAUX

Le venin du serpent à sonnettes. Son action sur la circulation par rapport à celle de l'alcool, de l'ammoniaque et de la digitale, par le docteur OTT.

Les expériences ont été faites sur des lapins, et les variations de pression sanguine étaient évaluées au moyen du kymographion de Ludwig. Les conclusions de ces recherches expérimentales sont les suivantes :

1° Le venin du serpent à sonnettes tue les animaux en produisant l'arrêt du cœur et un abaissement considérable de la tension artérielle, tandis que l'ammoniaque, l'alcool et la digitale l'augmentent temporairement.

2° Mais il faut remarquer que si l'ammoniaque et l'alcool rendent plus fréquent le rhythme du pouls, la digitale le ralentit. Ainsi donc, en pratiquant des injections intraveineuses d'alcool, d'ammoniaque ou de digitale, avant la période d'agonie, on peut stimuler l'appareil circulatoire, mais cette excessive irritation peut aussi rapidement épuiser l'excitabilité cardiaque.

En résumé, l'auteur recommande l'emploi de ces substances aussitôt après l'inoculation du venin; tout en considérant l'efficacité de ces agents comme très faible au point de vue du résultat terminal. (*Archives of medicine*, avril 1882, p. 134).

Des variétés, du mécanisme et de la valeur diagnostique du souffle cardiaque présystolique, par M. le docteur Austin Flint.

Le mémoire du docteur Flint a pour but de faire connaître deux variétés de souffle cardiaque présystolique. L'un de ces souffles est rude et l'autre est doux.

Le souffle rude aurait pour origine les vibrations des bords de la valvule mitrale produites par le passage du sang de l'oreillette dans le ventricule. Le souffle doux paraît avoir pour cause ou bien la contraction de l'orifice par le sang qui la traverse, ou bien l'état raboteux des surfaces avec lesquelles ce liquide se trouve en contact.

La rudesse du souffle présystolique indique un rétrécissement de l'orifice mitral dû à contracture des bords de cet orifice; tandis que le souffle faible correspond à des altérations de l'endocarde. Ce souffle rude, par exception peut se produire en l'absence de lésions mitrales et être le résultat de l'insuffisance aortique. Enfin, il peut manquer, dans les rétrécissements de l'orifice mitral, sans qu'il soit possible de donner une explication de cette absence.

Le souffle présystolique doux est un signe physique qui fait souvent défaut. De plus, ces bruits, quel que soit leur timbre, ne se montrent en général qu'à une époque tardive de la maladie et seulement quand les lésions mitrales existent depuis longtemps. (*The American Journal of medical sciences*, avril 1882).

Du sulfate de quinine en applications locales contre la conjonctivite diphthéritique, par M. le docteur Tweedy.

Ce médicament a été employé en solution aqueuse pure ou bien acidulée par l'acide sulfurique; sous forme de lotions et de compresses appliquées en permanence sur les organes affectés. Cet agent, d'après l'auteur, paraît posséder une action spécifique sur les produits diphthéritiques et diminuer l'inflammation. Le docteur Tweedy fait remarquer combien la différence est grande entre l'exsudat de la conjonctivite purulente et la pseudo-membrane épaisse de la conjonctivite diphthéritique. Ces deux affections sont distinctes l'une de l'autre, par leurs caractères anatomiques et cliniques. Dans la première forme, qui peut se modifier heureusement par le traitement, la muqueuse que recouvrent les exsudats est altérée superficiellement, dans son épithélium; dans la seconde forme, après la chute des pseudo-membranes, il est facile de constater que les altérations de texture, s'étendent à toute l'épaisseur du derme muqueux. (*The Lancet*, 7 janvier 1882.)

Traitement abortif des bubons au moyen des injections d'acide phénique, par le docteur Moorse Taylor.

Ce traitement a été employé dans 150 cas d'adénites simples ou vénériennes avant la formation du pus dans le tissu glandulaire.

L'auteur, dans son mémoire, donne l'analyse de 20 observations dans lesquelles ce traitement fut suivi de succès. Cette médication aurait pour avantage de prévenir la suppuration et de calmer la douleur dans l'espace de quelques minutes. Le procédé opératoire consiste dans l'injection de 10 à 40 gouttes d'une solution phéniquée au centième ou aux deux centièmes. L'injection doit être pratiquée dans l'épaisseur même du tissu glandulaire. (*The American Journal of the medical Sciences*, décembre 1881.)

De l'hydropisie enkystée du péritoine, par le docteur Thornton.

Le diagnostic de cette maladie, fort rare d'ailleurs, avec les collections liquides qui se rencontrent dans les tumeurs malignes du péritoine, est aussi important que difficile. Le docteur Thornton a cité les deux cas suivants de cette affection dans la séance de la Société harvéienne de Londres du 5 janvier dernier.

La première observation était celle d'une femme de quarante-cinq ans qu'on croyait atteinte d'une tumeur kystique de l'ovaire, rompue dans le péritoine. La ponction du péritoine fut suivie d'une amélioration temporaire; mais la malade ayant succombé à des accidents urémiques, on constata à l'autopsie la dégénérescence granuleuse des reins, de l'hypertrophie du foie, et l'absence de toute lésion ovarique. L'hydropisie était donc un enkystement de liquide par des adhérences péritonéales.

Chez la seconde malade, l'existence de la collection liquide était douteuse, et on crut à un kyste du ligament large. L'opération fut pratiquée, et on observa l'existence d'une hydropisie enkystée du péritoine, dont la guérison fut obtenue à la suite de cette opération.

Le docteur Thornton n'hésite pas à conseiller l'emploi de l'incision de la paroi abdominale et de la tumeur dans des cas semblables. Le pansement de Lister permet d'obtenir des résultats aussi heureux et aussi nombreux que ceux de l'ovariotomie. (*The Lancet*, 21 janvier 1882.)

Travaux à consulter.

Température périphérique de l'homme sain, par M. A. Romer. — L'auteur a fait de nombreuses recherches sur lui-même. Dans les vingt-quatre heures, les oscillations de la température périphérique peuvent atteindre 6 degrés et être très brusques. Ce qu'il a noté de plus nouveau c'est que, dans la journée, la température périphérique subit des modifications régulières. Vers le matin, après avoir été assez élevée pendant la nuit, la température s'abaisse jusque vers neuf ou dix heures, puis elle remonte pour baisser de nouveau vers trois heures pendant trois ou quatre heures, et enfin remonter à partir de six ou huit heures pour atteindre son élévation nocturne. La température centrale est, au contraire, plus élevée dans le jour, plus basse la nuit. Quand la température périphérique s'élève, la température centrale s'abaisse et *vice versa*. (*Dissert. inaug.* Tübingen, 1881.)

Note sur le traitement des aphonies nerveuses par l'électricité, par M. le docteur Desplats. — M. Desplats, dans cette courte note, relate plusieurs observations d'aphonie nerveuse, toutes guéries par l'électricité : dans deux cas la guérison a été extrêmement rapide par la faradisation externe, dans les quatre autres il a fallu avoir recours à l'électrisation intra-laryngée. D'après M. Desplats, quoique la différence tienne aux muscles qui sont atteints de paralysie hystérique, si la paralysie occupe seulement les muscles crico-thyroïdiens, si les cartilages arythénoïdes ont conservé leur mobilité, la faradisation externe peut suffire. Si, au contraire, les muscles de la glotte proprement dits sont pris, cette méthode ne suffit pas, il faut porter un des excitateurs à la partie postérieure du larynx. (*Journal des connaissances médicales de Lille*, 20 mars 1882, p. 161.)

Les stations hivernales. — Sans entrer dans le détail des opinions émises par les auteurs, nous croyons utile de signaler à nos lecteurs les publications suivantes qui traitent de stations d'hiver : *Parallèle entre les stations de l'Engadine et celles du golfe de Gênes*, par J.-M. Ludwig; les études sur Madère de MM. J. Goldsmidt, K. Fischer; la *Climatologie*, de Aug. Landendorf; le *Climat de Pau*, de M. Duboué; celui de *Cannes*, par J. Cazalis, et enfin de remarquables recherches sur la *Climatologie* et l'*Hygiène de la vallée du Nil*, par Valentiner. (*Revue des sciences médicales*, IXe année, t. XVIII, 2e fascicule, p. 488 et suivantes.)

BIBLIOGRAPHIE

Lehrbuch der physikalischen Untersuchungs methoden innerer Krankheiten, par M. H. Eichhorst, 2 vol. in-8°.

Lehrbuch der Krankheiten der peripheren Nerven und des Sympathicus, par M. A. Seeligmuller, 1 vol. in-8°.

Die acuten Infections krankheiten, par MM. B. Kuessner et R. Pott, 1 vol. in-8°. Brunswick, 1882. F. Wreden.

Nous réunissons sous le même titre trois volumes qui font partie de la collection *Wreden's Sammlung kurzer medizinischer Lehrbücher*, qui tient le milieu entre notre *collection diamant* et les grandes encyclopédies si fort prisées des Allemands (Virchow, Pitha et Billroth, Ziemssen).

Il y a là une tentative intéressante et utile à faire connaître au grand public médical. « La division des sciences médicales en spécialités, dit l'avant-propos, a eu pour résultat, non seulement de les faire progresser, mais d'enfler à tel point la littérature que nul ne peut plus s'en rendre maître. Et cependant le praticien qui doit les appliquer toutes, l'étudiant auquel on demande des connaissances générales, ne peuvent étudier pour chaque branche des œuvres en plusieurs volumes. Plus nous allons, plus la nécessité se fait jour de posséder des manuels courts, qui retiennent ce qui mérite d'être connu, extraient le bon qui doit rester de l'énorme masse des publications de l'époque, et constituent une image fidèle de la science actuelle. »

Donc il s'agit de faire des manuels *courts*, et cependant suffisants. Autant que nous pouvons en juger par ceux dont nous avons donné le titre, l'ensemble ne contient guère plus de texte que notre Grisolle. Aussi ne voyons-nous pas bien l'avantage de la division dans cet ensemble de sciences dont on s'efforce ailleurs de maintenir à tout prix l'unité. Pourquoi dix, vingt manuels consacrés à la pathologie interne, là où deux ou trois volumes compacts auraient suffi? Ne craint-on pas d'aider à l'éparpillement progressif de la médecine interne, éparpillement contre lequel Frerichs protestait avec tant d'énergie au congrès de Wiesbaden (20 avril 1882). « Tout en reconnaissant volontiers, disait-il, les avantages de la division du travail, nous ne *pouvons*, ni ne *devons* en méconnaître les dangers, surtout pour ce qui concerne la médecine interne, dont les limites vont s'effaçant de plus en plus, et qui se voit menacée non seulement dans sa situation, son influence sur la science en général, mais dans sa vie elle-même.... Hélas! on peut bien dire avec Sénèque : *Litterarum quoque intemperentia laboremus.* »

A cela on peut répondre que la division résulte de ce que la rédaction de chaque volume a été confiée à de véritables spécialistes. Cela nous paraît douteux pour la plupart d'entre eux. Par contre nous reconnaissons que ces manuels rédigés par des hommes encore jeunes,— professeurs extraordinaires ou *privat-docenten*, — sont très au courant, nous dirons volontiers, trop au courant de la science. Avides de nouveautés les jeunes esprits se jettent de préférence sur les découvertes, les publications les plus récentes : inconsciemment ils leur donnent une importance exagérée au détriment de l'ensemble.

Ce qui est qualité dans une encyclopédie devient un vice dans un manuel. C'est qu'il y a dans la science, surtout médicale, deux parties bien distinctes : celle que l'on peut enseigner parce qu'elle comprend un corps de doctrines bien appuyées sur des faits, et qui n'éveillera que peu de doutes dans l'esprit de l'étudiant : celle qui est en voie d'élaboration, apanage du savant, obligé de lutter, non sans vivacité, pour faire accepter ses idées. Prenons un exemple. Kuessner nous dit dans son introduction : « Le nom de maladies infectieuses est donné à un groupe important de maladies qui ont de commun qu'elles sont dues à la pénétration dans l'organisme et au développement ultérieur d'organismes inférieurs. » Eh bien, tout en partageant cette opinion au point de vue philosophique, il me semble que la doctrine est prématurée dans un manuel, et je craindrais de l'y affirmer ainsi sans la moindre réserve.

I. L'ouvrage d'Eichhorst est volumineux et comprend plus de 800 pages : il ne comprend cependant ni l'exploration électrique, ni l'examen des organes génitaux. C'est trop, beaucoup trop. Et, en effet, il suffit de parcourir le volume pour voir que la moitié pourrait être retranchée sans inconvénient et que la rédaction pourrait être plus sobre. Nous lisons, par exemple, page 47, que Mantegazza a proposé d'évaluer la température du corps par celle de l'urine. Est-il bien nécessaire de signaler cette puérilité, ou de lui consacrer plus d'une ligne ? En général tout ce qui concerne la thermométrie aurait pu être considérablement écourté, l'exposition plus claire et plus mouvementée. L'auteur paraît croire « que le thermomètre Réaumur est encore fréquemment employé par les Français ». Nous sommes à même de lui affirmer que c'est là une complète erreur.

Même observation pour le pouls. Liebermeister a montré dernièrement que la fréquence du pouls (P) pouvait être cal culée approximativement à l'aide de la température (T) par la formule suivante :

$$P = 80 + 8\,(T - 37).$$

En quoi cette fantaisie du célèbre clinicien peut-elle intéresser le praticien ou l'étudiant ?

Nous approuvons, sans réserve, tout le chapitre, quoique un peu long, consacré à la sphygmographie : beaucoup de figures, généralement bien choisies, éclairent cette question un peu négligée, mais qui n'a peut-être pas dit son dernier mot.

La partie consacrée à l'examen du poumon est naturellement la plus étendue. *Cent* pages sont consacrées à la percussion du thorax, tandis que l'auscultation n'en comporte que quatre-vingts. Voilà qui est bien fait pour étonner ceux d'entre nous qui ne sont pas au courant des discussions à perte de vue de Skoda, Wintrich et Friedreich sur le son vide, le tympanisme, etc. Et puisque le nom de Friedreich nous vient sous la plume, Eichhorst croit-il que le mémoire d'ailleurs intéressant de cet auteur « sur les variations de la sonorité pendant l'acte respiratoire » méritait d'être utilisé en aussi grande proportion ?

Notons en passant un important chapitre consacré à l'œsophage auquel on n'a pas coutume de faire autant d'honneur dans nos livres classiques. Au reste, tout ce qui est consacré à l'examen des organes digestifs et des glandes annexes : estomac, foie, rate, reins, y compris l'examen des déjections, est intéressant, complet, judicieusement exposé et ne serait pas déplacé dans une publication plus relevée. Un grand nombre de figures originales contribuent à rendre le texte plus clair et plus facile à lire.

II. Le livre de Seeligmüller nous paraît conçu d'une façon plus pratique et par conséquent plus utile. Après quelques généralités consacrées au fonctionnement général du système nerveux, à ses altérations et aux moyens thérapeutiques applicables, l'auteur aborde la partie spéciale et étudie successivement les lésions des nerfs moteurs et des nerfs sensitifs. Pour montrer l'esprit de cet intéressant volume nous traduirons simplement quelques lignes consacrées à l'étiologie de la *névrite:*

« Dans la plupart des cas la névrite est traumatique : à la suite des blessures, elle s'établit surtout lorsque le nerf est incomplètement sectionné ou lorsque des débris solides sont restés engagés dans le tissu nerveux. Chez une paysanne de trente-sept ans, j'ai vu à la suite d'une piqûre de guêpe dans la phalange unguéale du médius gauche, une névrite de tous

les nerfs du bras s'étendant jusqu'à l'épaule, ayant amené une maigreur notable du bras gauche et durant encore au bout d'un an. Ainsi peuvent agir : une contusion (coup sur le dos de la main avec une chaussure de bois, compression du plexus par la tête humérale luxée), des tiraillements, par des efforts musculaires violents et subits (une femme resta accrochée par les dents d'une fourche avec laquelle elle cherchait à soulever un fardeau pesant), ébranlement nerveux, voiturage sur un mauvais chemin, irritation permanente du nerf par une tumeur voisine, petit névrome, (névrome de la paume de la main chez un tailleur, une autre fois chez un copiste). De plus les inflammations des parties voisines peuvent s'étendre aux nerfs, spécialement celles des plèvres, des os, de la colonne vertébrale, des articulations et de leurs alentours. La névrite a été encore observée à la suite de maladies aiguës (typhus) et de maladies chroniques (syphilis, lèpre). Enfin il n'est pas possible d'exclure entièrement l'action du froid. »

Toujours à propos de la névrite, Seeligmüller montre avec beaucoup d'à-propos les multiples points de contact de cette doctrine (toute moderne) avec celle du tétanos, de l'atrophie musculaire progressive ou non progressive, de la paralysie infantile, etc.

Les procédés recommandés pour l'examen des diverses sensibilités sont décrits sobrement, mais complètement. Les paralysies et les névralgies ne présentent rien de nouveau. Notons cependant le chapitre consacré aux *névralgies des articulations* dont l'existence même est encore contestée en France. Rien de spécial à noter pour les contractures périphériques, les crampes, les spasmes fonctionnels. Une partie importante est consacrée aux maladies du grand sympathique, terrain peu connu et où il fallait s'attendre à trouver bien des inexactitudes. La migraine est considérée comme une lésion nettement sympathique ; l'auteur en distingue même deux formes, suivant que la face est pâle ou vultueuse : hémicrânie *sympathico-tonique* (Dubois-Reymond) et hémicrânie *sympathico-paralytique* (Möllendorf). Le goître exophthalmique est rangé dans la même classe, grâce aux expériences de Filehne, 1879 : le symptôme de Græfe (trouble de l'association entre les mouvements du bulbe et ceux de l'œil) posséderait une importance pathognomonique. Nous y rencontrons encore l'aplasie lamineuse et l'angine de poitrine, ainsi que la colique sèche, l'asphyxie locale des extrémités, etc. Bon manuel en résumé, court, complet et clair, tout en portant un cachet très particulier, grâce à un grand nombre d'observations personnelles en deux ou trois lignes éparses dans le texte.

III. Les maladies infectieuses aiguës dont l'étude est poussée depuis une trentaine d'années avec une activité extraordinaire constituent un domaine scientifique bien délimité, mais d'une description délicate surtout lorsqu'elle doit être courte. Le manuel de Kuessner et Pott est rédigé (surtout dans sa première partie) avec beaucoup de soin et de sens critique, mais les auteurs ont voulu être en même temps trop modernes et trop complets, ce qui nuit à la clarté de l'ensemble. Nous remarquons tout d'abord l'absence de la grippe, de la suette miliaire, de la méningite cérébro-spinale : ce sont là des maladies infectieuses cependant, et l'on ne voit guère où l'on pourrait les placer ailleurs. Kuessner défend l'ancienne doctrine des maladies miasmatiques et contagieuses ; on ne voit pas bien l'utilité de cette distinction du moment que par définition les maladies infectieuses sont parasitaires : que le parasite vive et se développe de préférence dans l'eau, dans l'air, dans le sol, dans l'organisme vivant, cela peut être intéressant, mais ne doit plus servir de base à des classifications nosologiques.

La prédisposition individuelle par contre est ramenée à de simples conditions anatomiques, physiologiques ou autres qui empêchent la pénétration d'un agent infectieux déterminé. C'est, je pense, bien comprendre la question : il n'y a aucune raison primordiale pour qu'un animal soit moins prédisposé qu'un autre, pour qu'un homme soit moins prédisposé que son voisin, vis-à-vis d'une maladie déterminée : c'est ce que Pasteur a établi clairement en démontrant que l'immunité de la poule vis-à-vis du charbon tenait à une cause bien secondaire, la température de son sang.

Au point de vue de la prophylaxie, Kuessner dit : *qu'il est impossible d'empêcher l'importation des germes infectieux.* Encore une affirmation un peu téméraire. Sans doute la quarantaine où nous avons vécu ensemble pendant les dix jours réglementaires n'aurait empêché ni importation, ni exportation des germes, mais il ne faut pas se hâter de généraliser. Si notre confrère et ami a l'occasion de passer à Marseille, qu'il ne manque pas de visiter les îles de Frioul et je suis certain, par ma propre expérience, que ses idées se modifieront, en partie du moins.

Il nous est impossible d'entrer dans les détails : il suffira d'avoir fait connaître le ton général de l'ouvrage.

Un reproche que l'on peut faire à la collection tout entière c'est que jamais, malgré le grand nombre de citations d'auteurs, il n'y a d'indication bibliographique. C'est peut-être pousser un peu loin la confiance en l'érudition du public spécial auquel on s'adresse : les praticiens et les étudiants.

C. Zuber.

Index bibliographique.

Les microphytes du sang et leurs relations avec les maladies, par T. R. Lewis. — Paris, O. Doin, 1880.

Ce livre, qui reproduit les articles publiés par l'auteur dans le *Quarterly microscopical Journal*, est un résumé de toutes les découvertes modernes sur la pathologie animée. Il contient un certain nombre de planches représentant, avec une exactitude suffisante, les différents types de vibrioniens. Mais s'il donne, en divers de ses chapitres, des détails suffisants sur les travaux de Pasteur et sur certaines discussions auxquelles ces travaux ont pu donner lieu, ses conclusions définitives sont très contestables. Évidemment l'auteur ne connaît ni M. Pasteur, ni M. Joubert, lorsque par exemple il déclare que : « Comme M. Pasteur n'était versé ni dans la médecine, ni dans l'art vétérinaire, il s'associa avec M. Joubert, du collège Rollin, afin de mieux étudier la question. » Il ne connaît pas non plus M. Bouley, lorsqu'il le présente comme un adversaire des idées de M. Pasteur et qu'il lui attribue cette idée que la fièvre charbonneuse peut exister en l'absence de *baccelli*. Aussi n'est-il pas étonnant que M. Lewis arrive à des conclusions différentes de celles que M. Pasteur a si clairement établies. Nous faisons donc de grandes réserves au sujet de ce petit livre, qui mérite cependant d'être consulté, en raison des faits qu'il rapporte et des figures qu'il reproduit.

Des hallucinations et terreurs nocturnes chez les enfants et les adolescents, par M. le docteur Debacker, thèse de Paris, 1881. — Félix Malteste et Cie.

Après une introduction, peut-être un peu longue, dans laquelle l'auteur passe en revue la circulation cérébrale, la localisation des centres nerveux, puis le sommeil, le rêve, les terreurs avec hallucinations, le somnambulisme naturel ou provoqué, et étudie enfin les relations qui existent entre les convulsions et les hallucinations, ainsi que les causes générales qui influent sur le système nerveux chez les enfants ou les adolescents, M. le docteur Debacker entre réellement dans le sujet et divise, d'après M. Lasègue, les hallucinations nocturnes en deux grandes classes : hallucinations d'origine non cérébrale et hallucinations d'origine cérébrale. Les premières, ordinairement passagères, d'un pronostic peu grave, dépendent le plus souvent d'un trouble gastro-intestinal, d'une indigestion, d'une constipation opiniâtre, de l'irritation produite par les vers intestinaux ou par une dentition laborieuse ; parfois aussi elles représentent une forme du délire d'inanition, soit dans la convalescence des maladies graves, soit dans l'état d'épuisement causé par les fatigues, la masturbation ou la plupart des affections chroniques. Elles sont, dans d'autres

cas, déterminées par une intoxication : alcool, plomb, belladone, etc., ou par des causes diverses, d'ordre variable : peur des ténèbres, émotivité excessive provoquée par les récits effrayants, sentiments affectifs exagérés, ou encore irritation occasionnée par le prurigo, la gale ou les *pediculi*. — Les hallucinations de cause cérébrale graves et persistantes dépendent : 1° de maladies cérébrales *futures*, telles que la méningite tuberculeuse, les tubercules cérébraux, l'hydrocéphalie chronique, l'idiotie, l'épilepsie, etc. : c'est dans ce cadre que viennent se ranger toutes les candidatures à la folie; 2° de maladies cérébrales *présentes*, telles que l'idiotie, le délire des persécutions ou la démence de l'enfant. — L'auteur indique les principaux points du traitement et cite de nombreuses observations des diverses formes d'hallucinations qu'il a étudiées.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ORCHITE TRAUMATIQUE, par M. le docteur F. COUTAN, thèse de Paris, 1881. — Delahaye et Lecrosnier.

Ce travail, entrepris sous l'inspiration de M. Terrillon, renferme la relation de quatre expériences instituées sur le chien, avec description minutieuse des lésions de la glande séminale; des résultats de ces expériences et des faits consignés dans trente-neuf observations, dont plusieurs personnelles, l'auteur croit pouvoir tirer les conclusions suivantes, qui se résument ainsi : La contusion détermine sur le testicule ou sur l'épididyme, sans qu'on puisse dire quel est le plus souvent atteint, des phénomènes inflammatoires ordinairement aigus et accompagnés d'un épanchement dans la séreuse vaginale. Cette inflammation peut se terminer par résolution, ou assez fréquemment par sclérose et atrophie testiculaire; rarement elle détermine la suppuration. A la suite d'un choc très violent, l'albuginée rompue peut permettre la hernie des tubes séminifères. Il semble que la contusion peut parfois devenir la cause occasionnelle de l'évolution de la tuberculose dans le testicule. Quant à la fréquence de ces inflammations d'origine traumatique, elle a été certainement exagérée, un certain nombre de cas publiés relevant d'écoulements chroniques uréthraux difficiles à diagnostiquer.

DE LA PNEUMONIE LOBAIRE SURVENANT DANS LE COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par M. le docteur GALISSART DE MARIGNAC, ancien interne des hôpitaux, thèse de Paris, 1881. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Après avoir, dans une première partie, traité avec soin l'historique de la question et l'anatomie pathologique, l'auteur étudie ensuite la pneumonie lobaire au début de la dothiénentérie, pendant la période d'état, et enfin pendant la convalescence; il montre que cette pneumonie à forme lobaire présente, soit au point de vue clinique, soit au point de vue anatomique, tous les caractères de la pneumonie lobaire aiguë primitive. Lorsqu'elle se montre au début de la fièvre typhoïde, elle peut être parfois confondue avec la pneumonie à forme typhoïde ou pneumo-typhoïde de quelques auteurs; pendant la période d'état, elle ne modifie pas immédiatement la courbe thermométrique, mais s'annonce quelquefois par un abaissement de température; pendant la convalescence, elle rappelle entièrement le type de la pneumonie franche primitive. M. de Marignac pense que ce n'est pas une simple complication accidentelle de la dothiénentérie, mais qu'il doit y avoir une raison, encore inconnue, qui favorise son développement au cours de la fièvre typhoïde; il fait voir, d'après un grand nombre d'observations, que le pronostic de cette pneumonie lobaire est d'autant plus grave que les phénomènes typhiques sont plus accusés.

DE L'ÉTAT DU CŒUR DROIT DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE, par M. le docteur JOHN-GOODMAN MARUCHEAU, thèse de Paris, 1881. — O. Doin.

Intéressante étude qui fournit l'interprétation du fait, si souvent contesté, de la terminaison par asystolie de la tuberculose pulmonaire. Ce n'est que dans la phthisie aiguë et dans la forme fibreuse de la phthisie chronique que l'on peut rencontrer la dilatation du cœur droit et l'asystolie terminale, avec tous les caractères qu'elle présente à la période ultime des affections cardiaques. Les causes de cette ectasie du ventricule droit sont les adhérences pleurales, la sclérose pulmonaire et l'emphysème : ce dernier joue d'ailleurs un rôle prépondérant. Il faut tenir compte également, au point de vue de la précocité des accidents asystoliques, de l'état du muscle cardiaque qui présente, dans ces conditions, au niveau du ventricule droit, les mêmes lésions de myocardite interstitielle diffuse que l'on constate dans le ventricule gauche, lors d'obstacle permanent à la circulation générale. Dans la phthisie ulcéreuse en voie d'évolution, la localisation et le peu d'importance de l'emphysème, et surtout la diminution de la masse sanguine déterminée par la cachexie, permettent d'expliquer l'absence de dilatation du cœur droit; c'est en tenant compte de ce dernier élément du problème, masse sanguine proportionnée à l'étendue et à la liberté de la circulation pulmonaire, que l'on arrive à concilier les divergences d'opinion, plus apparentes que réelles, des différents auteurs.

DE LA CURABILITÉ RELATIVE DE L'ÉPILEPSIE A LA SALPÊTRIÈRE, par M. le docteur FERRAND, thèse de Paris, 1881. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

M. Ferrand donne d'intéressants détails sur le traitement des épileptiques à la Salpêtrière, et appuie ses conclusions sur des statistiques instructives. En dépit de l'opinion de Voisin, il ne croit pas à la curabilité absolue de l'épilepsie; les cas dans lesquels ont été obtenues des guérisons radicales n'appartenaient pas au véritable mal comitial; il s'agissait d'accidents épileptiformes symptomatiques d'affections diverses, mais parfaitement justiciables d'un traitement approprié. Par contre, la médication bromurée, soigneusement dirigée et continuée avec persévérance, fournit de nombreux cas de guérison relative; elle atténue tout particulièrement la folie épileptique, au point que M. Legrand du Saulle a pu dire à juste raison que le bromure de potassium est *la muselière* de l'épilepsie. On trouve dans la thèse de M. Ferrand de précieux renseignements sur la façon d'administrer sans inconvénients le bromure et sur les doses qu'il convient d'employer.

RECHERCHES ANATOMO-PATHOLOGIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR LA CICATRISATION DES PAROIS INTESTINALES APRÈS LA PONCTION PAR LE TROCART, par M. le docteur Émile VOGT, de l'université de Genève. Paris, 1881. — O. Doin.

Ce travail, fait au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Genève, renferme la description des diverses expériences pratiquées par l'auteur sur les animaux, et le résultat de ses recherches histologiques. Il conclut que les piqûres faites par un trocart capillaire, dans une paroi intestinale saine, sont inoffensives; il peut en être tout autrement lorsque les tuniques de l'intestin sont plus ou moins profondément altérées. C'est la contraction de la couche musculaire interne qui produit sur le canal de la plaie une série d'inflexions, s'opposant à l'issue des matières contenues dans l'intestin et facilitant la cicatrisation rapide de la paroi. — Deux planches lithographiées représentent les diverses préparations micrographiques décrites au cours de l'ouvrage.

LEÇONS SUR LES CONDITIONS PATHOGÉNIQUES DE L'ALBUMINURIE, par M. J. M. CHARCOT, professeur à la Faculté de médecine, recueillies par M. E. BRISSAUD, Paris, 1881. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Cette brochure de cinquante et une pages renferme cinq leçons professées par M. Charcot à la Faculté de médecine. Dans les deux premières, se trouvent exposées des notions anatomiques et physiologiques sur la fonction normale du rein. Dans les suivantes sont étudiées successivement les diverses conditions pathogéniques de l'albuminurie et les différentes théories invoquées pour expliquer ce phénomène pathologique : théorie hématogène, théorie mécanique et théorie anatomique. Ce travail présente un très grand intérêt pour le physiologiste et pour le médecin; nous ne saurions trop en recommander la lecture.

ÉTUDES STATISTIQUES SUR LA MÉTHODE ANTISEPTIQUE DE LISTER. — RÉSULTATS FOURNIS PAR CETTE MÉTHODE DANS LA PRATIQUE DES AMPUTATIONS, par M. le docteur G. POINSOT, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. — Bordeaux, 1881.

Cette importante brochure renferme une étude statistique très complète de la mortalité observée à la suite des amputations, traumatiques ou pathologiques, traitées par les anciennes méthodes dans les divers pays, statistique comparée à celle que

fournit dans les mêmes circonstances l'emploi de la méthode antiseptique de Lister. La comparaison des chiffres donne, en faveur de la méthode antiseptique, un avantage qui varie de 11,61 à 16,94 pour 100. — L'auteur étudie ensuite l'influence du pansement de Lister sur les phénomènes locaux et généraux des plaies d'amputation, et constate que la méthode nouvelle réduit à 1,48 pour 100, par rapport au chiffre total des amputations, la proportion des accidents infectieux développés après l'opération. Dans 45,60 pour 100 des cas, la réunion immédiate a été obtenue; et l'apyrexie se montre dans plus d'un quart des faits. Enfin, sans pouvoir fixer le chiffre moyen, M. Poinsot établit nettement que la durée totale de la cure est diminuée dans de notables proportions. Il laisse d'ailleurs entrevoir que l'on peut espérer des succès plus grands encore, lorsque les chirurgiens seront plus complètement familiarisés avec la pratique de la méthode listérienne.

RECHERCHES CLINIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES SUR LES AFFECTIONS CUTANÉES D'ORIGINE NERVEUSE (publications du *Progrès médical*), par H. LELOIR.

Cette question de l'origine nerveuse de certaines affections cutanées a déjà été traitée dans la *Gazette;* en particulier, à l'occasion d'un travail du docteur Marcacci, inséré dans le journal italien des maladies vénériennes et cutanées (1878). Les nouvelles recherches de M. Leloir jettent un nouveau jour sur ce sujet difficile. Nous croyons devoir les exposer brièvement, en évitant de revenir sur des points déjà connus et qui appartiennent à l'historique de la question. Notre auteur s'est particulièrement appliqué aux recherches anatomiques qui lui ont paru fournir une base solide entre toutes pour l'interprétation des faits cliniques. A ceux qui voudraient le suivre dans cette voie, nous croyons utile d'indiquer ses procédés et la technique qu'il a suivie.

Les nerfs cutanés qu'on veut examiner doivent être pris, soit sur le vivant, soit immédiatement après la mort et placés, après une dissociation plus ou moins complète, dans une solution d'acide osmique au deux-centième. La pièce est retirée au bout de vingt-quatre heures, lavée avec soin et plongée dans le picro-carminate d'ammoniaque où elle passe encore vingt-quatre heures. On ajoute une certaine quantité de glycérine au picro-carminate, si on veut conserver les nerfs pour des examens ultérieurs. Il est bon d'examiner comparativement les nerfs placés en dehors du champ de la lésion.

Des recherches minutieuses et répétées permettent à M. Leloir d'affirmer que, chez les sujets qui ont été indemnes pendant la vie d'affections cutanées ou d'affections du système nerveux, les nerfs ne présentent aucune altération, et que les racines sont également saines. Examinant, en outre, les nerfs au voisinage de grandes lésions telles que le lupus, l'épithélioma, les foyers gangreneux, il a reconnu que les nerfs étaient intacts dans les parties contiguës à ces vastes et profondes destructions de la peau et qu'on ne pouvait, par conséquent, qualifier de secondaires les altérations coïncidant avec des lésions toutes superficielles comme le vitiligo et l'ichthyose.

Après avoir ainsi exonéré de toute fausse interprétation les résultats possibles de ses recherches, l'auteur a étudié l'état des nerfs dans un certain nombre d'affections cutanées : le vitiligo, l'icthyose, l'ecthyma, le pemphigus, certaines formes de gangrène cutanée, la lèpre; le mal perforant, le zona. Dans toutes ces affections, il a rencontré dans les nerfs périphériques sous-jacents aux points attaqués des lésions qui se rapportent d'une façon générale à la névrite parenchymateuse : disparition du cylindre axe, fragmentation de la myéline, multiplication des noyaux, infiltration dans la gaine de Schwann d'une matière particulière se colorant en jaune par le picro-carmin. Ces lésions nerveuses périphériques peuvent coïncider et coïncideront souvent avec des lésions plus saisissables des centres nerveux.

Au sujet de l'eczéma chronique dans lequel M. Marcacci avait rencontré des lésions du ganglion sympathique, et Colomiatti (de Turin) toutes les altérations de la névrite parenchymateuse, M. Leloir demande à rester dans la réserve, ses expériences personnelles n'étant pas d'accord avec celles des savants italiens.

Au point de vue plus général de la pathogénie, les altérations cutanées que nous venons de passer en revue paraissent donc être sous la dépendance du système nerveux. La théorie de l'affaiblissement de l'influence trophique est celle qui rendrait le mieux compte des faits observés.

VARIÉTÉS

OBSÈQUES D'AMÉDÉE LATOUR

Les obsèques d'Amédée Latour ont eu lieu le vendredi 30 juin, à onze heures. Une assistance nombreuse, dans laquelle on remarquait des représentants de l'Académie de médecine, de l'Association générale des médecins de France (avec le président, M. Roger), enfin de la presse médicale, se pressait dans la petite demeure de Latour à Châtillon.

Cette assistance n'avait que très peu diminué à l'église du bourg et au cimetière. Devant la tombe, des discours ont été prononcés, au nom de l'Académie, par M. Dechambre; au nom de l'Association, par M. Chereau; au nom de l'*Union médicale*, par M. G. Richelot.

Nous reproduisons le discours de M. Dechambre qui résume les sentiments de la rédaction tout entière (voy. Acad. de méd., p. 447).

Latour était né à Toulouse le 12 juin 1805.

M. PASTEUR. — On trouvera, page 445, le compte rendu de la visite faite à M. Pasteur par la commission chargée de lui remettre une médaille commémorative de ses découvertes.

On sait que M. Pasteur a reçu aussi tout récemment l'*Albert's medal*, haute distinction qui n'a été accordée jusqu'ici qu'à un très petit nombre de médecins français.

Nous n'avons pas besoin de dire avec quelle sympathie la *Gazette hebdomadaire* s'associe à ces hautes manifestations de l'admiration publique pour les travaux de l'illustre savant.

IMPORTATION DES VIANDES AMÉRICAINES DE PORC SALÉ

Cette question, qui a tant fait parler d'elle depuis près de deux ans, n'a pu encore aboutir. La loi adoptée par la Chambre des députés vient d'être rejetée par le Sénat dans des circonstances toutes particulières et après deux jours de débats presque passionnés. Comme on devait s'y attendre, la lutte s'est élevée entre les représentants de la science, s'appuyant sur les délibérations successives du Comité consultatif d'hygiène publique et de l'Académie de médecine, délibérations toutes conformes au rejet de la prohibition, et les défenseurs du commerce, déguisés pour cette fois en gardiens jurés des intérêts de l'alimentation publique. Un très remarquable rapport de M. Wurtz, basé sur les considérations que nous avons déjà rappelées ici, concluait cependant à exiger des viandes de porc salées de provenance étrangère l'attestation que la viande a subi une préparation complète et qu'elle répond au type connu dans le commerce sous le nom de *fully cured*. Pour s'en assurer, il fallait avoir recours à l'examen d'inspecteurs désignés par les préfets des départements frontières. C'était l'avis adopté par la Chambre, et M. Wurtz n'avait pas cru devoir y faire de modifications; c'est aussi l'opinion à laquelle s'est rangé M. Testelin après avoir très brillamment esquissé l'histoire des épidémies de trichinose observées en Amérique et en Europe et les nombreuses recherches faites sur l'existence des trichines dans les viandes importées. Des précautions aussi minutieuses, et qui paraissaient même exagérées à la plupart des hommes de science, n'ont cependant pas trouvé grâce devant les protectionnistes du Sénat. L'assemblée ayant d'abord approuvé par l'art. 1er le retrait de l'arrêté de prohibition, mais ayant peu après rejeté l'art. 2 (par 118 voix contre 114) déclarant qu'au moment du débarquement la constatation du type admis et des bonnes qualités des viandes devra être faite, la loi tombait d'elle-même et elle a été finalement rejetée à une majorité aussi faible. Victoire économique, politique aussi, dans une question qui touchait aux seuls intérêts de l'alimentation publique! Il n'en subsiste pas moins que nous continuons à consommer ces mêmes viandes introduites par des moyens détournés et que, grâce à nos habitudes culinaires, la trichinose est inconnue en France. La question qui importe d'ailleurs aussi à la bonne harmonie des échanges internationaux n'est pas terminée; avant-hier le conseil des ministres a dû s'en préoccuper de nouveau et le Comité consultatif d'hygiène publique, si malmené dans la discussion par le ministre du commerce, a été encore une fois prié de fournir à l'administration un avis... dont elle fera sans doute le même usage que des avis antérieurs.

SERVICE DE SANTÉ NAVAL. — M. Léon (Auguste-Anatole), médecin professeur de la marine, est nommé médecin en chef.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Prix de l'internat.* La composition écrite du concours pour les prix de l'internat aura lieu le vendredi 3 novembre 1882, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, 3. Ce concours est obligatoire pour les élèves qui terminent leur deuxième année. Les élèves de quatrième année qui, n'ayant pas concouru, n'auront pas justifié d'un cas de force majeure apprécié par le jury et consigné au procès-verbal, ou qui, ayant concouru, auront fait des épreuves jugées insuffisantes, ne seront admis à concourir pour le Bureau central qu'après trois années de doctorat. Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, du 20 juillet au 14 août inclusivement.

Le mémoire prescrit pour le concours de la première division devra être déposé au secrétariat général, conformément au règlement, avant le 15 août, dernier délai.

CONCOURS POUR L'ADMISSION DANS LE CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — En exécution des décrets et règlements concernant le corps de santé de la marine, un concours s'ouvrira successivement dans les écoles de médecine navale de Rochefort, de Toulon et de Brest, à partir du 1er septembre 1882, dans le but de pourvoir à douze emplois d'aide-médecin et à deux emplois d'aide-pharmacien. Le registre sera clos vingt-quatre heures avant l'ouverture du concours.

La circulaire ministérielle du 12 mai 1881 a fixé comme il suit les matières du concours pour le grade d'aide-médecin : 1er *examen* (verbal). — 1re partie. Anatomie descriptive : ostéologie, syndesmologie, myologie, angéiologie (artères, veines), névrologie des membres, position absolue et relative des viscères. — 2e partie. Préparation d'une pièce anatomique. — 2e *examen* (verbal). Éléments de pathologie générale et de séméiotique. — 3e *examen* (verbal). Chirurgie élémentaire (théorie et pratique). — 4e *examen* (écrit). Pharmacologie, pharmacie élémentaire, posologie.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans cet ordre, savoir :

Au grade de commandeur : Levié (Etienne-Jean-Baptiste), médecin principal de 1re classe.

Au grade d'officier : Brassac (Pierre-Jean-Marcelin), médecin en chef de la marine.

Cuignet (Ferdinand-Louis Joseph), médecin principal de 1re clase; Godot (Etienne-François-Constant), médecin-major de 1re classe.

Au grade de chevalier : Déchamp (Paul-Jules), médecin de 1re classe de la marine; Comme (Adolphe-Ferdinand), médecin de 1re classe de la marine; Eyssautier (André-Alexandre), médecin de 1re classe de la marine; Dubois (Charles-Jean-Baptiste), médecin de 1re classe de la marine; Breton (Joseph-Ferdinand), médecin de 1re classe de la marine; Frison (Joseph-Marie), médecin de 1re classe de la marine; Daniel (Jules), médecin de 1re classe de la marine; De Biran (Louis-François-Alexandre-Edouard), médecin auxiliaire de 2e classe de la marine.

Berger (Félix-Alfred), médecin-major de 1re classe; d'Hennezel (Louis-Alexandre), médecin-major de 1re classe; Foch (Onésime-Bomard-Louis-Gaudens, médecin-major de 1re classe; Labrevoit (Louis-René-Abel), médecin-major de 1re classe; Galzain (Alfred), médecin-major de 1re classe; Talloir (Paul-Antoine), médecin-major de 1re classe; Delamare (Georges-Abel), médecin-major de 2e classe; Lux (Joseph-Emile), médecin-major de 2e classe; Villelon-Denaïde (Charles-Alphonse), pharmacien-major de 1re classe.

SOUSCRIPTION AU BUSTE DE M. BOUILLAUD. — La Société des médecins de la Charente, désireuse de perpétuer le souvenir de leur illustre compatriote le professeur Bouillaud, a décidé d'ouvrir une souscription pour lui ériger un buste à l'Hôtel-de-Ville d'Angoulême. La Société a l'intention d'offrir un exemplaire de ce buste à l'Association générale des médecins de France. — Adresser les fonds recueills, avant le 1er août, à M. le docteur H. Nadaud, à Angoulême.

CONCOURS POUR L'OBTENTION DES BOURSES DE DOCTORAT. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts ; vu le règlement du 15 novembre 1879, arrête :

ARTICLE PREMIER. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 10 juillet 1882.

ART. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 8 juillet, à quatre heures.

ART. 3. — Conformément aux prescriptions de l'arrêté du 15 novembre 1879 susvisé, sont admis à concourir : 1° les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'art. 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales; 2° les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie; 3° les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie; 4° les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la deuxième partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe; 5° les candidats justifiant des grades de bacheliers ès sciences et ès lettres qui continuent leurs études d'après l'ancien régime, s'ils ont obtenu la note *bien* à l'examen correspondant à leur temps de scolarité. Les épreuves seront les mêmes pour les étudiants de l'un et de l'autre régime d'études. Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien*, pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

ART. 4. — Les sujets des épreuves seront adressés par le ministre aux recteurs, sous un pli cacheté, qui sera remis au président du jury et décacheté par lui, en présence des élèves, à l'ouverture de la séance du concours.

Fait à Paris, le 19 juin 1882.

MORTALITÉ A PARIS (26e semaine, du vendredi 23 au jeudi 29 juin 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 960, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 50. — Variole, 8. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 0. — Diphthérie, croup, 42. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 57.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 156. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 65. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 40. — Bronchite aiguë, 18. — Pneumonie, 64. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 42; au sein et mixte, 26; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 82; de l'appareil circulatoire, 61; de l'appareil respiratoire, 59; de l'appareil digestif, 61; de l'appareil génito-urinaire, 27; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 3.

Conclusions de la 26e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1149 naissances et 960 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1131, 1105, 1008, 1101. Le chiffre de 960 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur à chacun des chiffres des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir: une atténuation pour la fièvre typhoïde (50 décès au lieu de 52 pendant la 25e semaine), la variole (8 au lieu de 22), la rougeole (22 au lieu de 33), la diphthérie (42 au lieu de 47), l'érysipèle (5 au lieu de 10); une aggravation pour la scarlatine (6 décès au lieu de 2). Les décès par infection puerpérale ont atteint le même chiffre (4) que durant la 25e semaine.

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la fièvre typhoïde (96 malades reçus du 19 au 25 juin au lieu de 108 entrés pendant les sept jours précédents) et pour la diphthérie (28 au lieu de 31), et supérieur pour la variole (51 au lieu de 35).

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

L'eau de Renlaigue.

RENLAIGUE, qui signifie, dans l'ancienne langue romane de l'Auvergne, le rocher qui rend l'eau (*renn l'aiguo, reddit aquam*), est une source qui coule dans la commune de Saint-Diery, de l'arrondissement d'Issoire, située dans une des vallées qui descendent des massifs des monts Dore vers l'Allier.

Connue fort anciennement, puis tombée dans l'oubli et employée seulement par les gens des environs, qui appréciaient fort, cependant, ses qualités agréables non moins que ses propriétés curatives, l'eau de Renlaigue voit sa vogue grandir sans cesse depuis 1872, — époque où elle fut approuvée par l'Académie de médecine sur un rapport de M. Mialhe fait au nom d'une commission composée de MM. Poggiale, Gubler, Ossian Henry, de Kergaradock et Hérard, — et le jour est proche où cette eau transportée prendra rang parmi les premières et les plus appréciées des médecins et du public. Ce pronostic est pleinement justifié par l'exposé succinct de sa composition, de son action physiologique et de ses indications thérapeutiques.

L'eau de Renlaigue jaillit d'un terrain basaltique et granitique, à une température variant de 12 à 15 degrés, avec un abondant dégagement d'acide carbonique. La source donne par minute 80 litres d'une eau parfaitement claire et limpide, fortement chargée d'acide carbonique, d'un goût frais et piquant, très agréable. Mélangée au vin, elle n'en altère pas la couleur et en relève, au contraire, les qualités par son principe gazeux et acidule.

Analysée une première fois en 1869 par M. Marchand, elle l'a été une seconde fois officiellement, en 1872, par son collègue M. Bouis, professeur à l'Ecole de pharmacie, essayeur à la Monnaie et membre de l'Académie de médecine. De ces analyses, il résulte que l'eau de Renlaigue contient par litre :

	gr.
Gaz acide carbonique..............	3,352
Bicarbonate de soude..............	0,417
— de magnésie...........	0,247
— de chaux..............	0,216
— de fer................	0,081
Chlorure de sodium et de potassium..	0,431
Sulfate de soude..................	0,024
Silice............................	0,060
Alumine...........................	0,012
Matières organiques...............	traces.

soit : 3gr,352 de gaz acide carbonique, près de 42 centigrammes de bicarbonate de soude, environ 25 centigrammes de bicarbonate de magnésie, plus de 8 centigr. de fer, et 6 centigr. de silice.

Cette eau est donc gazeuse, alcaline, bicarbonatée, ferrugineuse, et « rentre, comme l'écrivait le professeur Gubler, dans la catégorie de ces eaux martiales complexes, éminemment reconstituantes, douées tout à la fois d'une forte proportion de fer carbonaté et de carbonate de chaux, et d'une notable quantité de soude, de chlorure de sodium et de potassium », auxquelles l'éminent thérapeutiste donnait la préférence parmi les eaux ferrugineuses gazeuses, parce qu'elles « joignent à ces deux principes les sels neutres du sérum sanguin ».

L'eau de Renlaigue peut soutenir avec tout avantage la comparaison avec les eaux analogues de Spa, Pyrmont, Schwalbach, Orezza, Bussang, Vals (Saint-Jean), etc. Plus chargée que toutes celles-ci en acide carbonique, venant immédiatement après Orezza, et avant le Pouhon de Spa comme richesse en fer, elle est plus alcaline que le Pouhon de Spa, qui l'est à peine, et Orezza, qui ne l'est pas du tout. Un coup d'œil jeté sur le tableau suivant rendra plus facile et plus nette la comparaison :

SOURCES.	Gaz acide carbonique.	Bicarbonate de soude.	Bicarbonate de fer.	Chlorures de sod. et potas.	Silice.
	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.
Renlaigue............	3.352	0.417	0.081	0.431	0.060
Spa (Pouhon).........	2.140	0.126	0.071	0.025	0.062
Pyrmont..............	2.391	»	0.077	0.158	0.032
Schwalbach...........	1.741	0.245	0.057	0.008	0.046
Orezza...............	2.460	»	0.128	0.014	0.004
Bussang..............	0.410	0.789	0.017	0.078	0.080
Vals (Saint-Jean).....	1.425	1.480	0.006	0.030	0.080

Règle générale, c'est moins d'après la quantité de fer à la source que d'après le fer qu'elle conserve après avoir été transportée, qu'une eau ferrugineuse doit être jugée. Or, l'eau de Renlaigue transportée contient par litre un peu plus de 8 centigrammes de fer en parfaite dissolution, et on n'en trouvera aucune pareille déposée sur les parois des bouteilles, comme cela arrive pour la plupart des eaux ferrugineuses. Cela tient à ce que le fer y est combiné avec l'acide carbonique, ce qui n'existerait pas si Renlaigue ne contenait pas un excès d'acide carbonique. Cela tient encore à ce que les bicarbonates à bases sodiques sont plus fixes que les bicarbonates à bases calciques.

L'acide carbonique, outre qu'il tient le fer en dissolution dans l'eau, conserve celle-ci. De plus, comme l'a si justement écrit Pétrequin dans son *Traité des eaux minérales*, « il enlève aux eaux saveur saline, alcaline ou martiale qu'elles auraient sans lui; leur transmet un goût agréable qui plaît et les fait rechercher même pour l'usage de la table ».

On sait que les matières organiques contenues dans les eaux minérales en amènent la décomposition et provoquent la décomposition des sels de fer. Renlaigue en a de simples traces, et, de plus, elle contient par litre 6 centigrammes de silice. Or, nous savons tous, depuis les travaux de Rabuteau et Papillon, confirmés par Picot et Dumas, que la silice occupe le premier rang des substances antiputrides et antifermentescibles. Donc, sécurité absolue au point de vue de la conservation de l'eau de Renlaigue transportée, qui ne subit aucune décomposition, ne donne aucun dépôt, et dans laquelle, ainsi que le dit M. Mialhe dans son rapport, « le fer se maintient facilement en dissolution ».

Nous ne ferons pas à nos confrères l'injure de nous étendre sur les effets physiologiques, connus de tous, des principaux agents minéralisateurs de l'eau de Renlaigue. Barthez a dit du fer, avec raison, « qu'il engendre une pléthore relative en régénérant les parties rouges du sang, » et Trousseau, encore plus aphoristique, a écrit : « Le fer est le réparateur du sang. » Ce que le jeune professeur de thérapeutique Hayem a démontré expérimentalement dans son étude sur la médication ferrugineuse. Cette action tonique et réparatrice du fer est fortement secondée par l'acide carbonique, dont l'excès fait qu'il est mieux supporté, même par les personnes qui, auparavant, ne pouvaient tolérer aucune préparation pharmaceutique ferrugineuse.

L'acide carbonique est aujourd'hui reconnu comme excitateur des mouvements péristaltiques de l'estomac et des intestins, et l'éminent hydrologue Durand-Fardel avait raison de dire, il y a quelques mois, à la Société française d'hygiène : « Le gaz acide carbonique est eupeptique et stimulant de l'activité digestive. Il procure en même temps une sensation de rafraîchissement qui domine la soif, et il fournit ainsi des boissons particulièrement agréables et salutaires dans les saisons chaudes. »

Quant aux alcalins, Claude Bernard et Blondelot ont démontré qu'ils activent les sécrétions gastrique et rénale, mais à la condition d'être pris à faibles doses, car alors, ainsi que l'a dit Rabuteau, « ces alcalins se transforment en chlorure au contact de l'acide chlorhydrique du suc gastrique, et augmentent la sécrétion de ce liquide, » tandis que, d'après les expériences de Charles Richet, pris à hautes doses les alcalins, au lieu d'augmenter l'acidité du suc gastrique, l'atténuent au contraire.

D'après ce qui précède, il est aisé de reconnaître que l'eau de Renlaigue agit de la façon la plus efficace : 1° dans les affections caractérisées par une faiblesse générale de l'organisme, suite d'altération ou d'insuffisance de l'hématose (anémie, chlorose, aménorrhée, dysménorrhée, leucorrhée, grossesse, convalescence des maladies aiguës, etc.); 2° dans les affections du tube digestif, résultant soit d'un vice de sécrétion des muqueuses de l'estomac, soit d'une diminution des mouvements péristaltiques de cet organe, soit d'une hyperesthésie stomacale (anorexie, appétit capricieux, digestions lentes et douloureuses, dyspepsies, pyrosis, gastralgie, entéralgie, constipation habituelle, catarrhes gastriques et intestinaux, etc.). Enfin, l'eau de Renlaigue exerce aussi une action manifeste sur les urines des dyspeptiques et des gastralgiques, qui offrent toujours, soit un excès de phosphate ou de mucus, soit un dépôt urique, et chez lesquels on rencontre souvent de la cystalgie. Enfin, grâce à son action modificatrice des produits de la muqueuse urinaire, nous voyons tous les ans un certain nombre de malades atteints de pyélites simples, blennorrhagiques ou rhumatismales, de catarrhe vésical léger ou de blennorrhées anciennes, retirer de grands avantages de l'usage de l'eau de Renlaigue.

Dr Paul LABARTHE.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action physiologique et thérapeutique de la digitale.

La digitale occupe l'un des premiers rangs de la matière médicale; elle produit en effet, sur l'organisme humain, deux phénomènes importants, l'accroissement de la diurèse et le ralentissement du pouls. Dès que ces effets eurent été constatés, la digitale attira l'attention de tous les praticiens et devint pour les chimistes l'objet de nombreux travaux; il était certain, en effet, que son emploi devait avoir une action utile dans toutes les affections du cœur. En effet, elle ralentit les battements de cet organe au point de faire tomber les pulsations du pouls de près de moitié, et il est constaté que le pouls devient plus fort et plus résistant à mesure que le nombre des pulsations diminue; de telle manière que la digitale, convenablement administrée, peut devenir le régulateur de la circulation, et la tonifier en la réglant.

Voici un fait qui en est la démonstration la plus évidente :

Camille de B..., âgé de quinze ans, de haute taille pour son âge, élève interne au collège Stanislas, à Paris, a été pris d'un ensemble de symptômes que l'on pouvait considérer comme les prodromes d'une fièvre typhoïde : épistaxis répétées, étourdissements, pâleur, diminution de l'appétit, nausées, coliques, diarrhée légère, un peu de fréquence du pouls avec augmentation de chaleur à la peau, affaiblissement. Ce jeune homme, transporté dans sa famille, qui habite un des quartiers les plus aérés de Paris, fut mis au repos du corps et de l'intelligence et soumis à un régime et à un traitement appropriés. En peu de temps sa santé se rétablit. L'appétit se réveilla, les garde-robes redevinrent régulières et le sommeil normal. Les forces mêmes parurent reprendre leurs conditions naturelles. Le jeune homme se disait bien portant. Cependant le pouls battait 138 à 140 fois; à l'auscultation, les battements du cœur avaient une grande violence, le cœur bondissait dans la poitrine; le visage restait pâle. Il y avait évidemment anémie, que l'on pouvait rationnellement attribuer à une croissance rapide, coïncidant avec une alimentation insuffisamment réparatrice et avec une aération incomplète.

La digitale était indiquée. Le sirop de Labélonye fut donc prescrit, d'abord à la dose d'une cuillerée à bouche le soir en se couchant. Au bout de trois ou quatre jours, le pouls était à 132 et les battements du cœur moins forts. Alors la dose du médicament fut doublée; une grande cuillerée le matin, et autant le soir. Après huit jours de cette médication le pouls ne battait plus que 96 fois, et l'impulsion du cœur était entièrement normale. En même temps, les forces faisaient des progrès et la santé générale allait s'améliorant. Au moment où nous écrivons le traitement est continué; on l'a complété par l'adjonction d'une préparation ferrugineuse.

L'action de la digitale bien démontrée, il était important de rechercher à quel principe elle devait ses propriétés bienfaisantes. Le professeur Gubler, à la suite d'analyses comme il sait les faire, a trouvé dans la digitale deux huiles dont l'une volatile, une matière grasse, une résine, un principe amer désigné sous le nom de digitaline, le digitalin, la digitalose, les acides digitalique, antirrhinique et digitalésique. Il n'était pas possible d'attribuer à l'un ou l'autre de ces principes les vertus médicinales de la digitaline, et il fut bientôt prouvé que ce n'était pas à un principe unique, mais à la réunion des principes extractifs de l'huile, de la résine et des sels qu'elle renferme qu'elle devait ses propriétés. M. Labélonye, dont les recherches ont éclairé la question d'une vive lumière, a reconnu que l'extrait hydro-alcoolique était la préparation la plus favorable à l'administration de ce médicament. Il l'a mise dans le commerce sous le nom de digitale de Labélonye, et le corps médical l'a accueillie avec toute la faveur qu'elle méritait.

Trente-cinq années d'expérimentations, faites par les médecins de tous les pays, ont prouvé que ce sirop jouissait de toutes les propriétés de la digitale, sans avoir aucun des inconvénients des autres préparations de cette plante. Jamais il n'a amené aucun des accidents que détermine parfois la digitaline, et cependant il possède au plus haut degré l'action sédative et diurétique de la digitale. Il a toujours été employé avec grand succès dans le traitement de l'hydropisie, les bronchites nerveuses, asthmes, catarrhes et tout spécialement dans les affections du cœur, et est devenu l'un des agents les plus précieux de la thérapeutique.

THÉRAPEUTIQUE

Les eaux et l'établissement thermal de Vals. La source Pauline, son emploi dans le traitement de la dyspepsie.

Il n'est pas sans intérêt, au moment où l'attention des praticiens et des malades est particulièrement dirigée sur nos établissements thermaux, de dire quelques mots d'une des stations françaises les plus justement appréciées. Nous voulons parler des sources de Vals et de la *Société centrale* qui a créé un des établissements thermaux les plus importants de notre pays.

Les nombreuses richesses minérales accumulées dans le beau bassin de Vals ont été très heureusement graduées par la *Société centrale* selon leur degré de minéralisation. Cette division, que nous allons faire connaître, était absolument nécessaire pour bien spécifier leurs indications thérapeutiques et pour rendre plus facile au médecin l'ordonnance et l'application de ces eaux.

C'est ainsi qu'on admet quatre degrés de minéralisation. Le *premier degré* (source Pauline) contient $1^{gr},6$ de bicarbonate de soude par litre, et est sursaturé d'acide carbonique. C'est le type de l'eau digestive et le meilleur remède contre la dyspepsie. Le *second degré* (Chloé-Dupasquier) contient 3 grammes de bicarbonate de soude par litre. Le *troisième degré* (Alexandre) qui contient $6^{gr},50$ par litre, convient dans les affections hépatiques, et le *quatrième degré* dépasse 7 grammes de bicarbonate de soude. Enfin la source *Saint-Louis*, arsenicale et ferrugineuse, termine l'énumération des richesses que possède la *Société centrale* dans le beau bassin de Vals.

Il importe en outre de faire remarquer que toutes ces sources jaillissent et coulent naturellement à la vue du public sans l'emploi de moyens mécaniques. Ce fait est d'autant plus important que les autres sources de Vals sont extraites par des pompes, qui les troublent et les altèrent plus ou moins.

Nous désirons surtout, dans cet article, appeler l'attention sur la source Pauline qui représente le premier degré de la minéralisation alcaline et dont les applications sont plus générales. Cette source contient par litre :

Bicarbonate de soude............	1,61170
Carbonate de lithine.............	0,01093
Carbonate de fer................	0,00907
Silicate d'alum., pot. et soude....	0,18240
Chlorure de sodium.............	0,04140
Sulfate de soude................	0,16960

En somme, un total de $2^{gr},06220$ de matières fixes par litre, auxquelles il faut ajouter, ce qui est le point important, $2^{gr},13869$ de gaz acide carbonique libre.

Il n'est pas nécessaire d'être très versé en chimie hydrologique pour voir, d'après cette analyse, *que la source Pauline* réunit toutes les conditions d'une bonne *eau de table.* L'heureuse combinaison de ses éléments, sa faible minéralisation, sa richesse en acide carbonique en font le spécifique de la dyspepsie flatulente. Elle se trouve à la portée des organisations les plus délicates et convient surtout aux estomacs débilités par la maladie ou les excès.

C'est dans le traitement de la dyspepsie, avec ou sans flatulence, que cette source a donné les meilleurs résultats. C'est ce qui a fait dire à un de nos confrères que, grâce à la Vals-Pauline, l'indigestion n'existait plus ou devait disparaître. C'est par centaines qu'on citerait les cas de dyspepsie rebelles rapidement guéris, soit par un séjour auprès de la station, soit par l'emploi de l'eau exportée.

La source Pauline est, en effet, l'eau digestive la plus parfaite et la mieux appropriée aux estomacs débilités de nos citadins. Par sa légèreté, par sa saveur agréable et sa fraîcheur acidulée, elle satisfait les exigences du palais aussi bien que celles de l'estomac. Son excessive pureté la rend précieuse pendant les chaleurs, car elle peut être bue en assez grande quantité sans entraîner les inconvénients de l'eau ordinaire ou des boissons artificiellement préparées ou gazéifiées. Elle possède à ce point des avantages marquées sur beaucoup d'eaux minérales qui sont extraites à l'aide d'engins mécaniques ou surchargées de gaz.

Tous les estomacs qui digèrent mal ou lentement devront donc mélanger à leur vin de l'eau de Vals-Pauline. Tous les gastralgiques qui l'emploieront régulièrement seront rapidement guéris ou améliorés.

En somme, l'eau de Vals-Pauline représente le type le plus accompli d'une bonne eau digestive. C'est l'eau de table par excellence.

Du lactate de fer.

L'action du fer dans la chlorose et la chloro-anémie est tellement connue qu'il ne saurait plus être question d'en faire l'éloge, et s'il est une étude à faire au sujet des nombreuses préparations martiales, c'est uniquement dans le but de savoir quelles sont celles qui peuvent être les plus efficaces, et surtout celles qui ne peuvent jamais nuire.

Il est d'abord de toute évidence qu'une préparation ne saurait être efficace qu'autant qu'elle est de nature à être assimilée, et la première condition pour être assimilée, c'est qu'elle soit soluble. Un certain nombre de préparations sont solubles par elles-mêmes, d'autres ne le sont qu'en empruntant aux organes les acides physiologiques qu'ils contiennent. Dans le premier cas, l'assimilation se fera tout naturellement et sans aucun effort de l'organisme, il en sera différemment dans le second cas qui exigera de l'estomac un travail plus ou moins laborieux. Il est hors de doute, par conséquent, que les préparations dans lesquelles le fer est soluble doivent avoir la préférence.

Des expériences nombreuses et concluantes peuvent d'ailleurs guider les praticiens à cet égard. M. Claude Bernard a étudié comparativement l'action du sulfate ferreux et celle du lactate de fer ou dragées de Gélis et Conté. Il a vu que ces deux sels, placés dans les mêmes conditions, se comportent d'une manière toute différente. Le lactate de fer, injecté en dissolution, même saturée, dans le sang, ne produit aucun accident et est complètement assimilé ; tandis que le sulfate de fer, employé même à des doses très minimes, chemine dans tous les organes sans être assimilé et amène presque toujours la mort. Le même expérimentateur a constaté que le sulfate de fer se retrouve en entier dans les urines, mais que le lactate ne s'y montre point, preuve nouvelle de son assimilation.

En 1858, des expériences fort importantes ont été faites par une commission de l'Académie de médecine dans le but de déterminer l'action digestive du suc gastrique sur la fibrine en présence du fer. Il a été reconnu que certains sels de fer solubles sont absorbés sans être assimilés. De plus, la plupart des ferrugineux expérimentés doivent être considérés non seulement comme inefficaces, mais encore comme directement nuisibles, puisque, sur les neuf préparations soumises à l'expérimentation, six ont plus ou moins paralysé la digestion. L'action digestive du sac gastrique n'a pu se manifester d'une manière complète qu'en présence du lactate de fer. Le fer réduit et le pyrophosphate ont entravé cette action, sans toutefois l'arrêter complètement ; mais il a fallu les donner à très petites doses.

Le rapporteur de la commission, M. F. Boudet, s'exprimait en ces termes : « Les résultats obtenus avec le lactate, le tartrate et le citrate de fer, et le fer réduit, sont conformes à ceux que MM. Boudault et Corvisart avaient obtenus dans des expériences antérieures ; ils montrent que le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal partage, avec des sels de fer dont l'efficacité est incontestable, comme le tartrate et le citrate, et avec le fer réduit lui-même, la propriété de paralyser l'action digestive du suc gastrique, et que le lactate de fer seul jouit d'une parfaite innocuité à cet égard. »

De ces expériences on peut conclure que les préparations ferrugineuses réellement efficaces qui se présentent au choix d'un praticien ne sont pas très nombreuses ; et que le nom de *préparation ferrugineuse normale* peut rationnellement s'appliquer au lactate de fer ou dragées de Gélis et Conté ; car il paraît bien démontré aujourd'hui que le fer n'est assimilé qu'à l'état de lactate. Il est en cet état éminemment soluble et est assimilé sans l'intervention du suc gastrique, laquelle ne peut se produire qu'aux dépens de la digestion. Aussi son premier effet est-il d'augmenter l'appétit et d'activer les fonctions digestives.

« Ce sel, dit M. le professeur Gubler, n'ayant pas une saveur atramentaire très prononcée, n'exerce aucune action irritante sur la muqueuse gastrique, ce qui est un avantage pour l'emploi interne ; mais, en revanche, il ne jouit pas des propriétés styptiques efficaces des sels de fer solubles à acides minéraux. Aussi n'est-il d'aucune utilité comme topique astringent ; on s'en sert uniquement dans la médication tonique analeptique dont il constitue, d'après Andral, Bouillaud, Beau, Rayer et d'autres médecins éminents, l'un des meilleurs agents chez les chlorotiques, les anémiques et les sujets épuisés. »

Un grand nombre d'observations prises dans les services de MM. les professeurs Andral, Bouillaud, Fouquier, Bally, Nonat, Beau, etc., démontrent l'efficacité des *Dragées et Pastilles de Gélis et Conté*, dans toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang, comme la *chlorose* et l'*anémie*, l'*aménorrhée*, qui en est souvent la conséquence. Elles sont non moins efficaces pour aider au développement des jeunes filles et dans tous les cas où il faut ranimer les forces vitales, comme à la suite de longues maladies, d'abondantes saignées, etc.

Les déductions de la science aussi bien que l'expérience des faits s'accordent donc pour justifier la préférence que les médecins accordent à ces dragées sur toutes les autres préparations martiales.

(*Union médicale.*)

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 13 juillet 1882.

L'exposition des projets et modèles d'établissements scolaires.

(Troisième et dernier article) (1).

Il est difficile de bien faire comprendre, sans le secours de figures explicatives, comment les architectes et les ingénieurs comprennent aujourd'hui le chauffage et la ventilation dans les salles de classes et comment ils s'efforcent de les établir suivant les exigences de la salubrité. Cependant, il est certaines règles qui paraissent avoir été adoptées, précisément à la suite des travaux publiés par des médecins et des physiologistes sur ce sujet. Ainsi que le déclare le savant et habile ingénieur, M. Charles Herscher, dans les renseignements spéciaux qu'il a bien voulu nous communiquer, le choix d'emplacements dégagés et ensoleillés, de salles élevées, spacieuses, bien éclairées, pourvues de larges orifices d'aération s'ouvrant sur des faces opposées de manière à favoriser la ventilation naturelle, telle est d'abord la donnée générale prévue et imposée; en toutes saisons, l'ouverture en grand des baies d'aération est, en outre, réclamée après chaque occupation des locaux. Pour compléter ces mesures, on prescrit maintenant d'une manière générale l'installation de nombreux orifices spéciaux d'admission d'air pur, ainsi que de cheminées de sortie, facilitant la ventilation artificielle des locaux pendant leur occupation. Enfin, le chauffage très modéré de l'air pur, introduit ainsi en abondance, tend heureusement à se substituer à l'emploi d'appareils fournissant peu d'air chauffé à une température élevée. Là, du reste, ne s'est pas arrêté le progrès; on s'est, en effet, trouvé amené à se préoccuper, non seulement de fournir une quantité d'air déterminée pour un nombre donné d'individus réunis dans un même local, mais encore à répartir le mieux possible entre chacun d'eux l'air pur introduit. Pour cela, cet air doit être aussi peu chauffé que possible, de manière à se répandre facilement, par suite de sa densité relative, dans la zone occupée, au lieu de se diriger sur le plafond avant d'être respiré, comme il arrive trop souvent. Même chimiquement pur, ne l'oublions pas, l'air chauffé par les meilleurs systèmes affecte plus ou moins nos organes, et l'observation physiologique concorde ainsi avec les déductions physiques concluant au minimum d'échauffement pour l'air pur introduit. Le mieux est sans doute à ce point de vue que la construction des murs soit telle que les variations thermométriques extérieures influencent le moins possible le régime même des salles; il reste cependant à compenser l'action refroidissante agissant

(1) Voy. p. 378 et 421.

FEUILLETON

Loys Vassé, de Châlons-sur-Marne. — **Jean Vassès**, de Meaux (1486-1550), docteur régent et doyen de la Faculté de Paris. — **Nicolas Vasses**, du diocèse de Meaux, étudiant en médecine en 1535. — **Jean Le Vasseur**, de Paris (1518-1570), docteur régent. — **Claude Le Vasseur**, de Paris (1614-1683). — **Louis Le Vasseur**, de Paris, docteur de Montpellier en 1858. — **David Vasse**, de Paris, docteur régent en 1723.

(Fin.— Voyez les numéros 23, 25 et 37.)

JOANNES LE VASSEUR PARISINUS a été docteur régent comme Jean Vasses de Meaux. Voici sur lui les renseignements que donnent les *Commentaires*. Après les quatre années d'études habituelles achevées avant la fête de la Toussaint 1541, il est admis comme candidat au baccalauréat (t. V, f. 164 verso). Bachelier en mars 1542, il subit les thèses et autres épreuves à partir du mois de novembre de la même année, et arrive le cinquième à la licence en mai 1544 (f. 198). Il reçoit le laurier de docteur, le 14 octobre 1544 sous le décanat de Jean Maillard (f. 201). Puis le 27 janvier 1545, il préside *extra ordinem* une thèse quodlibitaire (t. VI, f. 3 verso), et figure par cela même, sur la liste des docteurs régents au premier décanat de Vincent Mustel.

Le premier samedi après la Toussaint 1546, lors de la nomination de Jacques Houllier comme doyen, Jean Le Vasseur est nommé lecteur avec Claude Buquet (t. VI, f. 46). Il fut prorogé dans cette fonction l'année suivante (f. 75).

On voit (f. 87) que Jean Le Vasseur eut un différend avec un de ses collègues, Jean du Mont, qu'il avait injurié gravement. Plainte fut portée le 19 octobre 1548 devant le parlement qui consentit à laisser juger l'affaire par la Faculté (f. 103).

A la fin du premier décanat de Jean Gorris, novembre 1549, les deux signatures de J. Vasses et de J. Le Vasseur sont apposées sur le même feuillet 119 du t. VI des *Commentaires*.

sur les parois qui y sont exposées et à empêcher la production des courants descendants d'air froid sur la face intérieure des murs et vitres. De cette nécessité, on a logiquement déduit qu'il fallait pourvoir le bas de cette sorte de parois d'une surface de chauffe compensatrice. Les récentes installations faites dans les écoles de la ville de Paris, et exposées actuellement au Trocadéro, en application de ce principe, ont donné d'excellents résultats. C'est ainsi que dans les écoles de l'avenue Duquesne, dont nous avons parlé dans les précédents articles, l'architecte M. Leroux et MM. Geneste et Herscher ont amené horizontalement près du sol de la face vitrée le tuyau de fumée du foyer établi dans chaque classe; une enveloppe garantit les élèves contre le contact du tuyau de fumée, elle est largement perforée en vue d'une abondante émission d'air venant de l'extérieur. Pour les nouveaux lycées en construction, le système qu'ils ont fait adopter est plus complet encore; car l'importance de ces établissements permet d'avoir recours à des surfaces de chauffe à vapeur, se prêtant à une répartition perfectionnée de la chaleur. On obtient ainsi, en effet, dans chaque salle une véritable enveloppe artificielle chaude, permettant d'introduire de l'air pur à basse température directement dans la zone occupée et de faire échauffer l'air vicié près du plafond.

Le règlement ministériel du 17 juin 1880 soumet à des prescriptions spéciales l'installation des privés dans les écoles; ils seront placés, dit-il, dans le préau découvert, de manière que le maître puisse, de tous les points de l'école, exercer une surveillance; ils devront être préservés avec le plus grand soin de l'action solaire directe et disposés de telle sorte que les vents régnants ne rejettent pas les gaz dans les bâtiments ni dans la cour. Puis, après avoir déterminé les dimensions des cases, le même règlement décide que les parois seront recouvertes de plaques de faïence ou d'ardoise, ou d'un enduit de ciment; les orifices des cases seront, autant que possible, fermés hermétiquement; le siège en pierre ou en ciment aura une saillie de 20 centimètres au-dessus du sol, il formera un plan incliné vers l'orifice; quand celui-ci sera sans fermeture, on devra employer des appareils propres à déterminer une aspiration suffisante et forcer l'air à entrer par l'orifice, etc.... Ces dispositions, on le voit, ne tendent à rien moins qu'à maintenir, dans la très grande majorité de nos écoles, les *trous à la turque*, et d'ailleurs un croquis placé en face de cette prescription réglementaire ne laisse aucun doute à cet égard. Les exposants des projets réunis au Trocadéro ne s'y sont pas trompés et pour la plupart ils n'ont pas manqué de disposer sur leurs plans, avec plus ou moins de détails, le système de latrines auquel la Société de médecine publique de Paris appliquait, en 1878, dans un rapport de M. le docteur Riant, les épithètes de « défectueux, dangereux, antihygiénique, barbare et immoral ».

Assurément il est difficile d'obtenir partout pour le cabinet d'aisances, cette partie si importante pour la salubrité d'un groupement scolaire, l'installation que M. Émile Trélat définissait en ces termes: « J'imagine, disait-il, que si dans quelque cour d'école, au fond d'un petit cabinet lumineux et aéré, tapissé de claires faïences et parqueté d'étroites frises de chêne frotté, on nous montrait une blanche cuvette de porcelaine, fermée par une capsule hermétique, largement pourvue d'eau et entourée d'un siège d'acajou parfaitement astiqué, nous tomberions tous d'accord en ce jugement: C'est cela qu'il faut avoir partout. » Mais si cette installation, luxueuse et salubre, peut devenir la règle dans les établissements scolaires d'une certaine importance, il n'en existe pas moins beaucoup d'autres, excellentes aussi, qu'il est indispensable de préférer à celle qu'un règlement, même aussi rigoureux, n'a pas craint de recommander: « Suppression absolue des sièges en pierre et des trous à la turque, décidait, il y a quatre ans déjà, la Société de médecine publique; adoption d'un siège en bois à lunette de forme ovale, la marge antérieure de la lunette n'ayant jamais plus de cinq à six centimètres de largeur (l'enfant doit s'asseoir sur le siège et ne jamais monter dessus; cette prescription sera inscrite dans le cabinet), ou adoption du siège du système de l'École Monge; adoption du système Moule ou *earth-closet* lorsque le water-closet est impraticable; enfin, partout où cela sera possible et au fur et à mesure que les conditions d'hygiène générale le permettront, application du système diviseur, cuvettes en faïence ou en fonte émaillées, à parois verticales, applicables à tous les sièges, appareils automoteurs hermétiques, adaptation d'un siphon au tuyau de chute. »

On a pu remarquer, dans cette courte revue des conditions les plus indispensables à la salubrité des établissements scolaires, à propos des projets exposés en ce moment au Trocadéro, qu'il n'était pas une seule de ces conditions pour laquelle l'intervention des médecins n'ait pu fournir des indications, des recommandations précieuses, indispensables même; l'hygiène scolaire doit-elle donc faire, comme autrefois, partie essentielle et strictement réservée du domaine de l'architecte, et le corps médical n'a-t-il pas quelque droit à y exercer son contrôle? De divers côtés, hâtons-nous de le

---

On sait que Jean Vasses mourut l'année suivante (1550). Quant à Jean Le Vasseur, il n'en est plus question jusqu'à sa mort arrivée en novembre 1570. Mais au f. 201 du t. VII sur la liste des docteurs régents de cette année-là, en face de son nom qui est le sixième, le doyen Henri Mahieu a écrit cent vingt ans après : « Obiit vir præstantissimus hocce anno 1570.
» Ex quo gens illustrissima dominorum Le Vasseur inter
» quos Nicolaus Le Vasseur senatoris jam sedet in curiâ sup.
» Parisiensi, ejusque filius Nicolaus Le Vasseur præses in cu-
» ria subsidiorum acquiorum. Hunc eundem proavum habuit
» Joannem Le Vasseur M. Henricus Mahieu decanus anno
» 1690 creatus, sicut Martinus Akakia doctor qui fato functus
» anno 1677, 21 novembris. Signé : H. Mahieu decanus anno
» 1690-1691. »

Dans le *Recueil des thèses* in-fol. sur la quodlibitaire manuscrite de Petrus Laffilæus, 13 janvier 1551 (n° 34), parmi les neuf « doctores disputaturi » se trouve Jo. Vasserius (*sic*). Sur la quodlibitaire de Guill. de Boissy, 15 février 1565 (n° 49), on a écrit J. Le Vasseur. Pour la cardinale de Jean Gillain, 15 mars 1567 (n° 55), J. Le Vasseur est président. Pour la quodlibitaire, toujours manuscrite, de Martin Akakia, 19 janvier 1570 (n° 66), J. Le Vasseur est le neuvième des « doctores disputaturi ». Il mourait au mois de novembre suivant. On ne connaît aucun ouvrage de lui.

CLAUDIUS LE VASSEUR PARISINUS (1614-1683) fut aussi docteur régent de la Faculté de Paris après y avoir conquis tous ses grades. Inscrit d'abord aux *Commentaires* par le doyen Charles Guillemeau sous le nom de Jacobus (t. XII, f. 375) et de Nicolas (f. 439 verso) il est admis au baccalauréat le 13 mars 1636, I. Martinus Akakia; 2. Claudius Le Vasseur; 11. Dionysius Joncquet. Sous le décanat de Philippe Harduin de Saint-Jaque fils (*Commentaires*, t. XIII), il subit ses trois thèses : 1° quodlibitaire, 11 décembre 1636, *An herorum filii noxæ* (f. 7); 2° cardinale, 12 mars 1637, *An ingenii stimulus ira* (f. 7 verso); 3° quodlibitaire, 28 janvier 1838, *An ad vocandas in cutem variolas venæ sectio* (f. 40). Elles se

dire, on ne se refuse plus, depuis quelques années, à accorder ce rôle aux médecins ; toutefois, nous devons le reconnaître en présence même de l'interprétation des prescriptions inscrites dans les nouveaux règlements, les avis des hygiénistes ont été méconnus dans quelques-unes des parties les plus essentielles à la salubrité des locaux scolaires et de leurs dépendances ; il faudrait cependant admettre enfin que les meilleurs juges de l'éclairage, par exemple, d'une salle d'école, pourraient être choisis parmi ceux pour lesquels les conditions physiologiques de la vision sont l'objet d'études constantes et spéciales et que les dangers des émanations d'une agglomération d'enfants pourraient être déterminés avec quelque compétence par ceux qui sont à même d'en connaître le mieux les effets. C'est ainsi que l'a compris l'administration supérieure dans la composition des commissions qu'elle a nommées depuis deux ans auprès du ministère de l'instruction publique et il convient de l'en féliciter sans réserves ; mais il n'eût pas été moins désirable que cet exemple fût suivi dans les départements. Le 8 novembre 1881, M. le ministre, afin de rendre plus effective la surveillance à exercer sur les constructions scolaires, avait décidé qu'une commission spéciale serait instituée dans chaque département pour l'examen des projets d'installation d'école ; mais quelque temps après, lorsqu'il s'est agi de constituer le personnel de ces commissions, on n'y a fait entrer aucun médecin ; leurs conseils ne seraient cependant pas inutiles, il nous semble, en ce qui concerne la salubrité du local à examiner et ses dispositions au point de vue sanitaire. Dans un certain nombre de départements et de villes d'ailleurs cet ostracisme singulier est loin d'être appliqué ; nous n'en voulons pour preuve que l'excellent rapport rédigé par M. le docteur Layet sur les écoles communales du département de la Gironde considérées au point de vue de l'hygiène, qui fait autant d'honneur à son auteur qu'à l'administrateur qui a eu une si fructueuse inspiration. L'inspection médicale des écoles tend également à s'organiser de divers côtés et surtout elle se borne de moins en moins à un examen sommaire et banal de la santé des enfants.

Les services que l'inspection médicale des écoles peut rendre, il suffit, pour s'en convaincre, de lire les rapports que MM. les docteurs Janssens (de Bruxelles), Bertillon (de Paris) et Körösi (de Buda-Pesth) ont présentés au Congrès international de l'enseignement, réuni à Bruxelles en 1880 ; l'organisation de cette inspection s'y trouve établie dans tous ses détails, tant au point de vue de l'hygiène des locaux, de la santé des élèves et de la santé publique qu'en ce qui concerne les recherches statistiques à prescrire pour constater l'influence de l'école sur le développement physique de l'enfance. A Paris, on le sait, ce service existe depuis 1879 ; il est même question de lui adjoindre une inspection spéciale concernant l'examen des dents ; mais ce service est loin de répondre à toutes les nécessités pour lesquelles il a été constitué ; et, d'autre part, que peut-on raisonnablement espérer d'une inspection faite dans tout le département par cent quatorze médecins inspecteurs, nommés pour trois ans par le préfet, d'après une liste de présentation dressée en nombre triple par les médecins de chaque circonscription, et dont le traitement n'est que de 600 francs par an ? A Lyon, depuis le 1er janvier 1880, des médecins inspecteurs des écoles, au nombre de huit, sont entrés en fonctions ; ils ont été nommés à la suite d'un concours ; la durée de leurs fonctions est de six ans (non renouvelables) et le roulement est organisé de telle sorte qu'il y ait un concours tous les deux ans ; leur traitement est de 1500 francs. Au Havre, cette inspection médicale est faite par les médecins du bureau d'hygiène ; elle y donne des résultats très satisfaisants : « Si les maladies parasitaires, déclare M. le docteur Launay, directeur de ce Bureau, et spécialement celles du cuir chevelu, n'ont pas complètement disparu des établissements scolaires municipaux, elles y sont du moins devenues très rares ; les enfants en très petit nombre atteints de ces affections continuent à être éloignés de l'école jusqu'à complète guérison. Les parents négligents ont été ainsi amenés à prendre un peu plus de soins de leurs enfants dont la tenue est certainement améliorée..... Dans les rapports mensuels que MM. les médecins-inspecteurs nous adressent régulièrement sont consignées leurs observations sur les bâtiments scolaires et toutes leurs dépendances, préaux couverts, cours, lieux d'aisances, etc., sur le chauffage, l'éclairage et la ventilation. »

Tels sont, à Paris, Lyon, le Havre, les trois systèmes, pour ainsi dire, suivant lesquels est pratiquée l'inspection médicale des écoles ; dans les autres villes de France, où elle existe également, son mode de fonctionnement se rapproche plus ou moins de l'un d'eux. Nous ne nous étendrons pas plus longuement aujourd'hui sur cette question, que nous ne pouvions nous empêcher de soulever à propos de l'exposition des projets de bâtiments scolaires. Elle mérite, du reste, une étude spéciale et comparative avec l'inspection médicale scolaire dans divers pays étrangers, d'autant qu'elle est actuellement soumise aux délibérations des délégations cantonales

---

trouvent aux numéros 832, 840 et 851, du recueil des thèses in-folio. Pour la dernière Claude Le Vasseur a le titre d'archidiacre des écoles. Sur la liste des licenciés, 7 juin 1638, il a la septième place. Martin Akakia est encore le premier et Denis Joncquet le sixième (f. 50).

La vespérie de Claude Le Vasseur est du 19 septembre 1639 (f. 73). Il fut reçu docteur par Cyprien Hubault, le mercredi 11 octobre 1639 (f. 74). Sa signature est apposée sur les *registres commentaires* dès la fin du premier décanat de Simon Bazin (f. 85) et son nom figure sur la liste des docteurs régents qui vient ensuite. Car après son acte pastillaire, 12 décembre 1639 (f. 90), il avait présidé *extra ordinem* la thèse quodlibitaire d'Etienne Le Gaigneur, le 15 décembre (f. 89).

Au t. XVI des *Commentaires*, pendant les décanats de Claude Quartier (1678-1679), Claude Le Vasseur a été professeur de botanique. Son nom est encore sur la liste des docteurs régents de l'année 1683, au commencement du deuxième décanat de Bertin Dieuxivoye (p. 321). A partir de l'année suivante il n'y est plus.

Claude Le Vasseur avait présidé les thèses : cardinale de Jean Cousin, 27 mars 1642 : *An pisces carnibus salubriores* (n° 896) ; quodlibitaire de Paul Mattot, 8 janvier 1665 : *An motus cordis à sanguinis fermentatione* (n° 1160) ; cardinale de Louis Morin, 26 mars 1665 : *Annus ne fructuum idem et morborum ferax* (n° 1168). Les deux dernières avaient une conclusion négative.

LOUIS LE VASSEUR DE PARIS « prit ses degrés à Montpellier en 1658 », dit Astruc (*Mém. pour servir à l'hist. de la Faculté de méd. de Montpellier*, publiés par Lorry. Paris, 1767, in-4°, p. 379). Il s'est appliqué à combattre les idées de François de Le Boe, Sylvius, émises dans l'ouvrage qui a pour titre *Francisci de le Boe, Sylvii Praxeos medicæ idea nova liber primus de affectibus naturales hominis fonctionnes læsas vel constituentibus, vel producentibus vel consequentibus.* Louis Le Vasseur a visé les passages suivants

dans le département de la Seine; il conviendrait surtout de rechercher comment cette inspection peut être sérieusement organisée, et comment elle peut fournir aux médecins appelés à l'exercer la considération nécessaire et une équitable rémunération des services rendus, ainsi qu'à l'administration et au public des garanties de capacité et de contrôle. Nous aurons du moins rappelé, par les considérations qui précèdent, combien il importe que le médecin, tant pour la société que pour lui-même, soit consulté et écouté, aussi bien lorsqu'il est nécessaire de constater l'état sanitaire des enfants réunis dans une école que lorsqu'il faut étudier les dispositions de celle-ci au point de vue de la salubrité, et surtout lorsqu'il s'agit de déterminer préventivement, en quelque sorte, par une judicieuse appropriation, les conditions architecturales et économiques des bâtiments scolaires. Il faut souhaiter qu'une prochaine exposition donne, à ce dernier point de vue, des résultats plus satisfaisants encore.

A.-J. Martin.

TRAVAUX ORIGINAUX

Ophthalmologie.

Sur l'efficacité des fumigations de fiel de bœuf dans l'héméralopie aigue et sur l'héméralopie héréditaire, par le docteur Adolphe Dumas, chirurgien-adjoint de l'hôpital de Cette.

§ I. — Efficacité des fumigations de fiel de bœuf

Parmi les marins qui débarquent dans notre port, il s'en rencontre parfois qui sont atteints d'héméralopie aiguë survenue pendant la traversée du navire. Les premiers que je vis venaient des mers du Sud. Je les soignai durant les deux ou trois semaines de leur séjour à Cette, et quand ils durent reprendre la mer, s'ils n'étaient pas encore entièrement guéris, ils étaient du moins dans un état d'amélioration qui ne laissait aucun doute sur une guérison plus ou moins prochaine.

La médication consista en vésicatoires aux tempes et en frictions autour de l'orbite et sur les paupières avec le baume de Fioraventi.

Le mois d'octobre dernier, deux cas nouveaux se sont présentés à mon observation. C'étaient des matelots autrichiens âgés de dix-neuf et vingt ans, qui venaient de la Baltique. Ils étaient à bord de navires différents et, seuls des deux équipages, ils ont été atteints de cécité nocturne.

C'est à la sortie de la Baltique qu'ils en ont éprouvé les premiers symptômes. Peu à peu, leur vue a baissé à la chute du jour et a disparu la nuit. La cécité est allée en progressant de jour en jour, elle a atteint son plus haut degré dans l'Atlantique. Là, malgré les nuits claires de la fin d'août et de la première quinzaine de septembre, ils ne distinguaient pas même les étoiles; ils ne pouvaient sans lumière se conduire à bord et il leur était impossible d'y faire un service de nuit quelconque. Ils étaient aveugles.

Arrivés à Cette à quelques jours de distance l'un de l'autre, le premier me fut amené le 30 septembre dernier et le second le 3 octobre par le même interprète. Ils se plaignaient d'avoir beaucoup souffert dans la Baltique, mais l'un d'eux avait déjà fait cette navigation sans rien ressentir de pareil. Tous deux sont pâles, un peu anémiques, mais ont bon appétit, digèrent bien et ne se sentent pas faibles. Ce qui me frappe de prime abord, c'est la dilatation de la pupille qui est très large; la vision est nette néanmoins et normale le jour. Je les fais lire dans le demi-jour de mon cabinet; ils lisent sans peine et tiennent le livre à la portée ordinaire. Le soir, la cécité est complète, mais aujourd'hui ils distinguent un peu les étoiles, les plus brillantes du moins; ils voient la lune et se dirigent à sa clarté ainsi qu'à la lumière du gaz, mais dès qu'ils sont dans la pénombre entre deux réverbères, ils ne peuvent plus se conduire. Sur le navire même, placé au bord d'un quai éclairé, ils n'y voient plus.

Je prescrivis tout d'abord au premier la médication que j'ai déjà indiquée: vésicatoires, baume de Fioraventi; et quelques jours après, des fumigations sur les yeux avec la vapeur d'eau bouillante additionnée de cet alcoolat; en outre, fer et vin de quinquina, sans amélioration appréciable.

Quand le second malade vint me consulter, l'emploi des fumigations avec la décoction de foie de bœuf me revint à l'esprit et je les lui conseillai, ainsi qu'au premier, quelques jours plus tard.

On sait que c'est là un remède empirique populaire qu'en 1772 un chirurgien militaire, Dupont, employa avec succès à Strasbourg, dans une épidémie d'héméralopie; auquel, en 1852, le docteur Fonssagrives eut aussi recours après avoir inutilement employé les moyens ordinaires.

Dans le travail qu'il publia en 1858 dans l'*Union médicale*, ce savant médecin se loue beaucoup de son efficacité. Il croit que la bile en constitue l'élément actif. Partant de cette idée, je fis comprendre la vésicule du fiel avec le morceau de foie attenant; le tout fut jeté dans un vase d'eau en ébullition dont les vapeurs furent portées directement sur les yeux, en recouvrant préalablement d'un linge épais la tête du malade et le récipient de la décoction.

Ces fumigations furent renouvelées une ou deux fois par jour pendant plus de vingt minutes avec de courts moments de repos. Les malades y furent soumis, l'un cinq jours, l'autre

---

dans sa lettre au célèbre Rompf, archiatre du prince d'Orange: *hic ex bile, succo pancreatico et pituitâ salivariâ ortus humor triumviralis* (XI, 3). *Triumviratus humorum... consistantiam et coagulationem naturalem sanguini dat.* (XXXIV, 48. 54).

Ludovici Le Vasseur medicinæ doctoris De Sylviano humore triumvirali epistola. Ad amplissimum Rompfium, celsissimi Arausiensium principis archiatrum et in fœderato Belgio equestris militiæ medicum campestrem. Parisiis, apud Robertum de Ninville sub signo scuti Franciæ et Navarræ in quadrivio pontis S. Michaëlis, 1668, in-8° de 89 pages (*Bibl. nat.*, T. 5. 34), exemplaire offert par M. De la Chambre, conseiller et médecin ordinaire du roi, le 15 mai 1668. Ce fait ôte toute vraisemblance à cette supposition de Haller (*Bibl. méd. pract.*, III, 242): « Lego auctorem verum Pechlinum esse, sed plurima grœcissatio potius Drelincurtium suspectum redderet. » La lettre de Louis Le Vasseur offerte au lecteur bienveillant par le libraire qui l'a eue par hasard, et qui la publie, non sans le consentement de l'auteur, mais un pen malgré lui et comme contraint par la nécessité. (*Non inscio quidem authore sed eo ferè invito ac πειθαναγχῇ quadam ad acto ut à quo longissimum absit, e mustaceo quod ait, laureolam.*) Elle est datée: Paris, 10 calend. de janvier 1667. Le permis d'imprimer après l'approbation de M. De la Chambre est du 25 janvier 1668.

Florent Schuyl, célèbre professeur de médecine et de botanique à Leyde, en fut indigné. Sa réponse: « *Fl. Schuyl institutionum medicarum et botanices professer publicus.* Pro veteri medicina, Lug. Bat. et Amstel. apud Gaasbequios 1670, in-16 de 185 pages (*Bibl. nat.*, T. 5. 35), commence ainsi: « Confectionem impudentissimi libelli justa extorsit indignatio... » Mais une mort prématurée avait enlevé Fl. Schuyl avant la publication de son livre. *Tanti viri postumo fœtui*, dit le libraire dans sa préface.

Louis Le Vasseur ne publia sa nouvelle réfutation qu'après la mort de Sylvius arrivée le 14 novembre 1672, sous ce

huit jours consécutifs. Après quelques fumigations, une amélioration notable se produisit et, à la fin du traitement, ils furent entièrement guéris. Ils m'ont déclaré y voir aussi bien qu'autrefois le soir et la nuit, et ce qui le prouvait bien c'est qu'ils rentraient seuls la nuit à bord de leur navire.

Tout en faisant dans ces deux cas la part de l'heureuse influence qu'ont le repos et le séjour au port sur une maladie qui résulte de la fatigue oculaire par le fait d'un rayonnement intense sur la surface de la mer, il ne me paraît pas douteux que ces fumigations hépatiques ne soient douées d'une valeur réelle dans l'héméralopie aiguë.

Telle était la conclusion que je croyais pouvoir tirer de ces deux faits lorsque, la rédaction de ce travail déjà terminée, le hasard m'a mis en rapport avec un jeune héméralope chez lequel l'efficacité de cette médication a été des plus évidentes, comme on en jugera par l'observation qui suit :

Obs. — Garçon âgé de onze ans, originaire des Basses-Alpes; habite Cette depuis le mois de juin dernier; manœuvre; il m'est adressé par une de mes clientes chez laquelle il travaille et qui a été témoin de sa cécité nocturne. Anémique, lymphatique, scrofuleux, il porte une taie légère à l'œil droit qui gêne peu la vision.

Dans la seconde moitié du mois de septembre dernier, sans cause appréciable, il s'aperçut que, le soir et la nuit, sa vue s'amoindrissait, lorsque, quelques jours après, il rentra chez lui un soir en pleurant et conduit par son patron : il n'y voyait plus. Dans sa maison, il n'aperçoit que le point lumineux de la lampe à pétrole; obscurité profonde tout autour. A table, il ne voit ni son verre ni son assiette. On est obligé de le faire manger.

La cécité nocturne présenta les jours suivants quelques variations dans son intensité et puis ne varia plus. Il ne voyait pas les étoiles et tous les soirs après le travail de la journée, son patron le tenant par la main le ramenait chez lui.

Le 23 novembre, il me fut amené par sa mère ; je constatai la pâleur de la face et la large dilatation des pupilles. De jour, il y voit très bien et à la distance normale. Rien, en effet, de changé dans la vision diurne, il a la notion claire et distincte des objets aussi bien que des couleurs, *du bleu* (1) autant que de toute autre. Il ne se sent pas malade, dort bien, a bon appétit, digère bien et travaille du matin au soir. Pas d'autre trouble que la cécité nocturne. Aujourd'hui, il voit les étoiles les plus brillantes, mais dans la rue ou dans sa maison, il ne voit pas ses pieds ni le sol où ils posent, ni autour de lui.

Je lui conseille les fumigations avec le fiel de bœuf. Je dis à la mère de se procurer tous les jours une vésicule de fiel de bœuf avec un petit morceau de foie attenant, de la vider dans un ou deux litres d'eau qui seront portés à l'ébullition et de soumettre les yeux du malade à ces vapeurs pendant près d'une heure avec moments de repos, en jetant une couverture épaisse sur sa tête. Ces fumigations seront faites deux fois par jour en se servant du même liquide.

(1) L'héméralopie ne serait donc pas d'une manière générale le fait d'un daltonisme pour le bleu, comme l'ont prétendu MM. Macé et Nicati. (*Acad. des sciences*, 13 juin 1881.)

En même temps, je lui prescris de l'eau ferrée et une bonne nourriture autant que possible.

Le 1er décembre, quinze fumigations ont été faites. Le petit malade revient à ma consultation avec sa mère. Il est tout content. Sa cécité nocturne a bien diminué. Il y a deux ou trois jours qu'il a pu sortir seul et faire la nuit une commission dans le voisinage, mais en portant une grande attention afin d'éviter toute chute.

Je l'engage à continuer les fumigations.

Le 8, il est presque guéri. Depuis quelques jours, il n'a plus besoin d'être reconduit par son patron; il sort seul le soir et y voit assez pour se conduire dans la rue, à la clarté du gaz; il distingue le trottoir où il pose ses pieds et évite les obstacles.

Je le place dans un salon dont les fenêtres closes laissent à peine passer une faible clarté à travers les joints. Au bout d'un instant, il distingue les meubles et les teintes blanchâtres et foncées du tapis. Il n'a sans doute pas recouvré son acuité visuelle première, mais peu s'en faut.

Je l'engage à continuer encore les fumigations.

Le 14, il est entièrement guéri.

En recherchant la cause qui a pu produire la maladie chez cet enfant, je me demandai s'il ne fallait pas l'attribuer aux vers intestinaux. Je savais par la mère qu'il en avait jadis rendu plusieurs fois. Je lui administrai donc, le 4 décembre, dix pastilles de santonine qui n'amenèrent l'expulsion d'aucun helminthe.

Quelle part faut-il faire au défaut d'acclimatement? C'est peu de temps après qu'il a quitté ses montagnes pour venir habiter Cette que l'héméralopie a éclaté. En outre, pendant l'été, il allait travailler comme manœuvre dans une campagne voisine de Cette, mais il travaillait dans l'intérieur de la maison; il est vrai que pour s'y rendre il subissait la réverbération solaire très grande en ce moment dans notre pays. En a-t-il éprouvé une fatigue oculaire inaccoutumée? Cet enfant est peu explicite à ce sujet et ses réponses me laissent dans l'incertitude.

Il n'y a rien du côté de l'hérédité. La cause reste donc obscure.

Ce cas me semble démontrer l'action curative des fumigations du foie de bœuf et spécialement du fiel. De la fin de septembre au 23 novembre, l'héméralopie n'a pas varié, elle a conservé son même degré d'intensité, et le malade n'a subi aucun traitement. Après quelques jours de médication hépatique, une amélioration notable s'est produite; le douzième jour, il a pu regagner le soir son domicile sans se faire accompagner, et depuis lors il est sorti seul la nuit; le quinzième jour il était presque guéri, et le dix-neuvième ou vingtième jour tout traitement était devenu inutile.

L'efficacité de ces fumigations me paraît évidente et, comme l'a pensé M. Fonssagrives, c'est bien la bile qui en constitue le principe actif. Mais l'explication de son action n'en reste pas moins à trouver. Ce vieux moyen que conseillait déjà Hip-

titre : *Sylvius confutatus, seu Ludovici Le Vasseur Parisini méd. doct. in pseudo-Schuylii veteris falsò dictæ ab eo medicinæ defensionem animadversiones*. Parisiis, apud Joannem d'Houry ad insigne D. Joannis, sub extremo pontis novi, 1673, in-8° de 186 pages (*Bibl. nat.*, T. 5. 35 *bis*). Approbation de d'Aquin, 1er août 1673; permis d'imprimer, 3 août 1673.

La dédicace de Louis Le Vasseur à François Cureau de la Chambre, conseiller du roi et premier médecin de la reine, est datée : *Ex museo nostro, ipsis Augusti Kalendis anno domini*, 1673. Et la préface qui vient ensuite, ne permet pas de douter que Louis Le Vasseur ne soit l'auteur véritable, contrairement à ce que croit Haller. *Tres fuere circiter anni à quo prodit in Batavia libellus, quo procax illius author, Sylvii doctrinam de Triumvirali succo, adversus objectiones meas*, etc. Le petit livre de Fl. Schuyl n'avait eu aucun retentissement. *Quid tum ego? legi, risi, et abjeci.* Enfin l'un, Schuyl, n'avait pu achever ce qu'il avait si témérairement entrepris, et l'autre, Sylvius, n'avait pas osé commencer une réponse, *se frigidius reposituram*. C'est pourquoi Louis Le Vasseur s'est plu à mettre leurs deux noms dans le titre de son ouvrage, dont la publication fut un peu retardée par la mort de François de Le Boe, Sylvius.

Cette controverse d'ailleurs, suivant Haller, a été des deux côtés, sans utilité pratique : « omnis fructus utique cassa. » Nihil autem utilitatis publicæ pro bona causa adfert, expe- » rimentem nullum. » (*Bibl. méd. pract.*, III, 242.)

La thèse cardinale du prétendu Raymond *Vasse* présidée par Pierre Légier, 8 mars 1668 : *an hydropotæ minus morbis obnoxii*, citée par Haller (*Bibl. méd. pract.*, III), est celle de Raymond Vaslet d'Angoulême (n° 1208 du *Recueil des thèses*, in-folio).

Quant à *David Vasse* (et non pas *Vassé*) de Paris, bachelier le 23 mars 1720, licencié le 29 juin 1722, et docteur régent le 9 février 1723, après avoir présidé *extra ordinem* une thèse quodlibétaire (*Commentaires*, t. XVIII), il ne peut être con-

pocrate et plus tard Paul d'Egine (1), dans certaines maladies des yeux, qui est plus ou moins renouvelé des Chinois, est vulgaire sans doute et peu engageant, mais il guérit l'héméralopie mieux que tout autre. C'est là une compensation suffisante qui doit le signaler à l'attention des praticiens.

« Je voudrais, dit M. Fonssagrives (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Fiel), qu'on essayât aussi les frictions péri-orbitaires avec une pommade de fiel de bœuf; des instillations de collyres dans lesquels entrerait ce médicament, les collyres aux glycocholates et taurocholates de soude, etc. » Ces essais thérapeutiques méritent bien d'être tentés; mais en les supposant aussi efficaces, ils ne seront pas plus aisés ni plus agréables que les fumigations.

II. — Deux familles d'héméralopes

J'ai rencontré dans ma pratique médicale deux familles héméralopes; l'une habite mon pays natal, Cournonsec, petit village situé dans la banlieue de Montpellier et compris dans le troisième canton de cette ville; l'autre habite Cette. Elles sont étrangères l'une à l'autre.

La première, sur laquelle il m'a été facile de recueillir des renseignements précis, est héméralope depuis 1770 par suite d'une alliance avec une fille originaire de Vendémian qui appartenait à une famille chez laquelle l'héméralopie était héréditaire. Vendémian est un petit village du canton de Gignac et de l'arrondissement de Lodève qui se trouve dans la partie montagneuse, limite sud du bassin de l'Hérault. Il y existe depuis un temps immémorial une famille Nougaret qui est atteinte d'héméralopie et c'est un de ses membres, une fille qui en 1769 épousa un nommé Car..., de Cournonsec, et transmit cette infirmité à ses descendants.

Le docteur Florent-Cunier a eu connaissance de cette famille d'héméralopes; il en raconte l'histoire dans un mémoire qu'il présenta à la Société de médecine de Gand, et que je n'ai pu me procurer. Mais j'en trouve un extrait dans un travail du docteur Ch. Deval sur l'héméralopie, inséré dans le *Bulletin de thérapeutique* (*Bulletin général de thérapeutique*, t. LV, p. 252, 1858). Ce médecin y relate le fait d'un boucher de Vendémian, Jean Nougaret, né en 1637, qui héméralope lui-même, a légué la maladie à ses descendants. Six générations, rapporte Cunier, ont été atteintes d'héméralopie, et la propagation en a été faite plus par les femmes que par les hommes; enfin, dès qu'un membre s'en trouve exempt, il ne la transmet plus à ses descendants.

La famille, dont les membres habitent Cette, serait, m'a-t-on dit, originaire de Poussan, village situé dans la vallée de Montpellier, non loin de Mèze et de Cette, au sud de Vendémian, dont il est séparé par un plateau montagneux. Mes recherches ne m'ont pas permis de savoir si cette dernière famille avait été jadis alliée à celle de Nougaret, si l'héméralopie lui vient de là ou si elle aurait une autre origine. Je tiens de l'aïeul de cette famille, encore vivant et héméralope lui-même, que cette infirmité remonte à sa grand'mère qui en était atteinte et la lui a transmise, mais il ignore si sa grand'mère sortait de Vendémian et était une Nougaret.

Il est à remarquer que, dans les deux cas, c'est par les femmes que l'héméralopie s'est propagée. Il n'en faut pas conclure que les femmes y soient plus prédisposées que les hommes. C'est le contraire qui est vrai, comme on le verra ci-dessous.

(1) Dum Hepar (Hircinum) coquitur, oculis apertis admittere jube. (Paul d'Egine.)

Famille héméralope de Cournonsec

Première génération. — Vers 1769, la nommée Marie-Hélène Nougaret, de Vendémian, se maria avec Antoine Car..., de Cournonsec. Elle était héméralope. Sept enfants naquirent de son mariage: cinq garçons et deux filles. Deux garçons, Pierre-Antoine et Julien, furent héméralopes; les trois autres, ainsi que les deux filles, furent indemnes de cette infirmité et il en a été de même pour toute leur descendance parvenue aujourd'hui à la cinquième génération.

Deuxième génération. — Pierre-Antoine, l'héméralope, eut cinq enfants, un garçon et quatre filles : Pierre C. et Hélène, les aînés, furent héméralopes. Exemption des autres et de leur descendance encore existante.

Julien C., frère du précédent et héméralope n'eut qu'un seul enfant, un garçon héméralope aussi et mort à l'âge de neuf ans.

Troisième génération. — Pierre C., l'héméralope, eut deux enfants, un garçon héméralope, mort jeune; une fille qui est exempte de cette infirmité, ainsi que ses enfants.

Hélène C., vivante, soixante-seize ans, sœur du précédent héméralope, a eu trois enfants, deux garçons, Pierre et Etienne, héméralopes; une fille indemne ainsi que ses enfants.

Quatrième génération. — Pierre Cast., fils d'Hélène, héméralope, a eu trois enfants, un garçon et deux filles. Le garçon seul est héméralope : marié depuis peu, il n'a pas encore d'enfants.

Etienne Cast., frère du précédent et fils d'Hélène, héméralope, n'a encore que deux enfants jeunes, exempts de cette infirmité.

Famille héméralope originaire de Poussan

Vers la fin du siècle dernier, une fille, sur l'origine de laquelle je n'ai pu avoir des renseignements certains, introduisit par son mariage l'héméralopie dans la famille X., de Poussan. Un fils héméralope naquit de ce mariage. Celui-ci eut quatre enfants, trois garçons et une fille, tous héméralopes.

Le premier garçon A eut aussi quatre enfants dont deux héméralopes, un garçon mort jeune, un deuxième mort, non marié, âgé de vingt-cinq ans. (Ce dernier fit de vaines réclamations en 1870, il fut envoyé en Afrique comme mobile; il racontait plus tard ses transes lorsqu'il était de garde la nuit.)

Le deuxième garçon B, presque octogénaire aujourd'hui, a eu trois enfants :

---

fondu avec aucun des précédents. Dans les différentes listes qui se trouvent aux *Commentaires*, on voit les doyens écrire constamment, d'une part, Douté, Cressé, Léauté, Picoté, et d'autre part, Pousse, Besse, Vasse.

Voilà donc maintenant éclairée l'histoire de tous ces personnages dont le nom semblait avoir quelque similitude. Il s'était établi peu à peu sur ce point une telle confusion que depuis bien longtemps les dictionnaires avaient pris le parti de n'en plus parler.

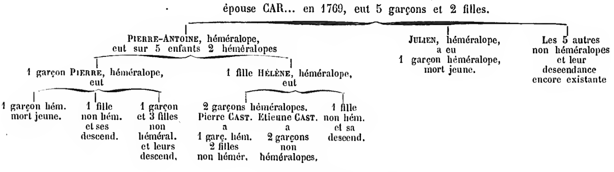
E. Turner.

Laboratoire d'Arcachon. — Le Conseil municipal de la ville d'Arcachon a voté une allocation de 1500 francs pour l'année courante, et une subvention de 2000 francs pour les années suivantes, en faveur des laboratoires de recherches pour l'histoire naturelle marine, créés et organisés en ce moment par la Société scientifique de cette ville, avec le concours actif de la Faculté de médecine et de la Faculté des sciences de Bordeaux. (*Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, 9 juillet 1882.)

Nous pouvons ajouter qu'une somme assez considérable étant dès maintenant nécessaire pour l'installation de locaux convenables, on a eu l'heureuse idée d'organiser une loterie qui a été autorisée ces jours derniers par le ministre de l'intérieur. Un haut fonctionnaire de l'instruction publique ayant été frappé des avantages que tout le Sud-ouest pourrait retirer d'une création de laboratoires de recherches à Arcachon, est intervenu activement et a obtenu l'autorisation dont il s'agit. Aujourd'hui le comité d'organisation est à la tête de 20 000 billets *à placer*, et fait appel à tous ceux qui s'intéressent au développement des études d'anatomie et de physiologie comparée. Nous indiquerons prochainement à qui doivent être adressées les demandes de billets.

1° Fille héméralope, morte jeune.
2° Garçon héméralope qui a eu quatre enfants dont deux héméralopes, une fille et un garçon.
3° Garçon non héméralope qui a trois enfants non héméralopes.
Le troisième garçon C, héméralope, a eu trois enfants non héméralopes, ainsi que leurs descendants.

La quatrième fille D, héméralope, a eu deux garçons dont un héméralope. Ce dernier a trois enfants dont deux héméralopes.

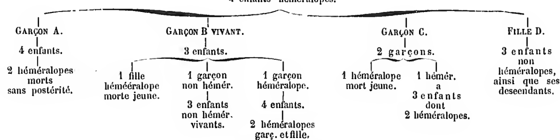


sure que le jour baisse, leur vue s'affaiblit graduellement et quand la nuit est complète ils n'y voient plus du tout. Ils ne peuvent plus se conduire à moins qu'ils ne s'éclairent d'une lampe quelconque. A la lumière artificielle, ils y voient comme toute autre personne. La nuit, si le temps est serein, ils voient les étoiles les plus brillantes au moins. Dans les nuits claires, ils distinguent vaguement la toiture des maisons

MÈRE HÉMÉRALOPE

1 fils héméralope

4 enfants héméralopes.



A s'en rapporter à ces deux tableaux, au premier surtout, il paraîtrait que la prédisposition héréditaire est plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Dans la descendance de la famille de Cournonsec, sur 10 filles il n'y a que 1 héméralope, tandis que nous en trouvons 8 sur 11 garçons. Quoique la statistique soit moins précise dans la seconde famille, ce sont toujours les garçons qui l'emportent sur les filles; et quoique, dans les deux, la transmission de la maladie se soit faite par les femmes, il est évident qu'elles sont moins prédisposées.

Il faut reconnaître aussi, d'après ces faits, que la prédisposition héréditaire diminue dans la descendance et tend à disparaître soit par suite du croisement des familles, soit par extinction naturelle. Mais ce qui est bien établi, c'est qu'une fois que l'un des descendants en a été indemne, la réapparition ne s'observe plus chez ses enfants et petits-enfants. C'est du reste ce qu'on n'ignore pas dans ces familles.

Ces héméralopes ne présentent rien de particulier; à les voir on ne s'en douterait pas. Ceux que je connais sont assez forts, vigoureux et bien portants; plusieurs sont âgés. Il me paraît difficile de considérer cette infirmité comme une vraie déchéance physiologique.

Tandis que, chez les deux matelots et le jeune garçon, héméralopes accidentellement, la pupille est large et dilatée, moins toutefois que chez les amaurotiques, chez les héméralopes de ces deux familles que j'ai pu observer de près, la pupille ne m'a pas paru plus dilatée qu'à l'état normal.

De jour, il y voient très distinctement et aussi bien que toute autre personne; ils lisent à la portée ordinaire. A mesure

et le faîte des arbres, mais s'ils abaissent leur regard vers le sol ils n'y voient plus du tout et ne peuvent se diriger.

Dans la rue, se trouvent-ils placés entre deux becs de gaz, dont ils voient très bien la clarté, ils ne distinguent pas le sol ou le trottoir où ils posent leurs pieds. Quand il fait clair de lune, ils y voient à peu près comme tout le monde, pourvu qu'ils soient directement éclairés par ses rayons. Sont-ils dans l'ombre projetée par une maison ou une éminence quelconque, ils ne distinguent plus rien.

Enfin, ils n'ont pas remarqué des variations dans l'intensité de leur maladie. Elle a été dans leurs jeunes années ce qu'elle est dans l'âge mûr et dans la vieillesse.

J'ajouterai que l'héméralopie ne constitue pas une plus grande prédisposition aux maladies intra-oculaires. Il n'y a pas eu de cataractés ni d'aveugles dans ces deux familles.

Thérapeutique chirurgicale.

Hématocèle vaginale; opération par la décortication; guérison, par M. le docteur Gérard Laurent (Sanvic-Havre).

Si je relate ici ce fait assez simple, c'est moins pour lui-même que pour sa rareté relative.

Obs. — X..., cinquante ans, cultivateur; bonne santé antérieure; depuis dix ans avait remarqué du côté droit des bourses une grosseur, intermittente, disait-il, qui rentrait ou semblait rentrer dans le ventre, augmentait et diminuait de temps à autre à la suite

de crises de transpiration ou d'urines très copieuses. Cependant peu à peu la tumeur arriva au volume d'une grosse orange, et un médecin consulté déclara, après examen, que cela passerait à la longue. Toujours, d'après le malade, il se produisait des rentrées dans le ventre, si bien que dans son entourage on le croyait atteint de hernie inguinale. Il y a deux ans, il porta même un bandage herniaire sur le conseil d'un pharmacien. Ce bandage d'ailleurs ne maintenait absolument rien. La tumeur grossissait toujours, et le travail des champs devint excessivement difficile pendant l'année 1881, pour ainsi dire impossible dans les derniers mois. Un coup reçu sur la partie malade décida enfin le sujet à revoir un médecin, et je fus appelé vers le 15 décembre 1881.

Je trouve un homme à l'aspect fatigué, et souffrant beaucoup de sa tumeur, qui était énorme surtout depuis le coup reçu il y avait un mois environ. Rien du côté de l'abdomen : pas de coliques; selles normales, régulières; urines ordinaires; toutes les fonctions s'exécutent bien.

La tumeur est dure, rénitente, irréductible, à coque épaisse, grosse comme une forte tête d'enfant; ni bosselures, ni point spécialement dur; on sent une très vague fluctuation. A la lumière aucune transparence. Une ponction exploratrice faite avec la seringue de Pravaz donne un liquide roussâtre, sanguinolent.

Le diagnostic s'imposait dès lors, j'avais affaire à un hématocèle ou un hydro-hématocèle de la tunique vaginale du testicule droit. Je fais quelques jours après une ponction avec un trocart ordinaire, et je retire 1800 grammes d'un liquide noirâtre; de suite après, injection iodée. Je me tiens prêt à faire la décortication si l'inflammation consécutive devenait grave; mais d'ailleurs aucune réaction appréciable ne se produit, et quinze jours après la tumeur était revenue sensiblement à sa grosseur et à son aspect ordinaire.

Je me décide alors à faire la décortication de la tumeur d'après le procédé du professeur Gosselin.

L'opération est exécutée le 15 janvier 1882. Chloroforme; double incision en ovale dans le sens du grand axe de la tumeur ; dissection couche par couche jusqu'à la tumeur; ponction. Je retire plus d'un litre de liquide épais et noirâtre. Je détache la tumeur dans sa plus grande partie, et je l'excise en ne laissant que la portion adhérente au testicule. La coque de la poche est épaisse de près de 3 centimètres, et l'intérieur est rempli de petites poches kystiques à parois verdâtres et semblables en petit à celles que l'on trouve dans certaines formes de kystes multiloculaires de l'ovaire. Le tout est rempli d'une sorte de gelée verdâtre et d'un liquide roussâtre et sanguinolent. Après avoir lié quelques artérioles, je place un drain dans le fond de la plaie, puis deux points de suture profonde. Pansement de Lister. Les suites de l'opération (faite en pleine campagne) sont excellentes, la guérison de la plaie se fait rapidement par seconde intention, un mois après le malade se lève et reprend peu à peu ses occupations de cultivateur. Sa plaie est absolument fermée. Depuis longtemps il ne s'était trouvé aussi alerte et dispos au travail. En mai 1882, je revois le sujet, qui est aussi bien que possible.

CORRESPONDANCE

A propos de la curabilité de la rage.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

La discussion sur la rage, qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine, me remet en mémoire une observation que j'ai recueillie à l'hôpital militaire de Belfort en 1875, et qu'ont publiée la *Revue médicale de l'Est* (1875), et le *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires* (1876).

Il s'agissait d'un soldat que ses camarades supposaient avoir été mordu par un chien qu'ils abattirent comme suspect de rage. Le malade présenta une quinzaine de jours après cette prétendue morsure, dont il nia toujours la réalité, des symptômes de tristesse et d'abattement, puis de l'*hydrophobie*, des convulsions cloniques chaque fois qu'on essayait de le faire boire, des accès de convulsions toniques généralisées, des *envies de mordre* et d'autres phénomènes nerveux, tandis que les cicatrices de la soi-disant morsure, que le malade disait provenir de brûlures produites par de la graisse bouillante, étaient devenues douloureuses. Le soldat guérit après un traitement d'une huitaine de jours, dont le chloral à hautes doses forma la base.

Je pensai, vu la terminaison heureuse, et me reportant à quelques antécédents que j'avais eus sous les yeux, à une forme particulière de délire alcoolique, et je rapprochai mon observation de celle de M. Mesnet, qu'a rappelée à l'Académie M. Dujardin-Beaumetz.

Peut-être, et c'est le motif qui m'engage à vous adresser cette lettre, les lecteurs de la *Gazette* trouveront-ils quelque intérêt à avoir connaissance d'un fait qui démontre les difficultés du diagnostic clinique de la rage; dans mon observation, comme dans celle de M. Denis Dumont, personne n'aurait hésité à affirmer le diagnostic *rage*, si la mort avait été la terminaison de la maladie.

Veuillez agréer, etc.

Ch. VIRY,
Médecin-major de 1re classe des hôpitaux militaires.

Miliana (Algérie), 1er juillet 1882.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 3 JUILLET 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

ANALYSE DU MÉCANISME DE LA LOCOMOTION AU MOYEN D'UNE SÉRIE D'IMAGES PHOTOGRAPHIQUES RECUEILLIES SUR UNE MÊME PLAQUE ET REPRÉSENTANT LES PHASES SUCCESSIVES DU MOUVEMENT. Note de M. *Marey*. — L'admirable méthode inaugurée par M. Muybridge, et qui consiste à employer la photographie instantanée pour l'analyse des mouvements de l'homme ou des animaux, laissait encore au physiologiste une tâche difficile : il fallait comparer les unes aux autres des images successives dont chacune représente une attitude différente, et classer ces images en série d'après la position dans le temps et dans l'espace qui correspond à chacune d'elles. Mais il faut, pour tirer des figures le sens qu'elles renferment, les superposer, par la pensée ou effectivement, les unes aux autres, de manière à couvrir une bande de papier correspondant au chemin parcouru, par une série d'images imbriquées dont chacune exprime la position que le corps et les membres occupaient dans l'espace à chacun des instants considérés. De telles représentations donnent naissance à des figures semblables à celles dont les frères Weber ont introduit l'usage pour expliquer théoriquement la marche de l'homme.

Ce mode de représentation est le plus saisissant qu'on ait encore trouvé jusqu'ici; il a été adopté dans la plupart des traités classiques. Or, il a paru à M. Marey, et l'expérience vient de confirmer cette prévision, qu'on pouvait demander à la photographie des figures de ce genre, c'est-à-dire réunir sur une même plaque une série d'images successives représentant les différentes positions qu'un être vivant, cheminant à une allure quelconque, a occupées dans l'espace à une série d'instants connus. L'auteur entre dans la description du dispositif qu'il a adopté. Un homme, entièrement vêtu de blanc et vivement éclairé par le soleil, marche, court ou saute pendant que l'appareil photographique, muni d'un obturateur à rotation plus ou moins rapide, prend son image à des intervalles plus ou moins rapprochés.

DE L'EMPLOI DE L'EAU OXYGÉNÉE EN CHIRURGIE. Note de MM. *Péan* et *Baldy*. — MM. Péan et Baldy, après avoir eu connaissance des expériences de MM. Paul Bert et P. Regnard sur les effets de l'eau oxygénée, se sont livrés, à l'hôpital Saint-Louis, à une série de recherches pour étudier les applications qu'on en pourrait faire en chirurgie. L'eau contenait de six à deux fois son volume d'oxygène.

Les pansements sont faits à l'aide de compresses de tarlatane recouvertes de feuilles de baudruche très minces, destinées à empêcher son évaporation, et maintenues par des bandes. On y ajoute une plus ou moins grande épaisseur d'ouate lorsqu'il est indiqué d'exercer une certaine compression et d'obtenir l'immobilisation. Lorsqu'il y a lieu d'appli-

quer un tube à drainage, des injections d'eau oxygénée, à un ou deux volumes d'oxygène, sont pratiquées par ce tube. Pendant la durée des grands pansements, l'atmosphère des plaies est modifiée par des pulvérisations d'eau oxygénée contenant de quatre à six fois son volume d'oxygène. Les auteurs ont aussi administré l'eau oxygénée (six fois son volume d'oxygène), à la dose de 3 à 5 grammes, dans l'urémie, la septicémie, l'érysipèle, etc., et chez les opérés tuberculeux.

D'une centaine d'observations que possèdent les auteurs, ils tirent les conclusions suivantes :

1° L'eau oxygénée, c'est-à-dire contenant, selon les cas, six à deux fois son volume d'oxygène, paraît devoir remplacer avantageusement l'alcool et l'acide phénique. 2° Elle peut être employée, à l'extérieur, pour le pansement des plaies et des ulcérations de toute nature, en injections, en vaporisations; à l'intérieur, chez un certain nombre d'opérés, dans un certain nombre d'affections chirurgicales ou autres. 3° Les résultats obtenus, même à la suite des grandes opérations, sont jusqu'ici des plus satisfaisants. Non seulement les plaies récentes, mais aussi les plaies anciennes et même couvertes de parties sphacelées, marchent rapidement vers la cicatrisation. La réunion par première intention des plaies d'amputation paraît être favorisée par ce mode de pansement. 4° L'état général, de même que l'état local, semble heureusement influencé. La fièvre traumatique est plus modérée. 5° Les avantages de l'eau oxygénée sur l'eau phéniquée sont de ne pas avoir l'effet toxique, ni de mauvaise odeur; son application n'est nullement douloureuse. 6° Outre les plaies chirurgicales, les affections qui semblent le plus heureusement influencées par l'eau oxygénée sont les ulcérations de toute nature, les abcès profonds, l'ozène, la cystite purulente.

A la suite de cette communication, M. *Paul Bert* fait observer qu'il y a, dans l'application chirurgicale de l'eau oxygénée, deux faits concomitants à considérer : d'abord la mort de tous les microbes, puis l'action sur la plaie de l'oxygène incessamment dégagé.

Il ajoute que des expériences sur l'action parasiticide de l'eau oxygénée sont commencées par lui et par M. P. Regnard, en ville et dans les hôpitaux. Elles ont déjà donné des résultats d'apparence favorable dans le traitement des teignes, des pytiriasis, etc. On fait aussi des essais sur la diphthérie.

Il appelle l'attention des praticiens sur ce fait que l'eau oxygénée, telle qu'on la trouve chez la plupart des fabricants de produits chimiques, contient une notable quantité d'acide sulfurique, si bien que son emploi ne serait pas sans danger.

Recherches sur un nouveau médicament cardiaque; propriétés physiologiques du « Convallaria maialis » (muguet de mai). Note de MM. *G. Sée* et *Bochefontaine*. (Voy. *Gaz. hebd.*, n° 27, p. 440.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 11 JUILLET 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

M. le docteur *Granier*, médecin major au 38e de ligne, adresse une note manuscrite sur les *revaccinations* qu'il a opérées à Bizerte (Tunisie). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

M. *Decroix*, vétérinaire principal en retraite, envoie un mémoire manuscrit relatif à 9 *cas de guérison de la rage*, dont 5 chez des chiens, 1 chez un cheval et 3 chez des hommes ; ce mémoire est renvoyé à l'examen de M. Bouley.

M. le docteur *Simorre* (de Contres, Loir-et-Cher), adresse une note manuscrite sur *le traitement d'un certain nombre de maladies par les saignées répétées.*

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *G. Camuset* une brochure intitulée : *Angiome caverneux capsulé de l'orbite opéré avec conservation du globe oculaire et restitution de la vision ;* 2° de la part de M. le docteur *Wasseige* (de Liège) une brochure ayant pour titre : *Deux observations obstétricales ;* 3° au nom de M. le docteur *Bigelow* (de Harward, Etats-Unis) un mémoire imprimé ayant pour titre : *Remarques sur la lithotritie moderne.*

M. *Tarnier* fait hommage d'une brochure intitulée : *Considérations sur le forceps* et du *Discours* qu'il vient de prononcer à la distribution des prix à la Maternité, discours dans lequel il a exposé la statistique mortuaire de cet établissement.

M. *Larrey* dépose, de la part de M. le docteur *Mauricet* fils (de Vannes), le *Compte rendu des travaux du Conseil d'hygiène du Morbihan en* 1881 ; il fait ensuite don de plusieurs brochures à la bibliothèque de l'Académie.

M. *Ernest Besnier* présente deux rapports de M. le docteur *J. Teissier* (de Lyon) sur *les égouts et fosses d'aisances de la ville de Lyon au point de vue de l'hygiène publique* et sur *les maladies régnantes de la ville de Lyon pour l'année* 1881.

M. *Planchon* fait hommage, au nom de M. *Balland*, d'un mémoire intitulé : *Travaux scientifiques des pharmaciens militaires français.*

M. *Baudrimont* offre la sixième édition de son *Dictionnaire des altérations et falsifications des substances alimentaires, médicamenteuses et commerciales.*

Élection. — Par 57 voix sur 68 votants, M. *Gariel* est élu membre titulaire dans la section de physique et chimie médicales; M. Javal obtient 5 voix ; M. Onimus, 3 ; M. Bouchardat, 2 ; M. Hardy, 1.

Traitement de la phthisie. — M. le docteur *Vidal* (d'Hyères) rend compte des bons résultats qu'il a obtenus pendant l'hiver 1881-82 dans le traitement des phthisiques par les cautérisations au fer rouge; il recommande de les pratiquer très légèrement, très rapidement et par lignes transversales sur lesquelles elles doivent être rapprochées de 15 à 20 millimètres au plus, dans la région malade et tout alentour.

Rapports. — L'Académie épuise, afin de pouvoir tenir très prochainement sa séance publique annuelle, l'arriéré de ses rapports ; elle a aujourd'hui entendu, en séance publique, mais en réservant les conclusions pour le comité secret, un rapport de M. *Proust* sur le service médical des eaux minérales pendant l'année 1879 et un rapport de M. *H. Gueneau de Mussy* sur les épidémies qui ont régné en France en 1880. Ces rapports considérables, qu'il eût été bon, dans d'autres conjonctures, de lire en plusieurs séances, afin de discuter les nombreuses considérations et les nombreux chapitres spéciaux qu'ils renferment, sont d'accord pour appeler l'attention de l'administration sur la nécessité d'imiter les exemples, de plus en plus multipliés à l'étranger, d'une organisation complète et efficace de la médecine publique.

En comité secret, l'Académie a entendu un rapport de M. Charcot sur le concours pour le prix Civrieux et un rapport de M. Woillez sur le concours du prix Saint-Paul.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 7 JUILLET 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Statistique de la Maternité : M. Tarnier (correspondance). — Gangrène de la jambe par lésion artérielle : M. Guyot. — Rétrécissement de l'artère pulmonaire : M. Cadet de Gassicourt. — Gavage des phthisiques : M. Dujardin-Beaumetz. — Traitement de la syphilis : M. Martineau.

M. *Tarnier*, dans une lettre adressée à la Société, revendique la part qui lui revient dans l'initiative des réformes hygiéniques qui ont transformé l'état sanitaire de la Maternité. Dans son discours, prononcé le 24 juin dernier, et dont il fait hommage à la Société, il rappelle qu'en 1857, dans sa thèse inaugurale, il admettait l'existence du virus de la puerpéralité et la contagion des accidents, opinion qu'il a constamment défendue depuis lors; aussi, lorsqu'il devint chef de service à la Maternité, il ordonna l'évacuation des accouchées malades dans une infirmerie spéciale. Jusqu'à 1870, l'interne et les sages-femmes pénétraient dans l'infirmerie et dans les salles d'accouchement, aussi la mortalité restait fixée à 9,31 pour 100; en 1870, M. Tarnier réussit à créer un personnel distinct pour l'infirmerie; puis, en 1876, il obtint un pavillon à chambres séparées, et, en 1878, il établit dans son service la méthode antiseptique rigoureuse. Depuis 1870, la mortalité s'est abaissée à 2,32 pour 100, en y comprenant les femmes amenées à l'hôpital dans un état désespéré ; et l'on a pu pratiquer dans le pavillon spécial 1233 accouchements, qui n'ont fourni que 6 décès.

— M. *Guyot* rapporte deux observations de gangrène sèche du membre inférieur, suivie de gangrène humide. La première est celle d'un vieillard de soixante-dix-sept ans, atteint de

glycosurie légère et qui avait présenté à plusieurs reprises des symptômes de phlébite. Lorsque M. Guyot fut appelé près de lui, il constata que les orteils étaient noirâtres, froids, et que les battements artériels avaient disparu dans la pédieuse. Les douleurs, assez vives, furent facilement calmées par les injections de morphine. Bientôt, le pied tout entier se momifia et la gangrène sèche s'étendit à toute la jambe ; mais, au bout de trois semaines, la lésion prit tous les caractères de la gangrène humide ; on institua le pansement à l'acide phénique et l'on détacha successivement les parties mortifiées, à mesure qu'elles se transformaient en un putrilage infect ; deux mois et demi plus tard, la jambe tout entière était éliminée, et les condyles du fémur apparaissaient à nu au milieu d'une plaie de bonne nature. En trois mois, les bourgeons charnus s'étendirent sur tout le moignon, les cartilages fémoraux s'exfolièrent, et la cicatrisation s'opéra progressivement. Elle fut un instant entravée, l'année dernière, par un érysipèle, qui disparut sans amener d'accidents sérieux. Enfin, le malade marche aujourd'hui assez facilement, grâce à un appareil prothétique ; on a dû remédier également à l'équinisme qui s'est produit, pendant la longue durée du traitement, au niveau du pied opposé. Dans ce cas, le sphacèle résultait de l'oblitération, par un caillot, du tronc de la tibiale antérieure. — La seconde observation est relative à un jeune homme de vingt-cinq ans qui fut pris, au douzième jour d'une fièvre typhoïde, de douleurs atroces dans une jambe, bientôt suivies de la gangrène sèche du membre ; les souffrances horribles du malheureux patient ne purent être calmées avec les injections hypodermiques, et il réclamait l'amputation à grands cris : elle fut pratiquée par M. L. Labbé aussitôt que la gangrène, qui avait pris la forme humide, se fut nettement limitée. Le quatrième jour, la réunion était presque complète et l'état général semblait des plus satisfaisants, lorsque le malade succomba à une hémorrhagie secondaire ayant très probablement pour origine l'artère du nerf sciatique. L'examen histologique des vaisseaux, pratiqué par M. de Gastel, interne du service, a démontré d'une façon très nette l'existence des lésions de l'artérite.

— M. *Cadet de Gassicourt* rappelle que, lors de la communication de M. Duguet sur un cas de rétrécissement de l'artère pulmonaire, dans la séance du 13 janvier 1882, il avait affirmé que les altérations valvulaires, dans le rétrécissement pulmonaire, n'indiquaient pas toujours une lésion acquise, mais pouvaient, aussi bien que la sténose du tronc artériel lui-même, se rencontrer dans la lésion congénitale. Il s'appuyait, pour soutenir cette opinion, sur l'examen macroscopique d'un cas de ce genre, dont il venait de recueillir les pièces anatomiques. Depuis lors, l'examen histologique des mêmes pièces a été pratiqué, et vient contredire l'assertion de M. Cadet de Gassicourt et confirmer, au contraire, celle de M. Duguet. — Il s'agit d'un petit garçon de deux ans, chétif d'aspect, dont le père et la mère étaient tous deux manifestement arthritiques et atteints d'affections cardiaques anciennes. Cet enfant présentait, au moment de la naissance, une coloration bleuâtre très prononcée, et se trouvait dans un état d'asphyxie menaçante ; pendant quelque temps il fut fréquemment atteint d'accès de suffocation faisant douter de sa survie. Lorsqu'il fut apporté, le 11 novembre 1881, à l'hôpital Trousseau, il était cyanosé, surtout au niveau de la face et des extrémités ; la muqueuse buccale, le voile du palais, présentaient une coloration livide, la langue était normale ; la cyanose augmentait notablement pendant les efforts et les cris. Pas de voussure précordiale ; pas d'augmentation dans l'étendue de la matité cardiaque ; la pointe du cœur battait dans le quatrième espace intercostal au-dessous et un peu en dedans du mamelon. On constatait, à la palpation, une impulsion énergique, mais aucun frémissement appréciable. A l'auscultation : souffle systolique manifeste, ayant son maximum dans le deuxième espace intercostal gauche, à l'union de la troisième côte avec le sternum ; ce souffle se propageait vers la clavicule gauche et même du côté de l'épaule, au delà du point d'entre-croisement des troncs pulmonaire et aortique ; il disparaissait, au contraire, à 1 centimètre et demi du bord droit du sternum. Le diagnostic de rétrécissement pulmonaire s'imposait, mais il restait à rechercher l'état des ganglions péribronchiques qui, dans un cas rapporté par M. Cadet de Gassicourt, avaient déterminé, par compression, la sténose de l'artère pulmonaire : ces ganglions n'étaient pas volumineux. On pouvait dès lors conclure à l'existence d'un rétrécissement pulmonaire congénital, sans doute peu accentué, vu l'absence d'hypertrophie du cœur droit, l'absence de thrill, et la faible intensité de la cyanose. Celle-ci résulte, en effet, pense M. Cadet de Gassicourt, du rétrécissement lui-même et non du mélange des deux sangs : c'est, d'ailleurs, la théorie soutenue par Louis. Il n'était également pas douteux qu'il existât une communication entre les deux cœurs, sans laquelle on n'aurait pu comprendre le volume normal du ventricule droit, et même la prolongation de la vie extra-utérine. Cette perforation, résultat d'un arrêt de développement dû à la lésion du tronc pulmonaire, siège le plus ordinairement à la partie supérieure du septum interventriculaire, et assigne alors au rétrécissement une date un peu antérieure à la septième semaine de la vie fœtale. On constatait également vers la pointe du cœur un léger souffle systolique, dépendant manifestement d'une insuffisance tricuspidienne. L'état général alarmant, les sueurs nocturnes, la diarrhée, l'amaigrissement, la toux fréquente, plus encore peut-être que les signes incertains fournis par l'auscultation des poumons, révélaient une tuberculisation à marche rapide, et imposaient un pronostic fatal. La mort survint le 11 janvier 1882. L'autopsie vint confirmer de tout point le diagnostic ; le péricarde était sain ; le cœur petit, non hypertrophié, pesait 50 grammes ; l'épaisseur des parois ventriculaires était de 7 millimètres pour le cœur droit et de 10 millimètres pour le cœur gauche. L'artère pulmonaire, manifestement rétrécie, mesurait 1 centimètre et demi de circonférence (au lieu de 4) au niveau des valvules, et 2 centimètres (au lieu de 3) à 1 centimètre au-dessus des sigmoïdes. Ces valvules paraissaient inégales, dures, semi-cartilagineuses. L'orifice auriculo-ventriculaire droit ne mesurait que 45 millimètres (au lieu de 52) ; la tricuspide était rouge, épaissie et indurée. L'orifice de communication des deux cœurs siégeait dans la cloison interventriculaire, au-dessous de l'abouchement de l'aorte ; cet orifice, à bords lisses, offrait une forme triangulaire du côté du ventricule gauche, et arrondie dans le ventricule droit. Rien d'anormal au niveau du trou de Botal et du canal artériel. Tuberculose miliaire généralisée. La sténose pulmonaire semblait donc le résultat d'une endocardite fœtale, mais l'examen histologique, pratiqué par M. Balzer, a démontré l'absence de toute lésion de l'endocarde au niveau des valvules de l'artère pulmonaire, de toute trace d'endartérite ; dès lors on pourrait admettre, tout au plus, une endocardite légère, de date peu ancienne, et dont les lésions avaient disparu après la mort. Le rétrécissement congénital était donc, comme dans le cas cité par M. Duguet, constitué par un arrêt de développement du tronc même du vaisseau. — Les capillaires des régions cyanosées, examinés avec soin, n'étaient pas dilatés ; ce fait vient contredire la théorie émise par Chevers.

— M. *Dujardin-Beaumetz* fait connaître une modification qu'il a apportée au gavage des phthisiques. Il se sert d'un tube court, de petit calibre, qu'il introduit sur un mandrin recourbé jusque dans la partie supérieure de l'œsophage du malade. Retirant alors le mandrin, il injecte par le tube le lait tenant en suspension la poudre de viande : ce liquide est renfermé dans un flacon gradué, à deux tubulures, dont l'une, située à la partie supérieure, permet de comprimer de l'air dans le flacon au moyen d'une poire en caoutchouc analogue

à celle des pulvérisateurs, et dont l'autre, située à la partie inférieure, donne issue au liquide chassé par l'air comprimé: cette tubulure est reliée à la petite sonde introduite dans l'œsophage du malade, par un long tube en caoutchouc, muni, vers sa partie terminale, d'un index en verre qui permet de suivre des yeux la rapidité avec laquelle le liquide nutritif est injecté. Ce procédé, moins effrayant pour le malade que le tube de Faucher, rend le gavage très facile dès les premières séances. — M. Dujardin-Beaumetz pratique cette manœuvre sur un malade en présence de la Société.

— M. *Martineau* complète ses précédentes communications sur *le traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de peptone mercurique ammonique*. Il rappelle que ce traitement n'occasionne ni douleurs vives, ni abcès; qu'il ne détermine pas de salivation mercurielle, à moins qu'il n'existe auparavant de la gingivite; qu'il possède une action beaucoup plus rapide et plus efficace que tous les autres modes d'administration du mercure. Il résulte de nouvelles expériences, entreprises avec M. Ammonic, interne du service, que chez les syphilitiques soumis à ce traitement, le nombre des globules rouges augmente rapidement, pour atteindre en huit jours le chiffre normal de 4 à 5 millions; que, dans le même temps, le poids du corps s'élève de 1 à 5 kilogrammes, et que la densité des urines s'accroît par suite de la plus grande proportion des chlorures et de l'urée. Les mêmes résultats sont obtenus bien plus lentement et moins complètement avec les frictions mercurielles ou l'ingestion du médicament, à doses égales, par la voie stomacale. La cachexie mercurielle n'est pas à redouter, à cause de l'élimination rapide du mercure par les urines. Ce mode de traitement permet aussi d'obtenir la prompte guérison des iritis et des irido-choroïdites syphilitiques.

— La Société se constitue en comité secret.

André PETIT.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 5 JUILLET 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Fistule du conduit de Sténon : M. Delens. — Ectopie périnéale du testicule : M. Le Dentu. — Rectotomie linéaire : M. Trélat. — Hernie étranglée; suture de l'intestin : M. Trélat. — Présentation d'un malade : résection de l'extrémité interne de la clavicule : M. Le Dentu.

M. *Delens* lit un rapport sur une observation de fistule salivaire du conduit de Sténon; guérison par un procédé nouveau, par M. Richelot. L'orifice de la fistule était situé au niveau du masséter; la lésion s'était compliquée d'un abcès qui avait donné lieu à deux ouvertures, dont l'une était au niveau du buccinateur. M. Richelot introduisit dans cette dernière un tube à drainage qui traversait la joue et conduisait la salive dans la bouche. Avivement et suture de la fistule externe; le tube à drainage fut retiré peu à peu; la guérison fut complète.

M. *Trélat* a traité deux fistules du canal de Sténon. La première fois il s'agissait d'un homme auquel il avait enlevé une tumeur de la parotide; il resta une fistule du canal de Sténon; la guérison fut obtenue en quatre jours par la compression exercée au moyen d'un petit appareil.

Un autre malade, à la suite d'un calcul du conduit salivaire, eut un abcès et une fistule, cutanée par un orifice et muqueuse par l'autre orifice. M. Trélat passa un fil de fer dans le trajet fistuleux; puis, prenant le bout cutané de ce fil, il le passa à travers la joue jusqu'à la muqueuse. Les deux extrémités du fil furent tordues pour étrangler les parties comprises dans l'anse. Il en résulta que l'orifice cutané se ferma et qu'il resta un orifice interne. Comme M. Richelot, M. Trélat préférerait aujourd'hui un tube en caoutchouc.

M. *Le Fort* a soigné à l'Hôtel-Dieu un malade atteint d'épithélioma de la face; la tumeur fut détruite par les caustiques; il en résulta une fistule salivaire à orifice cutané. M. Le Fort passa une aiguille munie de fil dans la partie du canal communiquant avec la glande, et conduisit cette aiguille dans la bouche. Une autre aiguille à l'autre extrémité du fil est introduite dans le bout périphérique du canal, puis ramenée dans la bouche; les deux bouts du fil sont ensuite serrés dans la bouche. Le malade guérit. Ce procédé est décrit dans Malgaigne. Le fil serait avantageusement remplacé par du caoutchouc.

— M. *Le Dentu* fait un rapport oral sur une observation d'ectopie périnéale du testicule, par M. Baudry (de Lille). L'enfant nouveau-né avait à 2 centimètres en avant de l'anus, sur la droite du raphé médian, un corps ovalaire offrant les caractères d'un testicule; de ce côté, on ne trouvait rien dans l'aine ni dans le scrotum. Un cordon partait de ce testicule pour aller dans l'aine droite. Pas de hernie.

M. Baudry se demande si le chirurgien doit intervenir, afin de soustraire ce testicule aux frottements et aux chocs. Il dit que non. L'opération, si elle devenait nécessaire, présenterait moins de danger au périnée qu'à la région inguinale.

— M. *Giraud-Teulon* est nommé membre honoraire de la Société de chirurgie.

— M. *Trélat* a présenté deux fois à la Société une femme à laquelle il avait fait un anus lombaire comme opération palliative pour un cancer du rectum. Voici un autre fait qui montre l'heureuse influence que peuvent avoir ces opérations palliatives.

En octobre dernier, M. Trélat voit en province un homme de cinquante-six ans atteint de cancer du rectum; l'épithélioma débordait à l'extérieur, et en haut il dépassait la limite du doigt. Douleurs très vives; ténesme insupportable. Le malade avait plus de souffrance que de dépérissement; il était trop malade pour supporter la colotomie lombaire, M. Trélat fit la rectotomie linéaire; il espérait donner au malade une quinzaine de jours de soulagement. En mai dernier, il fut étonné de recevoir d'assez bonnes nouvelles de son opéré. Cet opéré mourut le 19 juin : il a donc vécu sept mois et demi sans grandes souffrances depuis son opération. La chirurgie lui a donné sept mois de survie. M. Trélat dit que, dans ces cas graves de cancer du rectum, les opérations palliatives peuvent donner une survie plus longue que les opérations curatives.

M. *Le Fort*. Une considération qui plaide en faveur de la rectotomie linéaire, outre le soulagement apporté aux douleurs et au ténesme, c'est qu'avec cette opération on évite la rupture de l'intestin au-dessus du point rétréci. La rectotomie est moins grave que la dilatation, qui peut déterminer des déchirures étendues.

— M. *Trélat*. Dernièrement on apporte à l'hôpital une femme de trente-cinq ans ayant des accidents d'étranglement herniaire. Elle portait depuis cinq ans un bandage, et avait eu des accidents aigus et un abcès au niveau de la hernie; cet abcès se cicatrisa. La hernie était inguinale droite; douleur, vomissements, irréductibilité.

La malade fut chloroformée; le taxis fut infructueux. La kélotomie fut pratiquée. L'anneau était très serré. M. Trélat tenta de réduire sans ouvrir le sac, mais ce fut impossible. Quand le sac fut ouvert, on constata que l'intestin y adhérait; ces adhérences rendaient la réduction impossible; en voulant les détruire, M. Trélat déchira l'intestin. Il fit la suture intestinale par le procédé de Lembert, et réduisit l'anse herniée. Le sac fut réséqué; deux sutures profondes pour tenter d'oblitérer le collet du sac; application d'un drain jusqu'à l'orifice péritonéal. La malade guérit.

— M. *Le Dentu* présente un homme auquel il a pratiqué,

il y a un an, la résection de l'extrémité interne de la clavicule pour une arthrite fongueuse de l'articulation sterno-claviculaire, avec nécrose de l'extrémité interne de la clavicule. Le malade jouit de tous les mouvements de son articulation.

L. Leroy.

Société de biologie.

Séance du 1er juillet 1882. — Présidence de M. P. Bert.

Effets et mode d'élimination de l'acide cacodylique : M. Rabuteau. — Discussion sur l'origine de la métallothérapie; perkinisme; burquisme : MM. Rabuteau, Bouley, Grimaux. — La question du burquisme : M. Burq. — Effets de l'alimentation azotée chez les herbivores : M. Regnard. — Emploi de l'eau oxygénée comme antiseptique en chirurgie : MM. Péan et Bardy. — Immersion des grenouilles dans l'eau à 35 degrés; aptitude charbonneuse de ces animaux : M. Gibier.

M. *Rabuteau* expose les résultats de ses recherches sur les effets et le mode d'élimination de l'acide cacodylique (ou acide dyméthylarsénique). Après avoir rappelé que le *cacodyle* constitue la majeure partie de la *liqueur fumante de Cadet* (1760), et mentionné les études qui en ont été faites par Bunsen, Thénard, Dumas, M. Rabuteau insiste sur l'oxyde de cacodyle ou acide cacodylique, dont il donne les caractères physiques et chimiques, et examine l'action sur les animaux. Contrairement à une opinion précédemment émise, il a constaté que cet acide, bien qu'étant moins actif à doses égales que les sels d'arsonium, est néanmoins toxique à des doses élevées : une grenouille est tuée par 3 centigrammes, ce qui correspond à 90 centigrammes environ d'arsenic par kilogramme d'animal. L'innocuité relative d'une substance qui contient une aussi forte proportion d'arsenic ne s'explique pas suffisamment par la rapidité de son élimination; il faut faire intervenir l'examen de la constitution chimique, qui montre que l'arsenic est « rivé » dans la molécule d'acide cacodylique aussi intimement que dans la molécule des arsonium quaternaires.

— M. *Rabuteau* développe ensuite ses arguments contre la valeur de la métallothérapie et les résultats de ses recherches bibliographiques au sujet de l'ancienneté de ces études.

MM. *Bouley* et *Grimaux* expriment le regret que les réflexions de M. Rabuteau au sujet des mérites de M. Burq se produisent aussi tardivement, alors que leur auteur a signé les procès-verbaux de la Société de biologie sur cette question, et proposé lui-même le nom de *burquisme* pour désigner la métallothérapie.

— M. *Burq* vient à son tour lire un mémoire justificatif qu'on peut se contenter de signaler ici en renvoyant aux publications de la Société.

— M. *Regnard* expose les bons effets qu'il a obtenus de l'alimentation avec du sang desséché poursuivie chez quelques agneaux; l'augmentation de poids s'est maintenue, et la laine fournie par ces animaux est plus abondante et plus belle que celle des moutons du même âge nourris selon la coutume ordinaire.

— MM. *Péan* et *Bardy* ont appliqué au pansement des plaies l'eau oxygénée, dont MM. P. Bert et Regnard avaient étudié les propriétés antiseptiques. Les résultats leur ont paru aussi avantageux, sinon plus, que ceux qu'on peut retirer de l'emploi de l'alcool simple ou camphré et de l'acide phénique. L'eau oxygénée aurait sur ce dernier l'avantage de ne présenter aucune mauvaise odeur, et surtout de ne produire aucun effet toxique. Leurs conclusions sont les suivantes : « 1° L'eau oxygénée a remplacé avantageusement l'alcool et l'acide phénique; elle peut être employée, pour le pansement des plaies et des ulcérations de diverses nature, en injections et vaporisations; à l'intérieur, chez un certain nombre d'opérés et dans certaines affections, telles que l'urémie, la septicémie, la tuberculose, le scorbut, l'érysipèle. 2° Les pansements se font à l'aide de bandelettes de tarlatane recouvertes de baudruche; ils sont renouvelés une ou deux fois par jour, suivant les indications. 3°... Non seulement les plaies récentes, mais aussi les plaies anciennes et même couvertes de parties sphacelées, marchent rapidement vers la cicatrisation. La réunion par première intention des plaies d'amputation paraît être favorisée par ce mode de pansement... »

— M. *Gibier* montre à la Société des grenouilles très vivaces qui, ayant été plongées dans de l'eau à 33 degrés le jeudi précédent, sont maintenant dans de l'eau à 35 degrés. Il revient sur la nature véritablement charbonneuse des lésions observées chez les grenouilles inoculées après un chauffage préalable, et discute l'hypothèse qu'on avait émise, à savoir que ces animaux servaient seulement de vases de culture.

REVUE DES JOURNAUX

Du traitement des tumeurs par l'électrolyse, par M. Neftel (de New-York).

Neftel revient pour la troisième ou quatrième fois sur cette question. Ni le scepticisme avec lequel ses recherches ont été accueillies en dehors de son pays, ni les attaques dont il a été l'objet, n'ont réussi à ébranler sa confiance en une méthode de traitement dont il est vraiment trop épris, puisqu'il arrive à prétendre guérir jusqu'à la cataracte. Dans ses premiers travaux (1877), il s'attaquait surtout aux tumeurs malignes, qu'il arrivait à détruire en une seule séance, en ayant soin de faire porter la destruction jusque dans le tissu ambiant. Voici comment :

Une anode de platine est plongée perpendiculairement au sein de la tumeur jusqu'à son point d'implantation présumé, et 3 à 5 cathodes à la périphérie, à peu de distance les unes des autres. Le courant est ensuite fermé et porté rapidement à sa plus grande puissance (30 à 60 éléments). Au bout de cinq à dix minutes on enlève les cathodes, que l'on reporte sur un autre point, jusqu'à ce que l'on ait fait le tour de la tumeur. L'opération dure une heure en moyenne. La tumeur est devenue livide, grisâtre, finalement noire. On constate une très légère réaction générale et locale. La région attaquée est douloureuse, mais au bout de deux à trois jours elle est froide, entourée de fluctuation et de crépitation. Un liquide sanieux s'écoule plus tard par la plaie des cathodes, et aussitôt disparaissent la tension, la rougeur, la tuméfaction environnantes. Enfin la masse nécrosée s'élimine en bloc, laissant une perte de substance considérable qui se couvre bientôt de granulations de bonne nature.

Cette méthode est susceptible de modifications, suivant les circonstances. L'auteur est arrivé récemment à l'étendre aux tumeurs bénignes, qui ne nécessitent pas une intervention aussi énergique.

Les conclusions de son nouveau mémoire sont ainsi conçues :

1° L'électrolyse est une méthode *antiseptique*, et comme telle peut être combinée avec les méthodes opératoires ordinaires.

2° Elle doit être préférée à toute autre dans le traitement des tumeurs malignes.

3° Le traitement par l'électrolyse diffère suivant que les tumeurs sont de nature maligne ou bénigne.

Dans le premier cas, l'indication capitale est de détruire la tumeur totalement, rapidement, autant que possible en une seule séance. Dans le second, il s'agit de provoquer une métamorphose régressive : résorption, atrophie, fusion, comme on voudra l'appeler. L'effet est surtout rapide sur les tumeurs musculaires. (*Archives de Virchow*, t. LXXXVI, p. 67.)

Recherches expérimentales sur l'hypertrophie du cœur consécutive aux lésions rénales, par M. O. Israel.

La célèbre théorie mécanique de Traube a fait son temps, d'après Israel : il vaut mieux en prendre son parti que d'essayer un compromis impossible en la modifiant, comme le veut Cohnheim. L'auteur a fait autrefois beaucoup d'expériences sur ce sujet en collaboration avec Grawitz; il est arrivé peu à peu à cette conclusion que le rôle de la pression sanguine était insignifiant en pareil cas. Il faut chercher dans une direction toute différente la cause de l'hypertrophie du ventricule gauche.

Les échanges qui s'opèrent dans l'intimité des tissus vivants ont pour résultat d'influencer l'activité sécrétoire de certains parenchymes : en première ligne le rein, plus rarement le poumon, la peau, le tube digestif. Pour ce qui concerne l'élimination de l'azote, le rein domine complètement la scène, et ce n'est que dans des cas pathologiques que d'autres organes peuvent suppléer à ce fonctionnement. Or, les reins normaux sont organisés de façon à pouvoir suffire à un accroissement notable des exigences de cette dérivation : l'insuffisance ne se produit, — plus ou moins rapidement, suivant les prédispositions individuelles,— que dans des cas extrêmes : le diabète, par exemple, ou bien l'*alimentation par l'urée* (ce qui est précisément le cas dans les dernières expériences de l'auteur). Cette insuffisance est combattue par une suractivité du cœur, bientôt suivie d'hypertrophie de cet organe.

Quant à l'irritation elle-même, qui détermine cette hypertrophie, il faut la chercher dans les matières azotées *mortes*, dans le sens le plus large du mot, c'est-à-dire dans celles qui circulent dans le corps sans pouvoir être utilisées pour la nutrition. Ces matières sont éliminées en totalité, grâce à une suractivité cardiaque exactement proportionnelle, à la surface sécrétante rénale qui fait défaut. Le muscle cardiaque est-il irrité directement, ou bien les appareils nerveux, ou bien est-ce l'excitation directe de la musculature des petits vaisseaux qui produisent une augmentation de pression modérée qui se répercute sur le cœur, ou bien tous ces facteurs agissent-ils simultanément? C'est ce qui ne ressort pas assez nettement des expériences de l'auteur. Ni l'irritation directe du cœur (sans ouverture de la plèvre) par de l'urine concentrée ou de l'urée, ni l'observation de la *palpebra tertia* chez les lapins, pendant l'administration de l'urée, n'ont donné jusqu'ici de résultats certains. (*Archives de Virchow*, t. LXXXVI, p. 299.)

Des variations de la sécrétion lactée sous l'influence de quelques médicaments, par M. Stumpf.

Mémoire volumineux dont nous nous bornerons à reproduire les conclusions. Les expériences ont été faites sur une chèvre.

1° *Variations de la quantité du lait.* — L'iodure de potassium détermine une diminution considérable de la sécrétion lactée, tandis que l'alcool, la morphine et le plomb n'exercent aucune action sur elle, pas plus que la pilocarpine. L'influence de l'acide salicylique est douteuse.

2° *Variations de la qualité du lait.* — L'iodure de potassium produit manifestement un ralentissement de la fonction glandulaire; toutes les parties intégrantes du lait tombent à la fois. Le plomb, la pilocarpine, la morphine n'exercent aucune action; l'acide salicylique semble augmenter la quantité de sucre; l'alcool et les boissons alcooliques augmentent la proportion relative du lait, et doivent être rejetés comme moyens d'augmenter la sécrétion lactée.

3° *Passage des médicaments dans le lait.* — L'iode passe rapidement dans le lait, et disparaît immédiatement chez l'homme dès que l'on cesse d'administrer cet agent; chez les herbivores, cette disparition est moins rapide. La proportion d'iode passée dans les urines n'est pas constante : elle varie avec les individus. Il est donc impossible d'utiliser en thérapeutique le lait « iodé ». L'iode existe dans le lait, non pas à l'état d'iodure alcalin, mais combiné avec la caséine.

L'alcool ne passe pas dans le lait des herbivores.

Le plomb ne passe qu'en quantité insignifiante, mais il y persiste assez longtemps.

Il en est de même pour l'acide salicylique. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXX, p. 201.)

Des bactéries de la sueur rouge, par le docteur V. Babesiu.

Nous ne possédons que des données très incomplètes sur l'origine de la coloration rouge de la sueur. Hoffmann, Pick et Eberth avaient, il est vrai, signalé la présence de bactéries, mais ces faits n'avaient pas suffisamment attiré l'attention.

L'auteur a eu l'occasion d'examiner les poils de la région axillaire provenant de quatre personnes chez lesquelles la sueur était colorée en rouge plus ou moins vif.

Le résultat de l'examen s'est trouvé constant. Le poil est mince, rougeâtre, raide, cassant, entouré d'une gaine très adhérente, plus épaisse que le poil lui-même, de couleur rouge, de structure acineuse.

L'examen histologique conduit aux conclusions suivantes :

1° L'apparition de la sueur rouge, localisée principalement au creux axillaire, est due à une bactérie sphérique chromogène.

2° Le développement ultérieur de cette bactérie est en rapport avec des sueurs abondantes.

3° Elle paraît, selon les circonstances, occasionner la fragilité des poils, des démangeaisons et une rougeur légère de la peau.

4° La sueur rouge paraît être transmissible.

5° Ces bactéries ressemblent morphologiquement, d'une part, à la zooglœa incolore, que l'on rencontre constamment dans la sueur et sur les poils; d'autre part, aux autres bactéries chromogènes, spécialement aux *Bacterium prodigiosum*, dont elles se distinguent surtout par une coloration rouge brique de la substance intermédiaire.

6° Cette bactérie est plus difficile à cultiver que le *B. prodigiosum*, mais elle en offre les réactions chimiques essentielles.

7° Le principe colorant rouge est plus abondant pendant la vie du microbe, et paraît être lié à la substance intermédiaire de la zooglœa. (*Centralblatt für med. Wiss.*, 1882, n° 9.)

BIBLIOGRAPHIE

De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique (tabes spécifique). Leçons cliniques professées à l'hôpital Saint-Louis par M. Alfred Fournier, professeur à la Faculté de médecine de Paris. In-8° de 396 pages. Paris, Masson, 1882.

Depuis 1875, époque où M. Fournier revendiqua pour la syphilis une part importante dans l'étiologie du tabes dorsal, les travaux sur cette question se sont multipliés, surtout à l'étranger. De son côté M. Fournier se remit à l'œuvre et entreprit une nouvelle et minutieuse enquête dont il nous apporte aujourd'hui les résultats qui ont une haute valeur prales élétique.

Pour l'immense majorité des cas, le tabes constitue une manifestation de provenance syphilitique : telle est la formule que l'éminent professeur cherche à introduire dans la science, sans se dissimuler qu'elle heurte l'opinion de la majorité. C'est sur le terrain clinique surtout qu'il porte le débat; c'est à l'étiologie et à la séméiologie qu'il demande les éléments d'une démonstration rigoureuse.

Nous ne pouvons suivre ici l'auteur dans tous les développements de son argumentation à la fois serrée et brillante; nous devons nous borner à indiquer le plan général de ses leçons et les grandes lignes du procès qu'il intente à la syphilis.

La syphilis figure-t-elle très souvent dans les antécédents des ataxiques? Voilà évidemment la question primordiale à résoudre, la seule d'ailleurs dont les auteurs étrangers se soient occupés. Or, sur ce point, le doute n'est plus permis. Déjà les statistiques invoquées par les adversaires de la doctrine de M. Fournier attribuaient à la syphilis une place relativement considérable, 25 pour 100 environ, dans les antécédents des tabétiques. Plus significatifs encore sont les chiffres obtenus par la plupart des auteurs qui, avec M. Fournier, ont étudié d'une façon spéciale ce problème étiologique. Peut-on parler de simple coïncidence quand quatre fois sur cinq environ le passé des ataxiques nous offre des manifestations de syphilis, alors surtout qu'on y cherche en vain, d'ordinaire, toute autre influence pathogénique?

En dehors de ce résultat, cette enquête fournit d'autres données non moins utiles à enregistrer : elle démontre que le tabes est contemporain des accidents tertiaires, car il ne s'affirme guère que trois ans au moins après l'imprégnation spécifique et, de plus, qu'il s'observe surtout à la suite de véroles originairement bénignes, de véroles négligées, ou insuffisamment traitées.

Deuxième point : *sous quelles formes cliniques se présente l'ataxie qui succède à la syphilis?* Ici M. Fournier trace un tableau plein de coloris du tabes dorsal, au point de vue séméiologique. Dans cette description, faite surtout de souvenirs personnels, où la période præataxique occupe une très large place, il y a beaucoup à apprendre en ce qui concerne même le tabes en général. La maladie de Duchenne n'a pas, ne peut avoir chez le syphilitique des signes propres, pathognomoniques. On conçoit, en effet, que la lésion médullaire, quelle qu'en soit la cause, doit toujours se traduire par la même expression symptomatique. Ce qui différencie le tabes spécifique, c'est, en dehors de certaines nuances cliniques dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer ici, c'est l'association fréquente aux symptômes tabétiques d'autres accidents qui sortent du cadre habituel de la maladie. La syphilis frappant à la fois divers départements de l'axe cérébro-spinal, le tabes se combine avec tels ou tels phénomènes morbides, d'origine soit médullaire, soit cérébrale, pour constituer ce que M. Fournier, dans un chapitre entièrement original, appelle des *formes associées.* Paralysies ou parésies, atrophies musculaires, accès épileptiformes, ictus congestifs, pseudo-paralysie générale, telles sont les manifestations qui peuvent se surajouter au tabes et dont l'existence doit toujours faire songer à une origine syphilitique du processus.

Enfin M. Fournier aborde une troisième question : *Quel bénéfice les ataxiques de par la syphilis ont-ils à attendre du traitement antisyphilitique?* Il montre, exemples nombreux à l'appui, que les effets de la médication spécifique sont absolument différents suivant l'époque où elle a été instituée. Ils sont nuls, comme on pouvait le prévoir à priori, lorsqu'on se trouve en présence d'un tabes confirmé, résultat d'une désintégration déjà avancée des cordons postérieurs. Quand, au contraire, on recourt de bonne heure au traitement mixte, il est permis d'espérer, sinon une guérison complète, — les faits de cet ordre sont peu nombreux, — du moins l'atténuation des phénomènes les plus pénibles et même une sorte d'*immobilisation* plus ou moins durable de la maladie. Succès relatif sans doute, mais qui n'en a pas moins son prix eu égard à notre impuissance thérapeutique trop avérée.

M. Fournier est donc en droit d'invoquer à l'appui de l'opinion qu'il professe, et les données étiologiques, et les faits cliniques, et même, dans une certaine mesure, les résultats thérapeutiques. D'autre part, la pathologie générale est loin de la condamner; car elle nous montre dans la sclérose la modalité anatomique habituelle de la syphilis.

Désormais, grâce à M. Fournier, la cause est entendue ; le tabes doit être considéré comme une des résultantes de la syphilis; mais celle-ci joue-t-elle le rôle de cause déterminante, ou n'agit-elle que d'une façon indirecte, comme cause prédisposante? M. Fournier se prononce pour la première solution; la sclérose des cordons postérieurs, pour lui, est une lésion tertiaire de la syphilis, au même titre que la sclérose du foie ou les gommes du palais.

Réserves faites sur ce dernier point qui appelle peut-être un supplément d'information, il n'en est pas moins acquis que, plus que tout autre, le syphilitique est menacé du tabes. D'autre part, en établissant que la maladie de Duchenne est surtout l'apanage des syphilis négligées, M. Fournier a légitimé une fois de plus ce précepte majeur qu'on néglige trop en pratique : la vérole, quelle que soit sa bénignité apparente, demande à ses débuts un traitement énergique et soutenu, ne serait-ce que pour prévenir l'apparition du tabes, la plus redoutable des manifestations cérébro-spinales qui assombrissent l'avenir du syphilitique.

L. DREYFUS-BRISAC.

Traité clinique des maladies de l'enfance, par M. le docteur CADET DE GASSICOURT, 2e volume. — Paris, 1882, chez Douin.

Ce second volume comprend l'étude des affections du cœur, du rhumatisme, de la chorée, de la coqueluche, des oreillons, des différentes fièvres éruptives et de la fièvre typhoïde.

Chez l'enfant, les maladies du cœur sont congénitales ou acquises. Les maladies congénitales ont une importance toute particulière. Elles tiennent à des arrêts de développement résultant de lésions variées qui peuvent se présenter chez l'enfant pendant la vie intra-utérine. Ces lésions, peu nombreuses, et qui, au contraire des affections cardiaques observées chez l'adulte, atteignent toujours les cavités droites, sont : le rétrécissement ou l'occlusion de l'artère pulmonaire, l'inocclusion de la cloison inter-auriculaire ou inter-ventriculaire.

La première est de beaucoup la plus fréquente. Elle est ordinairement unie à l'une des deux autres. La cyanose qui en résulte dans la plupart des cas serait due d'après Gintrac au mélange du sang veineux avec le sang artériel et d'après Louis à l'obstacle apporté à la circulation pulmonaire. Après une discussion très complète, l'auteur s'appuyant principalement sur les faits bien constatés de mélange des deux sangs rouge et noir sans cyanose, se range à la théorie de Louis et attribue la cyanose à l'oxygénation incomplète du sang. Dans la grande majorité des cas la cyanose est d'autant plus marquée que l'obstacle est plus complet. La facilité des circulations collatérales la diminue. Quoi qu'il en soit, les lésions de l'artère pulmonaire sont toujours fatales dans un délai plus ou moins court, tandis que les inocclusions isolées de la paroi des deux cœurs passent souvent inaperçues.

Le rhumatisme est fréquent chez l'enfant. On sait que les complications cardiaques y sont presque constantes. Elles guérissent d'ailleurs chez lui bien plus fréquemment que chez l'adulte. Quand elles passent à l'état chronique, la compensation peut s'établir, de telle sorte qu'une grande partie de la vie se passera sans que la lésion valvulaire trouble dangereusement les fonctions du cœur. Cette différence tient à l'intégrité du myocarde et des vaisseaux, observée chez l'enfant dans la majorité des cas.

La gravité des complications cardiaques du rhumatisme infantile est due le plus souvent à la péricardite. Celle-ci est habituellement accompagnée d'endocardite; mais elle peut être isolée. Souvent elle se complique de pleurésie simple ou

double. Cette complication en aggrave singulièrement le pronostic.

La chorée vient se placer naturellement à la suite du rhumatisme. En dépit de quelques hésitations, M. Cadet de Gassicourt se range à l'opinion de Trousseau, Sée et Roger, et s'appuie sur le résultat de ses nombreuses observations.

Aucune altération anatomique bien constatée ne peut rendre compte des phénomènes de la chorée. Dans bien des cas les recherches les plus minutieuses n'ont permis de constater aucune lésion. Dans d'autres on a rencontré dans le système nerveux des lésions fort disparates. Dans ces derniers temps le docteur Balzer a signalé dans les grandes cellules des cornes antérieures un aspect brillant, une réfringence spéciale qu'il n'a pas rencontrée ailleurs. Mais il ne s'agit encore que d'un fait isolé.

En Angleterre, Bright et, plus récemment, Kirkes et Jackson attribuent l'incoordination des mouvements caractérisant la chorée à la migration des petites embolies déterminant dans le voisinage des vaisseaux oblitérés des zones d'anémie et d'encéphalite. Les désordres moteurs sont corrélatifs aux troubles circulatoires. Cette théorie est la conséquence logique des doctrines qui rattachent toutes les chorées à des affections cardiaques. Malheureusement ces dernières font souvent défaut ou sont consécutives à la chorée elle-même. En somme la chorée peut exister sans maladie du cœur et sans embolie. L'auteur se montre très réservé dans l'appréciation des méthodes de traitement de la chorée. Peu partisan des médications violentes, il se renferme dans l'emploi du chloral, du bromure de potassium, de l'émétique dans certains cas, et de l'hydrothérapie.

C'est avec la même réserve qu'il aborde, après une étude très complète de la coqueluche, le traitement de cette cruelle maladie. Les vomitifs, la belladone, constituent le fond de sa thérapeutique. A la période de déclin, le changement d'air rendra les plus grands services aux petits malades.

La fin du volume est consacrée aux fièvres éruptives parmi lesquelles se rangent tout d'abord les oreillons, maladie en général bénigne chez les enfants. L'année dernière à cette époque MM. Capitan et Charrin ont constaté dans le sang et la salive des sujets atteints d'oreillons un grand nombre de microbes qu'ils ont soumis à la culture. L'histoire des oreillons entre donc dans une phase nouvelle.

La rougeole et la scarlatine tiennent la place la plus importante dans les fièvres éruptives observées chez les enfants. La scarlatine, en particulier, est une maladie d'une complexité singulière et les difficultés que présente son étude justifient les développements que l'auteur lui a consacrés. Rien de plus variable au point de vue de la gravité que les épidémies de scarlatines. Bretonneau n'avait pas vu mourir un scarlatineux pendant vingt-trois années de pratique, lorsqu'il se trouva en 1824 en présence d'une épidémie d'une gravité telle qu'on peut la comparer, pour la mortalité, aux épidémies de typhus et de choléra.

La physionomie de la scarlatine n'est pas moins variable. Aucune fièvre ne donne lieu à de pareils embarras de diagnostic. Aussi doit-on, comme l'a fait l'auteur, partir de la description d'une scarlatine normale, franche, de moyenne intensité, pour en rapprocher comme d'un type toutes les variétés dans lesquelles les principaux traits de la maladie peuvent se modifier au point de la rendre méconnaissable. L'une des complications les plus redoutables de la scarlatine: la néphrite albumineuse, a été particulièrement étudiée par M. Cadet de Gassicourt. Ces néphrites que l'on rencontre dans les maladies infectieuses ont-elles une pathogénie commune? C'est l'opinion de M. le professeur Bouchard qui attribue à un microbe, qu'il a d'abord trouvé dans l'urine des scarlatineux albuminuriques, tous les accidents observés. Que ce microbe soit propre à la scarlatine, il importe peu; le point essentiel est qu'on en constate ici la présence comme dans toutes les autres néphrites dues aux maladies infectieuses.

Les derniers chapitres sont consacrés à la fièvre typhoïde. Bien qu'elle ne diffère pas essentiellement chez l'enfant et chez l'adulte, elle présente chez le premier des caractères particuliers. Le principal est peut-être sa terminaison ordinairement favorable. L'enfant supporte mieux que l'adulte les températures élevées. On trouvera dans l'étude de M. Cadet de Gassicourt des observations très intéressantes sur la valeur des courbes de température au point de vue de la marche et du pronostic de la maladie.

Dans l'exposé du traitement qu'il a adopté l'auteur s'élève contre l'abus de la méthode réfrigérante qu'il réserve pour certains cas d'hyperthermie persistante et s'accompagnant d'atonie. En dehors de ces cas exceptionnels, son traitement est simple. Les évacuants au début, les bains tièdes, les lavements phéniqués faibles, et plus tard les toniques en font tous les frais. Il insiste avec raison sur les précautions que l'on doit prendre dans la convalescence pour alimenter le sujet sans provoquer d'accidents gastro-intestinaux. Les détails minutieux dans lesquels il entre à ce sujet ne paraissent pas exagérés à ceux qui connaissent les difficultés de cette période de transition.

B.

Index bibliographique.

REVUES SCIENTIFIQUES PUBLIÉES PAR LE JOURNAL LA « RÉPUBLIQUE FRANÇAISE », sous la direction de M. Paul BERT, membre de l'Académie des sciences. *Quatrième année.* 1 vol. in-8°. — Paris, G. Masson.

A mesure que grossit la collection de ces revues scientifiques, on s'aperçoit mieux qu'elles seront une importante source d'informations pour qui voudra connaître le mouvement scientifique contemporain. On sait qu'elles embrassent, sans exception, toutes les branches de la science, dont chacune a son rédacteur ou ses rédacteurs spéciaux. Les articles n'étant pas signés, il est impossible de dire pour quelle part M. Paul Bert y contribue de sa personne. Il est certain seulement qu'il inspire et dirige le tout.

Les articles qui, dans ce volume, intéressent les sciences médicales concernent : 1° la microcéphalie et l'idiotisme ; 2° les êtres microscopiques de l'air, du sol et des eaux de Paris; 3° les causes et le traitement de la fièvre typhoïde; 4° la mémoire et ses maladies; 5° la *médecine dosimétrique;* 6° les æsthésiogènes; 7° la vaccination et la revaccination; 8° les falsifications des substances alimentaires; 9° les ptomaïnes; 10° l'histoire de l'embryologie; 11° l'hylozoïsme (doctrine qui considère la matière comme vivante et animée); 12° l'accroissement de la population allemande; 13° quelques caractères anatomiques intermédiaires à ceux de l'homme blanc et à ceux des singes anthropoïdes; 14° la vaccination des maladies charbonneuses; 15° les vidanges à l'égout; 16° les hypothèses récentes sur l'origine cosmique de la vie.

La matière est riche, comme on voit. On regrette de voir parmi son or un peu de ce qui ne peut être, aux yeux des médecins sérieux, que du plomb, aisément reconnaissable à qui parcourra la liste des articles; mais, dans son ensemble, ce volume est d'une lecture attachante par la forme et instructive par le fond, ce qui n'est pas le cas de toutes les revues consacrées à la science par les journaux politiques.

LEÇONS DE CHIMIE ÉLÉMENTAIRE APPLIQUÉE AUX ARTS INDUSTRIELS, par M. J. GIRARDIN, membre correspondant de l'Institut, membre associé de l'Académie de médecine. *Sixième édition,* avec 1403 figures et 50 échantillons dans le texte, augmentée d'un *Supplément*. 5 vol. in-8°. — Paris, G. Masson.

Le succès persistant de ce bel ouvrage, où la médecine, mêlée si souvent à l'industrie, trouve à moissonner beaucoup plus qu'on ne se l'imagine tout d'abord, nous dispense de tout développement. Les cinq volumes de la sixième édition ont paru d'ailleurs depuis assez longtemps déjà; mais il nous faut signaler ce sixième volume, qui a pour titre spécial : *Supplément et additions*, et qui contient 225 pages. Le biologiste devra porter principalement son attention sur les leçons (car c'est encore une reproduction

de cours) relatives à la purification de l'acide carbonique servant à la fabrication des eaux gazeuses, aux miasmes de l'air, aux eaux de pluie, de source, de rivière, aux eaux minérales, au gaz d'éclairage, au bromure de camphre, à la recherche de l'aniline dans les liquides, aux céréales, au vin, à la bière, à l'eau-de-vie et aux esprits, aux œufs et à l'albumine, au lait, aux diverses espèces de viandes et aux conserves, à l'acide salicylique, à un grand nombre de matières colorantes (noir d'aniline, alizarine artificielle, couleurs sulfurées, etc.), à la gélatine, aux sels ammoniacaux, à l'industrie du phosphore, au bleu de Prusse, aux phénomènes chimiques de la végétation, au sang par rapport à sa composition et à son emploi dans l'alimentation, à la fermentation de la cellulose et à la production du gaz des marais, aux moyens de retarder et d'empêcher la putréfaction. Tous ces chapitres constituent des additions aux chapitres qui leur correspondent dans les cinq tomes de l'ouvrage, et auxquels il est renvoyé par une indication du tome et de la page.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — La science vient de perdre un savant distingué dans la personne de M. Schaeuffèle, docteur ès sciences physiques, ancien président de la Société de pharmacie, ancien membre de la commission du *Codex*. On lui doit des recherches consciencieuses sur le dosage de l'arsenic dans le zinc, sur quelques sulfates de la série du magnésium, sur la quinoïdine dans les quinquinas de la Nouvelle-Grenade, etc. Schaeuffèle était chevalier de la Légion d'honneur.

Les derniers adieux lui ont été adressés en excellents termes, au nom de la Société de pharmacie, par son président actuel, notre distingué collaborateur, M. Vigier.

Faculté de médecine de Paris. — Par décision de M. le doyen en date du 27 de ce mois, les étudiants inscrits pour subir leurs examens seront placés en série d'après l'ordre de leur inscription. Ceux d'entre eux qui demanderaient, pour des motifs quelconques, que le jour de leur examen fût avancé ou reculé, devront s'adresser au doyen de la Faculté.

— MM. les étudiants de première année qui passeront avec succès leur premier examen de doctorat dans le présent mois de juillet ou dans celui d'août, sont invités à se faire inscrire avant les vacances au bureau du chef du matériel, à l'Ecole pratique, de midi à quatre heures, afin qu'ils puissent être appelés, dès la rentrée, à faire partie du premier cours d'ostéologie, qui commencera dans la seconde quinzaine du mois d'octobre.

— MM. les élèves qui désirent soutenir leur thèse de doctorat sont désormais priés d'accomplir au préalable les formalités suivantes :

1° Dépôt, au secrétariat de la Faculté, du manuscrit de la thèse, complété par les questions, et revêtu de la signature du président choisi par le candidat;

2° Remise, au secrétariat de la Faculté, de l'engagement de l'imprimeur chargé de l'impression de la thèse. Cet engagement doit contenir : 1° le nom du candidat de la thèse; 2° la date à laquelle l'imprimeur s'engage à livrer les exemplaires imprimés. Le candidat complètera cet engagement par une note renfermant : 1° le nom du président de la thèse; 2° l'indication du sujet de la thèse; 3° le numéro de la quittance à souche constatant le versement du droit de consignation. Le secrétaire de la Faculté fera connaître au candidat le numéro d'ordre de sa thèse;

3° Avant le tirage définitif de la thèse, envoi, au secrétaire de la Faculté, du premier feuillet imprimé, destiné à recevoir, au recto, le titre de la thèse, et, au verso, la liste des professeurs et agrégés. Ce feuillet serait immédiatement renvoyé à l'imprimeur, s'il y avait lieu de le compléter ou de le modifier;

4° Quatre jours avant la soutenance, dépôt de 135 *exemplaires* de la thèse à la Faculté.

Les candidats qui n'auraient pas rempli ces conditions seront rayés du tableau des actes.

Concours. — Par arrêté en date du 3 juillet 1882, la date des concours pour les bourses de docteur en médecine et de pharmacien de première classe, fixée au 10 juillet par l'arrêté du 19 juin 1882, est reportée au 20 juillet.

Légion d'honneur. — Ont été nommés :

Au grade de chevalier : MM. Aubry (Alexandre-François), médecin en chef de l'hospice civil de Blois; Duriau (Frédéric-François), médecin de la Santé à Dunkerque (Nord).

Vaccination en Belgique. — L'Etat belge possédait déjà un établissement ayant pour but le renouvellement du vaccin au moyen de la vaccination animale. Mais cette institution, tout en rendant de nombreux services, ne pouvait satisfaire à toutes les demandes qui lui étaient adressées, et ne livrait d'ailleurs la matière vaccinale que contre le payement du prix de revient. Un arrêté royal du 15 février vient de réorganiser cet office vaccinogène central en ordonnant son installation dans un local annexe de l'Ecole de médecine vétérinaire. Le nouveau service devra être en mesure de faire parvenir en tout temps, et à titre gratuit, du vaccin animal aux commissions médicales provinciales et locales, et en général à toutes les administrations, ainsi qu'aux praticiens belges et aux particuliers qui en feraient la demande. Un vétérinaire sera chargé de diriger le travail de l'inoculation sur les génisses et de la culture du vaccin. Il ne devra livrer la matière vaccinale au public qu'après s'être assuré que les animaux sur lesquels elle aura été récoltée étaient indemnes de toute maladie contagieuse.

Mortalité a Paris (27e semaine, du vendredi 30 juin au jeudi 6 juillet 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1041, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 35. — Variole, 22. — Rougeole, 28. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 46. — Dysentérie, 3. — Erysipèle, 12. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 49.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 180. — Autres tuberculoses, 15. — Autres affections générales, 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 34. — Bronchite aiguë, 25. — Pneumonie, 64. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 60; au sein et mixte, 35; inconnu, 7. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 100; de l'appareil circulatoire, 58; de l'appareil respiratoire, 61; de l'appareil digestif, 44; de l'appareil génito-urinaire, 16; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 47. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 27e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1119 naissances et 1041 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1105, 1008, 1101, 960. Le chiffre de 1041 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc légèrement inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir : une atténuation pour la fièvre typhoïde (35 décès au lieu de 50 pendant la 26e semaine) et pour l'infection puerpérale (3 décès au lieu de 4); une aggravation pour la variole (22 décès au lieu de 8), la rougeole (28 au lieu de 22), la diphthérie (46 au lieu de 42), l'érysipèle (12 au lieu de 5). Les décès par scarlatine ont atteint le même chiffre (6) que durant la 26e semaine.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Persistance de l'hymen n'ayant pas empêché la conception, par M. le docteur Paul Fabre. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 50 c.

Coexistence de la scarlatine et de la vaccine chez un même sujet, par M. le docteur Fabre. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 50 c.

Maladie cérébro-gastrique, par M. le docteur Leven. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 50 c.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 20 juillet 1882.

DE LA PATHOGÉNIE DE L'ALBUMINURIE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

De la pathogénie de l'albuminurie.

La place prépondérante que la pathologie rénale occupe dans ces articles consacrés aux sujets d'actualité s'explique par l'incontestable prédilection de nos contemporains pour les questions afférentes à la fonction uropoiétique, envisagée à l'état normal ou pathologique. D'ailleurs, la tendance, de plus en plus visible, des esprits vers les doctrines humorales justifie l'intérêt qu'apportent les médecins à l'étude des altérations fonctionnelles ou organiques de la glande qui tient en quelque sorte sous sa dépendance le processus excrémentitiel.

De là des recherches multipliées sur le mécanisme de l'excrétion urinaire dans les conditions physiologiques et sur la pathogénie des diverses modifications qu'elle présente à l'état morbide. Or, l'albuminurie n'est pas seulement le phénomène dominant de la sémiologie rénale ; elle joue encore un rôle capital dans le complexus symptomatique des affections aiguës, des maladies *totius substantiæ*, infectieuses ou non. En déterminer la pathogénie d'une manière précise, ce serait donc rendre un signalé service à la fois à la clinique et à la pathologie générale. C'est ce qu'ont sans doute compris les nombreux expérimentateurs qui, dans ces dernières années, ont fait appel, dans ce but, aux diverses méthodes d'observation. Tant s'en faut que cette question soit dès à présent élucidée ; mais cette enquête n'en a pas moins déblayé le terrain de conceptions à jamais condamnées et fourni quelques éléments d'une solution définitive.

Il est donc utile d'établir ici le bilan de nos connaissances à cet égard, tâche qui devient relativement facile en prenant comme guide le remarquable exposé du professeur Charcot (*Leçons sur les conditions pathogéniques de l'albuminurie.* Paris, 1881), auquel nous devrons ajouter certains documents de date plus récente encore.

I

Et d'abord cette expression, *pathogénie* de l'albuminurie, est-elle absolument de mise, aujourd'hui qu'on incline à ne plus voir un fait exclusivement pathologique dans la transsudation de l'albumine à travers l'appareil d'excrétion? Faut-il parfois considérer ce phénomène comme une simple anomalie compatible avec un état de santé au moins apparent, ou même, quand il existe à un très léger degré, comme un fait physiologique? Telle est la question qui, soulevée en termes vagues par Vogel, a suscité dans ces dernières années de nombreuses recherches en Angleterre et en Allemagne. Un important mémoire de Senator, paru tout récemment (*L'albuminurie à l'état de santé ou de maladie.* Berlin, 1882) va sans doute contribuer à la mettre définitivement à l'ordre du jour.

Tout en ne connaissant encore ce travail que par l'analyse qu'en vient de donner M. le professeur Lépine, dans une intéressante revue (*Revue de médecine*, 1882, n° 6) et par le compte rendu du *Centralblatt* (24 juin 1882), nous sommes en mesure d'en indiquer les conclusions principales. Comme le dit M. Lépine, on doit dès maintenant admettre que bon nombre de sujets, surtout des sujets jeunes et débiles, peuvent émettre pendant des mois ou des années une urine albumineuse, sans présenter d'ailleurs une altération appréciable de la santé. « Cette notion, dont la connaissance est importante au médecin, est fondée sur un nombre de faits suffisant pour que son exactitude soit parfaitement établie. »

Cependant ces observations d'*albuminurie latente* qui, aujourd'hui l'éveil donné, nous arrivent de tous côtés, sont loin d'être toutes également concluantes. Il faut d'abord éliminer les cas où, dans les antécédents des albuminuriques, on trouve, soit des affections rénales réputées guéries soit des maladies infectieuses, à prédilection rénale, comme la scarlatine. L'incendie, en apparence éteint, couve sous les cendres pour se rallumer peut-être un jour.

D'un autre côté, la dénomination d'albuminurie latente ne s'applique guère aux faits concernant des individus, des enfants surtout, qui, pour ne pas présenter un type morbide bien défini, n'en étaient pas moins fort souffrants ou profondément anémiés. Il en est ainsi des observations publiées par Gull, Dukes, Moxon. Qu'en conclure sinon que l'albuminurie peut, à l'exclusion de tout autre signe morbide d'origine ré-

nale, en dehors de toute lésion appréciable du rein, se produire dans un certain nombre d'états pathologiques mal déterminés, sinon aussi que l'analyse des urines s'impose au médecin, alors même qu'il n'existe aucun indice d'une altération, fonctionnelle ou organique, de l'appareil uropoiétique?

Dans une seconde catégorie de faits se placent les observations déjà nombreuses d'individus absolument sains, chez qui l'albuminurie se produit à la suite de fatigues, d'efforts musculaires (Marcacci), d'émotions (Fürbringer). Dans ces cas, qui confinent à l'état pathologique, la transsudation de l'albumine peut être attribuée soit à des modifications rapides de la constitution du sang, soit à des perturbations passagères de la circulation rénale, d'origine nerveuse (Bamberger, *Wien. med. Woch.*, 1881, n° 6 et 7). Il semblerait, au premier abord, qu'à l'appui de l'hypothèse qui rapporte cette albuminurie transitoire à un trouble vaso-moteur, on puisse invoquer les faits bien connus d'albuminurie consécutive aux attaques convulsives, en particulier épileptiques. Mais cette albuminurie post-épileptique existe-t-elle en réalité? Il est permis d'en douter à la lecture du mémoire de Kleugden (*Arch. f. Psych.*, XI). D'après lui, l'attaque convulsive ne serait que l'occasion de la recherche et de la découverte de l'albumine dans les urines; elle y existe avant aussi bien qu'après les attaques. L'albuminurie ne saurait être rapportée à l'épilepsie, puisque chez près de la moitié des infirmiers de son asile, en apparence bien portants, il a également trouvé des quantités très appréciables d'albumine dans les urines; il affirme même qu'elle put être décelée chez tous, lorsque leurs urines étaient suffisamment concentrées.

Kleugden en conclut que toute urine dont la densité est élevée peut présenter des traces d'albumine; l'albuminurie serait donc un fait physiologique. Senator semble incliner dans ce sens, mais sans se prononcer d'une manière absolue.

Ce point réservé, il établit qu'une albuminurie bien caractérisée, où la proportion d'albumine s'élève à 1 pour 1000 environ, n'est nullement incompatible avec la santé. Du reste il ne s'agit pas ici, semble-t-il, d'un phénomène permanent; chez presque tous les individus en observation, cette albuminurie latente présente le type périodique ou plutôt intermittent. Apparaissant à certains moments de la journée, soit le matin, soit après les repas, elle disparaît ensuite spontanément. Ainsi vont les choses, sans que la santé s'altère, sans que la thérapeutique, le régime lacté en particulier, puisse ramener les urines à la norme.

Quel est le mécanisme de l'albuminurie latente? Invoquer un état dyscrasique n'est guère possible en raison de l'intégrité de la santé; pour le même motif l'hypothèse d'une lésion rénale n'est pas soutenable. L'attribuer à un ralentissement très marqué de la circulation (Bamberger), ou à une perméabilité anormale originelle de la membrane glomérulaire (Leube, Fürbringer), c'est chercher à masquer notre ignorance par une hypothèse qui n'est pas susceptible de démonstration. Peut-être un jour, en étudiant de plus près les conditions de production de cette albuminurie latente, recueillera-t-on des indications utiles pour l'étude pathogénique de l'albuminurie nettement pathologique, dont cette digression ne doit pas davantage nous détourner.

II

Trois théories, nul ne l'ignore, ont été mises en avant pour expliquer le passage de l'albumine dans les urines; toutes trois trouvent encore des défenseurs et renferment sans doute une part de vérité.

L'albuminurie est toujours le symptôme d'une lésion plus ou moins prononcée de l'épithélium des canaliculi: *théorie anatomique*. Elle provient d'un trouble de la circulation rénale: *théorie mécanique*. Elle est la conséquence directe d'une altération du sang: *théorie dyscrasique*.

La théorie anatomique, dont M. Lecorché s'est fait l'organe dans son traité classique des malades des reins, n'est plus guère défendable dans la forme absolue qu'il lui a donnée. Sans parler de l'albuminurie latente, « comment peut-elle expliquer les faits d'albuminurie transitoire et cependant morbide qui ne s'accordent guère avec l'idée d'une lésion matérielle persistante? » (Charcot.)

Dans les cas même où il existe des lésions épithéliales, on n'est nullement fondé à leur rapporter l'albuminurie. L'expérimentation physiologique a en effet montré que les canaux collecteurs et même les canaux contournés ne jouent qu'un rôle tout à fait secondaire dans la transsudation des matières albuminoïdes, que celles-ci filtrent exclusivement à travers le glomérule. Qu'on produise artificiellement l'albuminurie par la ligature temporaire de l'artère rénale, ou qu'on étudie certaines néphrites à leur début (Ribbert, Cornil), c'est toujours dans la capsule du glomérule qu'on voit se déposer en premier lieu l'exsudat albumineux. La lésion organique ne saurait donc rendre compte de l'albuminurie, quand elle est limitée aux canaux droits ou aux canaux contournés, comme dans maintes soi-disant néphrites catarrhales. Reste la glomérulo-néphrite, si étudiée dans ces derniers temps. Ici la doctrine anatomique semble reprendre ses droits; on conçoit en effet qu'à la suite d'une irritation de la membrane glomérulaire, due par exemple à une substance comme la cantharide, ou à un agent parasitaire comme dans les maladies infectieuses, la structure et le fonctionnement de l'appareil glomérulaire soient modifiés; d'où le libre passage de l'albumine du sang dans le liquide urinaire. Mais, comme nous le verrons, dans bien des cas le traumatisme rénal et les lésions qui en résultent ne constituent que le second acte du processus morbide; le premier consiste dans une altération des éléments albuminoïdes du sang qui jouent le rôle de corps étrangers pour irriter le revêtement épithélial du glomérule. Dès lors le domaine de la théorie anatomique est fort restreint, d'autant plus que dans les maladies infectieuses, ainsi que nous l'avons montré dans un précédent article (*Des néphrites infectieuses.— Gaz. hebd.*, 1882), l'albuminurie reconnaît souvent une origine dyscrasique.

La théorie mécanique, particulièrement populaire en Allemagne, repose sur des assises plus solides, à la condition toutefois qu'on la modifie d'après les indications nouvelles fournies par les travaux physiologiques récents. Il semble, en effet, comme l'établit M. Charcot par des considérations que nous ne pouvons ici reproduire, il semble qu'il faut abandonner la conception ancienne, qui rapportait l'albuminurie à une augmentation de pression dans la circulation glomérulaire. Des expériences classiques de Goll et Stockvis, il résulte que l'excès de pression dans les vaisseaux du rein ne suffit pas pour produire l'albuminurie; celles, fort probantes, d'Overbeck et de Rüneberg démontrent que l'abaissement de la pression est une condition plus favorable à la transsudation de l'albumine.

Mais il faut surtout faire intervenir un autre facteur, dont l'importance est prépondérante: le ralentissement du cours du sang. Posner et Litten, Bamberger insistent sur ce point.

Voici, du reste, les conclusions très explicites de M. Charcot: « Dans tous ces cas de troubles de la circulation générale ou locale qui déterminent l'albuminurie, ce n'est, je le répète, ni l'augmentation ni la diminution de la pression sanguine intra-glomérulaire qu'il faut incriminer, c'est le ralentissement du courant sanguin, et partant le séjour prolongé d'un sang peu oxygéné dans les capillaires rénaux. » Ainsi, à côté d'une perturbation purement mécanique de la circulation, on doit faire appel à un autre élément, l'anoxhémie des cellules épithéliales du glomérule. Sous cette forme, la théorie mécanique rend facilement compte de l'albuminurie dans divers états morbides, tels que les affections cardiaques, la cyanose cholérique, et même le processus fébrile. Mais, en ce qui concerne le mal de Bright vrai, la théorie dyscrasique n'est-elle pas plus satisfaisante? C'est ce qu'il importe de rechercher, en nous appuyant sur les travaux de Semmola.

III

La théorie dyscrasique a eu pour parrains les cliniciens les plus éminents, les Bright, les Graves, les Gubler; malheureusement leurs conceptions, d'origine exclusivement théorique, ne reposaient sur aucune preuve directe. Ainsi aucun fait probant n'est venu justifier celle de Gubler, d'après laquelle « l'excès de l'albumine du sang, relativement aux globules et relativement aux dépenses de l'économie en matières protéiques, est la cause déterminante, habituelle de l'albuminurie ».

Aussi fut-elle généralement abandonnée pour la doctrine qui invoque une modification non quantitative, mais qualitative des matières albuminoïdes du sang : théorie de Semmola que M. Jaccoud a formulée en ces termes dans sa thèse de 1860 : « L'albuminurie reconnaît pour cause une déviation du type normal des mouvements nutritifs; cette déviation consiste en une perturbation passagère ou durable dans les phénomènes d'assimilation ou de désassimilation des matières albuminoïdes. » L'albumine altérée, modifiée dans sa composition chimique ou moléculaire, joue dans l'organisme le rôle d'un corps étranger qui, n'étant pas assimilable, doit être éliminé.

Evidemment, pour que cette théorie, particulièrement applicable à l'albuminurie du mal de Bright, pût être définitivement acceptée, il fallait que l'existence de ces altérations des albumines du sang, chez les brightiques, fût mise hors de doute. C'est sur ce terrain qu'a eu lieu la lutte, avec des vicissitudes diverses, dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer ici. Jusque dans ces derniers temps elle semblait tourner en faveur des adversaires de la doctrine de Semmola, grâce aux recherches de Stockvis. Cet éminent observateur s'était cru en droit d'affirmer que, chez les albuminuriques, l'albumine du sang n'est nullement modifiée au point de vue chimique, et que, d'autre part, le principe coagulable des urines ne diffère point de la sérine du sang normal.

Mais ces conclusions ont été, dans ces derniers temps, infirmées par de nombreuses recherches. Ainsi on a maintes fois signalé la présence dans les urines d'albumines anormales, différant des principes albuminoïdes du sang. De plus, M. Lépine a fait voir que l'albumine urinaire offre, au moment de la digestion, des caractères spéciaux (diffusion plus rapide, peptonisation plus prompte). Dans le même sens plaident évidemment les travaux du professeur Bouchard sur les diverses variétés d'albuminurie, travaux dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs (1° *De l'albuminurie dans la fièvre typhoïde*, 1881, p. 325; 2° *Des néphrites infectieuses* 1882, p. 21).

Enfin, dans ses communications les plus récentes (Congrès d'Amsterdam, 1879, *Arch. de phys.*, 1882, n° 1), Semmola vient d'apporter à l'appui de la doctrine dyscrasique, en ce qui concerne le mal de Bright, des faits nouveaux fort intéressants. Pour démontrer que cette altération des principes albuminoïdes du sang n'est pas une chose imaginaire, il étudie leur degré de diffusibilité dans le sérum, et constate que chez les brightiques seuls ils diffusent plus ou moins complètement, selon le degré de gravité de la maladie.

En outre, partant de ce point de vue que ces matières albuminoïdes impropres à l'assimilation doivent être rejetées au dehors, il cherche et trouve l'albumine dans diverses sécrétions non albumineuses d'ordinaire : la bile, la sueur, la salive. D'où la conclusion que, dans le mal de Bright, l'albumine du sang joue le rôle d'une substance excrémentitielle, et que, si elle transsude surtout à travers les reins, cela tient à ce qu'ils sont les organes dépurateurs par excellence.

Dès lors, le processus morbide de Bright doit être interprété de la manière suivante : altération primordiale des matières albuminoïdes du sang, grâce à laquelle elles s'éliminent à travers diverses voies d'excrétion, notamment les reins; trouble consécutif de la fonction glomérulaire, et enfin altérations organiques du parenchyme rénal, qui sont la conséquence et non la cause de l'albuminurie.

Il nous reste, comme conclusion de cette rapide étude, à faire la part de chaque théorie dans la pathogénie de l'albuminurie : 1° Restent seuls imputables à une lésion organique primitive du parenchyme rénal, ou mieux de l'appareil glomérulaire, les cas d'albuminurie où le sang charrie un principe irritant, comme la cantharide ou un micro-organisme infectieux, et encore peut-on se demander s'il n'existe pas une altération primordiale des globules sanguins. 2° Si les troubles de la circulation peuvent produire l'albuminurie, c'est par un mécanisme différent de celui admis jusqu'à ce jour; la transsudation du principe coagulable est due surtout au ralentissement du cours du sang avec anoxhémie des cellules glomérulaires. 3° Le mal de Bright proprement dit n'est que l'expression symptomatique d'une altération chimico-moléculaire des albuminoïdes du sang, d'un état dyscrasique. Le diabète leucomurique, comme le disait Gubler, doit être mis à côté du diabète sucré, dans la classe, aujourd'hui si compréhensive, des maladies dues à une déviation des processus nutritifs.

L. Dreyfus-Brisac.

Contributions pharmaceutiques.

PILULES DE GOUDRON COMPOSÉES.

Pour faire suite au précédent article sur les préparations anticatarrhales, je donne aujourd'hui une formule excellente qui a été employée — avec succès, m'a-t-on dit, — pendant tout l'hiver dernier :

Goudron purifié..........	10 centigrammes.
Benjoin de Siam..........	10 —
Poudre de Dower........	15 —

F. s. a. pour une pilule. En faire prendre 3 par jour entre les repas.

Ces pilules contiennent le goudron en nature et non à l'état de combinaison, comme dans celles que l'on fait habituel-

lement. En mélangeant dans un mortier les trois substances que j'indique, on obtient immédiatement une masse pilulaire de bonne consistance. C'est pour satisfaire à un désir de M. le docteur N. Gueneau de Mussy que j'ai réalisé cette formule. Le goudron contient des acides acétique, phénique, phtalique, de la créosote, etc., qui sont dénaturés par la magnésie, qu'on est obligé d'y ajouter quand on veut le mettre en pilules. Cette difficulté de préparation a été une des causes du succès des capsules de goudron. La formule ci-dessus me semble à l'abri de toute critique. Je trouve même que les pilules qu'elle donne ont plusieurs avantages sur les capsules de goudron. Qu'on en juge d'ailleurs :

1° Les pharmaciens ne peuvent pas fabriquer les capsules de goudron; ils sont donc tributaires des grandes usines, par conséquent ils ne connaissent pas la qualité du goudron qui a été employée (et Dieu sait ce qu'on emploie), ni la composition de l'enduit gélatineux et gommeux qui forme la capsule. (J'ai trouvé un jour de la morphine dans cette enveloppe; les capsules en étaient d'autant plus actives, mais on l'ignorait !)

2° Dans les capsules, le goudron n'est pas divisé comme dans les pilules, ce qui est une infériorité marquée au point de vue de l'action sur l'estomac.

3° La poudre de Dower est un excipient bien approprié. Elle contient du sulfate et du nitrate de potasse, qui sont des sels neutres, et 1/10e environ d'ipécacuanha et d'extrait thébaïque, qui sont des produits actifs.

Ces raisons militent en faveur de la préparation, et j'ai le ferme espoir qu'elle ne tombera pas dans l'oubli.

Annonçons à ce propos que vers la fin de l'année courante, le nouveau *Codex* sera publié, et qu'on y trouvera la poudre de Dower avec 1/10e de poudre d'opium au lieu d'extrait thébaïque. La commission a préféré revenir à l'ancienne formule anglaise. La poudre de Dower sera alors moitié moins narcotique, puisque l'opium donne la moitié environ de son poids d'extrait aqueux.

Pierre VIGIER.

TRAVAUX ORIGINAUX

Anatomie pathologique.

SYPHILIS CÉRÉBRALE, extrait de leçons faites en 1880, à l'hôpital de la Pitié, par le docteur E. LANCEREAUX, et publiées par M. L. GAUTIER, interne des hôpitaux.

(Suite. — Voyez le numéro 35.)

OBS. II. — Le nommé C..., âgé de quarante-trois ans, charretier, ancien marin, était traité par mon collègue, le docteur B. Anger, dans le courant de l'été 1878, pour une gomme de la région sternale et des périostites situées de chaque côté du front.

Le 16 décembre, il rentrait dans le même service à la suite d'une attaque convulsive, et le lendemain il était pris de nouveau d'accès convulsifs ayant tous les caractères d'une attaque épileptique, et qui fut suivie d'aphasie.

Le 19 décembre, M. Anger fit passer ce malade dans notre service.

Le 20 décembre au matin, nous nous trouvons en présence d'un homme robuste, bien constitué, étendu sur le dos, paraissant comprendre ce qu'on lui demande, mais ne pouvant donner aucun renseignement. A toutes les questions qui lui sont posées il répond invariablement : *oui, c'est cela*. Il reconnaît, du moins après quelques instants, les objets qu'on lui présente, mais il ne peut les nommer, et souvent il manifeste, à ce propos, une certaine impatience.

A notre demande, il signe correctement son nom sans trop d'hésitation; puis, au lieu du mot hôpital, qui lui est dicté, il nous donne de nouveau son nom. Enfin, sans doute parce qu'il est fatigué, il lui devient impossible d'écrire une troisième fois son propre nom.

La paupière supérieure droite est abaissée. L'œil droit, légèrement saillant, est dirigé en dehors, et ne peut être ramené en dedans. La conjonctive est légèrement congestionnée. Il n'y a pas de paralysie de la face; mais il semble que les membres du côté droit soient un peu plus faibles que ceux du côté gauche. Il existe trois gommes sous-cutanées sur le tronc : une première de la grosseur d'une petite noix, mobile sous la peau, légèrement ramollie à son centre, occupe la ligne médiane du sternum au niveau de la troisième côte; une seconde moins volumineuse et moins mobile, est située dans la région temporale gauche; la troisième enfin siège au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche; elle est mobile sous la peau et de la grosseur d'une grosse noisette. Les organes thoraciques sont intacts; l'urine ne renferme ni albumine ni sucre (frictions mercurielles et potion avec 5 grammes d'iodure de potassium).

Dans la nuit du 24 au 25 décembre, à une heure du matin, Ch. pousse un cri, perd connaissance et tombe dans une nouvelle attaque convulsive. Tout d'abord il fait le moulinet avec son bras droit, comme s'il claquait d'un fouet. Ces mouvements durent quelques minutes, puis ses yeux se convulsionnent; il se met à ronfler, reste une demi-heure sans bouger. Survient un second accès semblable, puis un troisième, et enfin un quatrième, tous séparés par une demi-heure de calme, si bien que l'attaque totale, commencée à une heure du matin, ne finit qu'à cinq heures. A la visite, le malade est tranquille, il ne répond aux questions que par le mot *oui* ou par des sons inarticulés et incompréhensibles. Il existe sur la partie latérale droite de la langue la trace d'une morsure. (Même traitement.)

Le 27 décembre, après une nuit assez calme, le malade est pris le matin d'un délire d'action; il cherche à se lever, prononce à haute voix des mots sans suite, et paraît se livrer à une conversation avec des personnages imaginaires. (Même traitement, et de plus : lavement purgatif, glace sur la tête, vésicatoire à la nuque. — Le soir, l'agitation persistant, injection avec 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine.) L'agitation continue dans la nuit jusqu'à quatre heures du matin, et reprend au moment de la visite. Le malade cherche à se débarrasser de tout ce qu'il a sous la main; il a des ennemis invisibles. (Injection de 3 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Le soir, potion avec 6 grammes d'hydrate de chloral.) Aussitôt après avoir pris cette potion, il tombe dans un assoupissement profond qui dure jusqu'au matin.

Le 29, à la visite, le malade est calme, mais fatigué par l'excitation des jours précédents. Quelques mots lui reviennent à la mémoire; il peut dire : *j'ai froid, j'ai faim*. Dans la nuit du 2 janvier il a un nouvel accès de délire, se lève, s'habille, et s'en va jusqu'à la porte de l'hôpital, où il est arrêté par le concierge, qui l'a ramené à son lit. On lui fait prendre aussitôt une potion avec 5 grammes de chloral. Le matin il est calme, et depuis lors il n'a plus déliré.

A partir du 4 janvier notre patient fait des progrès sensibles; sa physionomie reprend peu à peu son expression; sa mémoire et sa parole reviennent chaque jour; il cherche à se faire comprendre, gesticule ou bégaie parce qu'il ne trouve pas les mots. Il s'efforce de raconter qu'il a fait le tour du monde, et comme chaque matin nous l'interrogions sur son grand voyage, il commença par nous donner la date des années où il eut lieu, puis le nom des stations. Tout d'abord il ne se souvenait pas du nom de son amiral, mais il put bientôt nous indiquer le numéro de la rue qu'il habitait, et enfin son nom. En somme, il résulta de notre observation que la mémoire des chiffres reparaissait toujours avant celle des noms propres.

L'amélioration continua ainsi jusqu'au mois de mars, où le malade quitta l'hôpital. A ce moment il parlait à peu près bien, il bégayait cependant encore un peu, cherchait parfois ses mots, et de temps en temps en laissait échapper quelques-uns. Il était parvenu à écrire après de nombreux efforts, mais de temps à autre il laissait échapper un mot au milieu d'une phrase.

Nous l'avons revu il y a trois semaines, et nous avons pu constater que sa guérison s'est maintenue depuis un an. Il saute toujours de temps en temps un mot en parlant ou une syllabe en écrivant. La paupière est entièrement relevée. La force est égale des deux côtés du corps et l'état général excellent.

Malgré l'absence de contrôle anatomique, le diagnostic, dans ce cas, n'est pas moins clair que dans la première ob-

servation, et les accidents présentés par ce dernier malade doivent être également rapportés à une méningite syphilitique.

La céphalée persistante du début, les attaques épileptiformes, l'absence d'hémiplégie manifeste, sont des signes qui nous font penser qu'ici la lésion siégeait encore dans les enveloppes. Nous verrons, en effet, par la suite, que l'artérite syphilitique donne lieu à une hémiplégie presque constante, à des accès convulsifs relativement rares, et ne provoque que des douleurs de tête peu vives au lieu de la céphalée intense, qui est un des caractères si habituels des lésions spécifiques des méninges.

Il était par contre plus difficile ici que dans notre premier cas de localiser d'une façon précise le siège de la lésion. L'existence d'une *aphasie* qui finit par guérir est l'indice d'une lésion qui agissait par compression sur la troisième circonvolution frontale gauche, et occupait, par conséquent, la partie postérieure de la fosse correspondante. D'un autre côté, la paralysie du moteur oculaire commun du côté droit, qui était isolé, et, pour ce fait, d'origine périphérique, conduit à admettre qu'il y avait une autre lésion à droite de la ligne médiane. Ainsi il est probable que ce dernier malade offrait au moins deux et peut-être plusieurs foyers de méningite syphilitique.

Ce fait présente un grand intérêt en ce qu'il montre que, dans des cas très graves, presque désespérés, un traitement spécifique bien dirigé peut avoir une efficacité véritablement merveilleuse.

Il importe, par conséquent, d'examiner avec le plus grand soin les personnes jeunes atteintes d'accidents cérébraux, et de ne pas oublier que ces accidents ont fréquemment une origine syphilitique. La constatation d'une cicatrice cutanée, celle d'une gomme, d'une exostose, d'une lésion testiculaire ou hépatique peut mettre sur la voie d'une indication thérapeutique qui permettra parfois de sauver la vie aux malades les plus désespérés.

A côté des deux faits qui précèdent, exemples remarquables de guérison, je placerai l'observation d'un malade que j'ai suivi pendant près de vingt ans, et chez lequel, malgré un traitement fort imparfait, il se produisit une amélioration très notable et une guérison presque complète, preuve que les lésions syphilitiques, même tertiaires, peuvent disparaître spontanément.

Obs. III. — *Syphilis, céphalée, attaques épileptiformes, aphasie ayant duré plus de vingt ans, et léger degré d'hémiplégie à droite; guérison partielle.* — En 1864, je fus appelé auprès du nommé B..., graveur, qui, après avoir souffert depuis quelque temps de maux de tête violents, avait eu pour la première fois, la veille, une attaque épileptiforme à la suite de laquelle il était demeuré complètement aphasique.

Cet homme, alors âgé de trente-quatre ans, ne pouvait donner aucun renseignement, étant dans l'impossibilité absolue d'écrire aussi bien que de parler. Il paraissait comprendre ce qu'on lui disait, mais ne parvenait à s'exprimer d'aucune façon, et présentait une légère parésie des membres du côté droit. Un examen minutieux ne permit de découvrir, ni sur la surface cutanée, ni dans les organes accessibles à l'exploration, aucune trace de lésion imputable à la vérole. Néanmoins, vu l'âge du malade, l'absence d'attaques épileptiques antérieures, et l'existence de signes indiquant une lésion en foyer, je fis prendre à cet homme de l'iodure de potassium; mais l'absence de tout renseignement m'arrêta, et ce médicament ne fut pas porté à une dose suffisante et continué aussi longtemps qu'il eût fallu.

Voici, en effet, ce que me raconta le malade, il y a quelques années, alors qu'il était parvenu à recouvrer peu à peu la mémoire des mots :

A l'âge de vingt ans, c'est-à-dire en 1850, il contracta un chancre induré, suivi de roséole et de mal de gorge. A vingt-trois ans il se maria; peu après le mariage, sa femme eut un mal de gorge et resta enrouée pendant un an et demi. La première année du mariage, elle fit une première fausse couche, à trois mois; la deuxième année, une seconde fausse couche, à six mois; la troisième année, une nouvelle fausse couche, à sept mois. Au bout de la quatrième année elle eut une fille qui naquit à terme, et mourut à l'âge de deux mois après avoir présenté une éruption à la face. La septième année de son mariage, elle accouche enfin d'une fille bien constituée, qui présente une éruption dès les premiers mois. Cette fille, aujourd'hui âgée de vingt-quatre ans, se porte bien et est mariée. Dans la onzième et la treizième année du mariage, la femme B... a encore eu deux enfants, qui sont morts l'un à deux jours, l'autre à deux mois. Ajoutons de suite que cette femme, bien portante depuis son éruption rubéolique, fut atteinte en 1876 d'une hémiplégie du côté gauche, et l'année suivante d'une hémorrhagie méningée suivie de mort et consécutive à un anévrysme manifestement syphilitique de l'artère de Sylvius. Nous retrouverons plus loin son histoire. Remarquons que la syphilis s'est manifestée chez ces deux malades du côté du cerveau, sans avoir déterminé aucune autre lésion depuis la disparition des accidents secondaires, c'est-à-dire depuis près de quatorze ans pour l'homme, et depuis plus de vingt ans pour la femme.

A l'époque du début des accidents cérébraux survenus chez B..., la question si intéressante de l'aphasie était à l'ordre du jour. Trousseau s'en occupait particulièrement; je lui présentai ce malade, et dans sa clinique il rendit compte de son état à ce point de vue (Trousseau, *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1re édit., t. II, p. 708). Il fut d'avis d'ailleurs de continuer le traitement ioduré sans se prononcer d'une façon positive sur le diagnostic.

Dans les années qui suivirent, l'état de B... resta à peu près stationnaire. Les attaques convulsives se reproduisirent de temps à autre, et l'aphasie persista presque sans modifications. A partir de 1868 les attaques de grand mal disparaissent, mais il reste des vertiges. A cette époque, le malade parvient à signer son nom, sans toutefois pouvoir épeler les lettres qui le composent. Il se rappelle les faits antérieurs à sa première attaque, mais il n'a pas la mémoire des événements récents. Il peut lire plusieurs phrases de suite, seulement il perd au fur et à mesure le souvenir de ce qu'il lit. Il conserve un léger degré d'affaiblissement des membres du côté droit, qui sont le siège d'une sensation d'engourdissement, quelquefois même de tremblement.

En 1870, progrès peu marqués; cependant le malade peut mieux parler : il demande à l'aide de périphrases les objets usuels dont il a besoin. Il entre alors à la Compagnie du gaz, où on l'occupe à un travail manuel peu fatigant : il balaye les ateliers.

En 1871, sa femme achète un petit hôtel meublé, et l'occupe à cirer les chaussures. A ce moment il ne peut encore que signer son nom; il est incapable d'écrire sous dictée.

De 1871 à 1876 l'amélioration est lente, mais continue; au point de vue de la parole, le malade parvient à se faire comprendre. Dans le courant de novembre 1877, après avoir éprouvé des vertiges pendant plusieurs jours, il perdit brusquement connaissance, tomba et revint à lui au bout d'un quart d'heure; mais il ne pouvait marcher, bien qu'il ne fût pas atteint d'hémiplégie. Quinze jours plus tard il entra dans notre service à l'hôpital Saint-Antoine.

Indépendamment de l'aphasie, qui persistait en partie, ce malade présentait un symptôme nouveau, qui était une tendance excessive, lorsqu'il était debout et qu'il essayait de marcher, à tomber du côté droit; aussi ne pouvait-il marcher sans avoir un appui solide, auquel il se cramponnait. Sans cela, la tête se renversait à droite et le reste du corps la suivait. Les mouvements de la jambe droite ne paraissent pas coordonnés; ce membre, projeté en avant comme celui d'un ataxique, pouvait dévier à droite ou à gauche. Il ne percevait pas exactement les sensations de froid et de résistance. Le bras droit était, comme la jambe, engourdi, et ses mouvements étaient moins précis que ceux du bras gauche. Il existait par moments de la diplopie. (Potion avec 2 grammes d'iodure de potassium, et quelques jours plus tard avec 4 grammes de la même substance.)

Dans le courant des mois de janvier et février 1878, ce malade eut à plusieurs reprises des pertes de connaissance de quelques minutes, accompagnées de chutes se faisant toujours à droite; et précédées par une sensation d'entraînement vers ce côté. Peu à peu ces attaques s'espacèrent et disparurent. Au mois de mai, B... pouvait marcher seul; il ne conservait qu'un léger affaiblissement du côté droit. A ce moment il obtint son placement à l'hospice d'Ivry, où il est encore, et d'où il vient nous voir tous les deux ou trois mois. Voici ce que nous avons constaté dans une de ces visites, au point de vue du langage et des facultés intellectuelles. B... est parvenu à prononcer de courtes phrases, de façon à pouvoir se faire comprendre. Il nous dit qu'il peut venir tout seul à Paris, qu'il va au café-concert, et que la musique l'impres-

sionne très fortement. Il parvient à écrire devant nous une courte phrase qu'il compose lui-même : « Je suis content; » mais il ne peut tracer le mot « grâce », bien qu'il sache très bien ce qu'il signifie.

Les phénomènes paralytiques du côté droit ont presque complètement disparu, il ne reste qu'une chute légère de la paupière supérieure. La main droite est toujours plus pâle que la gauche. La puissance génésique, jusqu'alors affaiblie, revient quelque peu. Il existe encore des étourdissements, mais il n'y a plus de pertes de connaissance ni d'attaques convulsives (1).

De l'étude des trois faits précédents ressort nettement le tableau symptomatique de la méningite syphilitique; il me paraît donc inutile d'en donner dès maintenant d'autres exemples, d'autant plus qu'à propos de l'anatomie pathologique de nouveaux faits seront rapportés.

Le symptôme qui apparaît en premier lieu est la douleur de tête. Cette douleur, au rapport des malades, a tous les caractères de celle qui accompagne la périostite ou l'ostéite syphilitique : aussi doit-on supposer qu'elle indique à peu près sûrement l'existence d'une lésion de la dure-mère. Continue, elle présente cependant une exacerbation nocturne qui prive plus ou moins complètement les malades de sommeil. C'est une sensation de broiement, de déchirure atroce s'accompagnant de crises lancinantes qui arrachent parfois des cris au malade (obs. I).

Le siège de cette céphalée est tantôt le front, tantôt le vertex, tantôt l'occiput; on peut dire d'une façon générale que la localisation de ce symptôme est en rapport avec celle de la lésion; à cette douleur s'ajoutent parfois des sensations subjectives spéciales; il semble au malade qu'un corps étranger roule, et se déplace brusquement dans son crâne. La céphalée peut être pendant assez longtemps le seul signe de la méningite gommeuse; mais quelquefois cette méningite se manifeste brusquement par des accidents cérébraux, qui sont d'emblée très graves; aussi le médecin doit-il agir vite.

Les autres phénomènes de la méningite syphilitique ressemblent à ceux que déterminent les néoplasmes intracrâniens. Ils résultent de la compression ou de l'excitation de voisinage des parties de l'encéphale ou des troncs nerveux qui se trouvent en rapport avec la méninge altérée; aussi sont-ils de deux ordres : les uns convulsifs, les autres paralytiques ou mentaux.

Les *convulsions* sont le plus souvent partielles, localisées à un bras, à une jambe ou aux deux membres d'un même côté, accompagnées de perte de connaissance; elles sont rarement généralisées, et semblables à l'attaque du grand mal épileptique. Ces convulsions sont presque toujours suivies d'une période de coma avec respiration stertoreuse; elles peuvent être subintrantes, donner lieu à un véritable état de mal, se succéder pendant des douze et quinze heures, dans quel cas elles se terminent fréquemment par la mort.

Notre première malade n'eut jamais de convulsions; mais chez elle la lésion paraissait avoir son siège à la base, tout près de la ligne médiane, dans une région où il n'y a pas de centres moteurs. Deux autres malades dont nous parlerons bientôt, et chez lesquels existaient des plaques de méningite circonscrite à la partie antérieure des lobes frontaux, ne présentèrent également aucun phénomène convulsif. Par conséquent, il est rationnel d'admettre que ce phénomène générateur associé à l'aphasie est en rapport avec une altération qui a son siège à la région moyenne du crâne, au niveau de la zone excito-motrice, sans qu'il soit possible de déterminer sa localisation d'une façon plus exacte.

Les nerfs de la base de l'encéphale sont particulièrement exposés dans la méningite syphilitique; c'est ainsi que dans nos trois cas, le nerf moteur oculaire commun était affecté. La paralysie syphilitique de ce nerf est, en effet, fréquente, tant à cause de son long trajet intracrânien que du siège de prédilection de la syphilis pour la région sphénoïdale.

Le fonctionnement des autres nerfs crâniens est de même assez souvent compromis. Leurs paralysies plus ou moins complètes revêtent, en général, le type des paralysies d'origine périphérique.

Le pronostic de ces paralysies est très variable, comme on peut le voir par les faits qui précèdent. Notre second malade a récupéré entièrement la fonction de sa troisième paire, tandis que la femme de notre première observation conservera probablement toujours du ptosis et un certain degré de strabisme. Il est évident que, si les fonctions d'un nerf comprimé ou excité à distance peuvent se rétablir, il ne doit pas en être de même de celui qui a été compris dans un exsudat et plus ou moins désorganisé, car, quel que soit le traitement employé, il ne pourra être restauré qu'à l'état de cicatrice.

L'*hémiplégie* était très incomplète chez nos malades; il n'existait dans les trois cas qu'un léger affaiblissement d'un des côtés du corps. C'est là une règle presque absolue. Nous verrons, à propos de la syphilis des artères cérébrales et des lésions spécifiques intra-cérébrales, qu'il est important pour le diagnostic de tenir compte de ce caractère, comme aussi du début et de l'évolution de l'hémiplégie.

L'*état mental* est généralement affecté dans la méningite syphilitique, du moins lorsque les lobes frontaux prennent part à l'altération, et le plus souvent il existe un certain degré de parésie ou même de torpeur intellectuelle qui peut aller jusqu'à la démence. Notre première malade touchait à cet état au moment de son entrée. La mémoire est une des facultés les plus rapidement et les plus profondément atteintes, ce qui rend parfois très difficile la connaissance des antécédents du malade.

L'*aphasie* est, comme la paralysie des nerfs crâniens, un phénomène relativement commun, susceptible de disparaître totalement ou de persister indéfiniment, suivant qu'il y a simple compression ou destruction de la substance nerveuse de la troisième circonvolution frontale. Le plus souvent associée à une hémiparésie des membres du côté droit, elle constitue un signe qui permet de déterminer d'une façon précise le siège de l'altération. Nous savons qu'elle existait chez deux de nos malades : chez l'un, elle a presque complètement disparu, chez l'autre la parole ne s'est jamais que très partiellement rétablie.

Tels sont les principaux phénomènes observés dans les cas qui viennent d'être rapportés. Ajoutons que ces symptômes étaient accompagnés une fois de cicatrices cutanées caractéristiques, une autre fois de désordres hépatiques, et nous aurons donné le tableau clinique de la méningite syphilitique; ajoutons que cette affection se présente avec des caractères anatomiques peu variables, comme on en peut juger par les faits qui suivent :

OBS. IV. *Gomme syphilitique de la dure-mère et soudure aux parties voisines (région frontale droite); cicatrices et déformation du foie; adénites des ganglions lombaires et prévertébraux.* — La nommée T..., journalière, âgée de quarante-quatre ans, est une femme forte qui a eu autrefois une fausse couche et a perdu deux enfants en bas âge. A côté de quelques accidents dont l'origine alcoolique est manifeste, cette femme se plaint d'éprouver, depuis deux mois et demi, dans la tête, de vives douleurs, qui, d'abord nocturnes, sont devenues ensuite continues. La pression est douloureuse en plusieurs points, au niveau de l'émergence des branches nerveuses de la face. Ces douleurs cèdent en partie à l'administration du chloral. Cinq jours après son entrée, la malade est prise d'une hémorrhagie assez abondante, se faisant au niveau d'une racine dentaire; elle perd à peu près un crachoir de sang, puis elle quitte l'hôpital. En juin 1872, elle entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de Tardieu, que je dirigeais comme suppléant; elle se plaint d'une céphalée nocturne atroce : aussi, malgré des dénégations absolues et l'absence de toute trace extérieure de syphilis, l'iodure de potassium fut administré à la

(1) Nous avons appris que B..., qui était sorti d'Ivry pour entrer à l'hospice de Saint-Mandé, est mort en février 1881. Après quelques étourdissements, il tomba dans le coma, et succomba au bout de vingt-quatre heures. L'autopsie n'a malheureusement pas été faite.

dose de 1gr,50. Ce traitement amena une amélioration rapide, et la malade sort le 28 juin.

Le 18 août, elle rentre en état d'ivresse dans le même service. Elle se plaint toujours vivement de la tête; ses nuits sont très agitées; elle parle en dormant et trouble le repos de ses voisines. Je constate l'existence de quelques cicatrices sur la langue. (Iodure de potassium, 3 grammes.)

Le 10 septembre, la malade se plaint d'une douleur très vive au niveau du genou gauche, et d'un léger œdème avec hyperesthésie cutanée au niveau du pied correspondant.

Le 12 septembre, persistance de l'hyperesthésie du pied. Le bras gauche est fléchi, légèrement contracturé, et douloureux si on vient à le mouvoir. Les pupilles sont contractées, la langue sèche, les dents fuligineuses. La malade, depuis hier dans un état de somnolence continuelle, laisse échapper les urines et les matières fécales. Lorsqu'on la stimule un peu fortement, elle finit par donner une réponse ou se plaindre, et on s'aperçoit qu'il existe un léger degré de paralysie faciale du côté gauche. La tête est renversée en arrière, le cou raide. La respiration est fréquente, la peau chaude; le pouls bat 104. (15 sangsues à l'anus; continuation de l'iodure de potassium.)

Du 14 au 16 septembre, même état. La jambe gauche est semi-fléchie et tuméfiée, douloureuse au point que les mouvements qu'on lui imprime font pousser des cris à la malade.

Le 15 septembre, épistaxis abondante; teinte ictérique généralisée, surtout marquée aux sclérotiques; cou raide; même état des membres; coma de plus en plus profond. La mort survient à onze heures du soir.

Autopsie. — L'os frontal se sépare difficilement de la dure-mère, qui, à droite, adhère intimement à la corne frontale dans toute la portion située en avant du bulbe olfactif. L'adhérence est constituée par une substance sèche, jaune, un peu molle, du volume d'un marron, située entre la dure-mère, qui en est le point de départ, et la pie-mère; cette substance pénètre jusque dans le tissu cérébral, qui est ramolli. Elle se trouve placée entre la deuxième et la troisième circonvolution frontale, qu'elle déprime et qu'elle a enflammées (fig. 1). Les parties voisines du lobe frontal sont

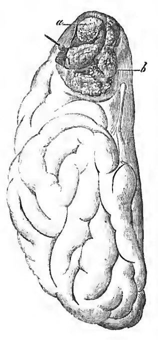


FIG. 1.

ramollies. Les ventricules cérébraux sont notablement dilatés. Le cervelet et les autres parties de l'encéphale ne présentent rien d'anormal. L'appareil circulatoire n'est pas lésé. Le foie offre à sa surface des dépressions fibreuses cicatricielles qui pénètrent jusque dans sa profondeur, le déforment et le rendent méconnaissable. La rate, augmentée de volume, mesure 18 centimètres de longueur. Les ganglions lombaires sont volumineux; les reins et l'utérus ne paraissent pas altérés. Le tube digestif et le pancréas sont sains.

Dans ce fait, la dure-mère, épaissie par une production gommeuse, est en même temps soudée aux méninges sous-jacentes et à la substance nerveuse, qui se trouve ramollie en un point circonscrit. L'observation suivante nous montre une altération peu différente, mais plus accusée et plus étendue :

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 10 JUILLET 1882. — PRÉSIDENCE DE M. BLANCHARD.

RECHERCHES SUR LES LOIS DE L'ACTIVITÉ DU CŒUR. Note de M. *Dastre*. — Le jeu du cœur est régi par deux lois que les physiologistes connaissent sous le nom de *loi de la variation périodique de l'excitabilité* (Marey) et de *loi de l'uniformité du travail ou du rhythme* (E. Cyon, Marey). L'auteur s'est proposé de faire l'analyse expérimentale de ces propriétés : de savoir, le cœur étant un organe complexe musculaire et nerveux, à laquelle de ces deux parties l'une et l'autre propriété devaient être attribuées, d'en chercher l'explication, et enfin d'en déduire les conditions ou causes du mouvement rhythmé. Il croit pouvoir établir que la première est un attribut, une manière d'être du muscle; que la seconde est un attribut de l'appareil nerveux.

I. M. Marey a montré que, dans le cours d'une révolution, le cœur (tortue, grenouille) passait périodiquement par deux états : pendant la contraction, il est réfractaire aux excitations, qui, appliquées un peu plus tard, pendant le relâchement, provoquent un battement nouveau, intercalé dans la série de ses battements rhythmiques. L'excitabilité varie périodiquement : très faible pendant que le cœur se contracte, elle croît régulièrement pendant tout le temps qu'il est relâché. Cette propriété avait été reconnue pour le cœur entier (nerfs et muscles). M. Dastre l'a recherchée dans le muscle seul (pointe de ventricule). Cette pointe est naturellement inerte : elle ne bat pas. Un artifice, l'emploi de courants d'induction fréquemment interrompus, la fait battre rhythmiquement. Au moyen de certains artifices d'expérience, on vérifie que le muscle cardiaque, comme le cœur entier, est réfractaire pendant la systole et excitable pendant la diastole. La loi d'inexcitabilité périodique est donc véritablement une loi musculaire. La loi de la variation périodique d'excitabilité, appliquée au muscle, permet d'expliquer légitimement, ainsi que M. Marey l'avait fait par avance, deux des propriétés spéciales du muscle cardiaque, à savoir : 1° d'exécuter des mouvements discontinus pour une excitation continue (Heidenhain, Ranvier, Dastre et Morat); 2° de réagir à des excitations rhythmées en prenant un rhythme de mouvement différent (Eckhardt, Bowditch, Dastre et Morat).

Quelles sont normalement les excitations continues ou intermittentes qui permettent au muscle cardiaque de traduire en fait son aptitude au mouvement rhythmique? La plus remarquable de ces excitations est celle de la pression. Une des expériences de l'auteur montre que les variations périodiques de la pression qui se produisent normalement dans le cours d'une révolution cardiaque sont précisément aptes à entretenir le rhythme des contractions. On conjugue deux cœurs isolés : par exemple, un cœur de tortue intact et un cœur de grenouille préparé à la façon de Bernstein; lorsque les tubes sont réunis, la pression engendrée par la contraction du premier se fait sentir périodiquement dans l'autre. La pointe du cœur de grenouille, tout à l'heure immobile, se met à battre avec le rhythme du cœur de tortue, tandis que la base avec les oreillettes conserve son rhythme propre. Les propriétés du muscle et les alternatives de la pression suffisent donc à entretenir les battements du cœur.

II. *Loi de l'uniformité du rhythme du cœur.* — M. Marey

a observé que, lorsque l'on trouble le rhythme normal du cœur (grenouille) en provoquant artificiellement une contraction nouvelle, *après chaque systole provoquée, il se produit un repos compensateur qui rétablit le rhythme du cœur un instant altéré*. M. Dastre étudie quelques-unes des circonstances de ce phénomène, et, en particulier, recherche s'il manifeste une propriété du muscle ou une propriété de l'appareil nerveux cardiaque. Voici les faits :

1° Lorsque l'on opère sur le cœur entier, les excitations efficaces ou inefficaces, qu'elles produisent un travail additionnel ou non, peuvent être suivies d'une pause manifeste. Ce repos est un phénomène indépendant du travail musculaire. 2° Lorsque, au contraire, l'on excite le muscle cardiaque seul, entretenu artificiellement en mouvement parfaitement régulier, ces excitations, efficaces ou non, ne sont point suivies de repos. Le repos compensateur est donc le fait de l'appareil nerveux intra-cardiaque. Celui-ci, outre sa fonction d'auxiliaire du système musculaire, présiderait à la régulation du travail du cœur.

ACNÉ INDURATA GÉNÉRALISÉ, CONTAGIEUX, AYANT POUR ORIGINE UN ACNÉ VARIOLIFORME OU VARIOLOÏDE. Note de M. *Ch. Brame*.

Conclusions. — 1° Non seulement l'acné varioliforme ou varioloïde est contagieux, mais il engendre un acné indurata, qui se transmet également par contagion à l'individu qui en est porteur ou à d'autres personnes. 2° L'acné indurata lui-même peut être contagieux originairement, et cela par la présence d'un mycoderme que je dénomme *Acné incurvata*. 3° Le traitement de l'acné varioloïde doit surtout consister en ponctions de chaque pustule, suivies d'un badigeonnage à l'iodure argentique, récemment préparé, avec addition préalable de cérat, additionné de coaltar, de glycérine et de craie, s'il y a des ulcérations. 4° Le traitement de l'acné indurata, contagieux ou non, doit consister en ponctions plus ou moins répétées de chaque pustule, suivies de l'application de l'iodure argentique, récemment préparé, et, lorsque les pustules commencent à s'effacer, de celle d'une solution dans l'alcool à 96 degrés de tannin iodé. On revient à l'iodure argentique, si la solution de tannin iodé produit une légère inflammation.

APPAREIL PERMETTANT D'ENREGISTRER SOUS FORME DE COURBE CONTINUE LE DÉGAGEMENT OU L'ABSORPTION DES GAZ, ET EN PARTICULIER CEUX QUI RÉSULTENT DES PHÉNOMÈNES DE FERMENTATION ET DE RESPIRATION. Note de M. *P. Regnard*. — Il peut être, dans certaines circonstances, intéressant de connaître l'intensité des phénomènes chimiques en fonctions du temps, d'étudier leur marche aux différentes phases d'une réaction. Plusieurs méthodes peuvent être employées dans ce but; mais, dans le cas particulier du dégagement ou de l'absorption des gaz, un appareil spécial a permis à l'auteur d'utiliser la méthode graphique, qui, seule, peut noter toutes les phases d'un phénomène sans l'interrompre ni le modifier. Cet appareil, trop compliqué pour être décrit ici, a permis d'enregistrer toute espèce de dégagement gazeux; il a servi à mesurer l'intensité d'un certain nombre de réactions de chimie minérale, à obtenir le graphique de la marche d'une pile décomposant l'eau, d'un accumulateur se déchargeant, le fonctionnement d'un dialyseur déplaçant une certaine quantité de gaz, etc., mais surtout à l'étude du dégagement d'acide carbonique dans les phénomènes de fermentation et de putréfaction, et à l'absorption d'oxygène dans la respiration des animaux.

SUR LA DURÉE DE LA PERCEPTION LUMINEUSE DANS LA VISION DIRECTE ET DANS LA VISION INDIRECTE. Note de M. *A. Charpentier*.

« J'ai cherché, après différents expérimentateurs, à déterminer le temps qui s'écoule entre l'apparition d'une lumière devant l'œil et la production d'un signal fait par le sujet dès qu'il a perçu cette lumière. Il y avait intérêt à rechercher si la durée de la perception était différente pour le centre et pour les parties excentriques de la rétine, si l'exercice pouvait modifier cette durée, et si cette modification se limiterait ou non à la partie exercée.

Pour ces expériences, l'œil, placé au centre d'un périmètre de Landolt, regardait le fond d'une grande boîte tapissée de noir. Dans ce fond était pratiqué, vis-à-vis de l'œil et au-devant d'une fenêtre bien éclairée, un trou de 1 centimètre carré environ, fermé habituellement par une plaque tapissée de noir; cette plaque, lourde et métallique, était retenue dans sa position par l'attraction d'un électro-aimant, mais sans arriver au contact immédiat de ce dernier, de telle sorte que, dès qu'une personne placée derrière la boîte interrompait le courant qui animait l'électro-aimant, la plaque obturatrice tombait immédiatement et découvrait la fenêtre placée devant l'œil en expérience. Un courant fourni par une machine Gramme de laboratoire, après avoir parcouru l'électro-aimant, actionnait un petit signal Deprez dont la plume laissait sa trace sur un cylindre enregistreur à régulateur Foucault. Ce signal accusait immédiatement l'interruption du courant, et, par suite, le moment précis de l'apparition de la lumière. C'est alors que le sujet en expérience, aussitôt après avoir perçu la lumière, rétablissait le courant dans le signal par une voie dérivée, en pressant sur un ressort à l'aide de l'index de la main droite; à ce moment précis, nouveau signe tracé sur le cylindre enregistreur. L'intervalle écoulé entre l'interruption et le rétablissement du courant, et mesuré par comparaison avec les vibrations d'un chronographe électrique de Marey, indiquait directement le temps qu'il avait fallu au sujet pour percevoir et signaler la lumière. J'appellerai simplement ce temps, pour abréger, durée de la perception lumineuse. »

Nous ne pouvons reproduire tous les résultats obtenus par l'auteur, mais en voici les principaux :

1° Pour une même personne et dans les mêmes conditions, la durée de la perception varie du simple au double, sans régularité apparente. 2° La durée de la perception directe varie suivant les individus. 3° La durée de la perception est sensiblement la même pour l'œil droit et pour l'œil gauche, quand ils sont sains. 4° La durée de la perception lumineuse est notablement augmentée par une autre occupation cérébrale imposée au sujet pendant l'expérience. 5° La durée de la perception lumineuse est toujours plus considérable dans la vision indirecte que dans la vision directe; elle est d'autant plus considérable que le point de la rétine frappé par la lumière est plus éloigné du centre. 6° La différence entre la durée de la vision indirecte et celle de la vision directe s'est montrée surtout considérable au début de nos expériences. 7° Si l'exercice atténue la différence de durée de la perception directe et de la perception indirecte, elle ne la supprime jamais, de sorte que constamment la première s'effectue plus rapidement que la seconde. 8° La durée de la perception lumineuse est pour le centre de l'œil gauche 129 millièmes de seconde; pour le centre de l'œil droit, non exercé, 143 millièmes; à 80 degrés en dehors pour l'œil gauche, la durée de la perception était de 160 millièmes de seconde; à 80 degrés en dehors pour l'œil non exercé, 210 millièmes de seconde. 9° L'exercice d'un point excentrique influence les différents points du même hémisphère rétinien, et non ceux de l'autre hémisphère.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA CONTRACTILITÉ DE L'UTÉRUS SOUS L'INFLUENCE DES EXCITATIONS DIRECTES. Note de M. *J. Dembo*. — Les expériences ont été faites sur des lapines à différents âges, sur des chiennes et des chattes. L'appareil dont l'auteur s'est servi est celui de Siemens et Halske, à bobine fine, n° 3 (R : 1,206), activé par deux piles de Gaiffe, au bioxyde de manganèse et chlorure de zinc. Après l'anesthésie de l'animal par le chloral, ou après curarisation, l'utérus était mis à découvert. Voici les principaux résultats qu'il a obtenus et qui ont été mis sous les yeux de M. Vulpian :

A. *Chez les lapines.* — 1° La faradisation directe de chacun des utérus, ou, comme on dit aussi, de chacune des cornes utérines, provoque une contraction au niveau du point excité, qui s'étend à 20-25 millimètres, mais non à toute la corne électrisée. Jamais les contractions ne sont transmises à l'autre corne. 2° En mettant une électrode sur la corne droite et l'autre sur la corne gauche, on fait contracter les deux cornes utérines, non pas dans leur totalité, mais au niveau des pôles et jusqu'à une petite distance des points directement excités. 3° Si l'excitation directe de l'une ou l'autre corne, ou même des deux utérus, ne peut déterminer qu'une contraction limitée de chacune de ces parties, il n'en est pas ainsi

quand on porte l'électrisation sur le vagin. En effet, quand on électrise la face inférieure, vésicale, du vagin, les deux électrodes étant placées au milieu de cette paroi, on provoque la contraction la plus manifeste de deux utérus à la fois. Cette contraction est vermiculaire et se propage de bas en haut, c'est-à-dire du vagin vers l'extrémité supérieure des cornes. Quand on excite les parties latérales de cette paroi inférieure, la gauche ou la droite, on ne provoque des contractions que dans l'utérus correspondant. 4° Au contraire, dans les mêmes conditions expérimentales, l'excitation portée sur la face supérieure, rectale, du vagin ne provoque que des contractions vaginales, qui, du reste, sont aussi énergiques que celles provoquées par l'électrisation de la paroi inférieure. 5° En excitant certains points des ligaments larges, on obtient des contractions des parties correspondantes de l'utérus : il n'y a jamais de contraction de l'utérus tout entier. 6° Par la faradisation à travers la paroi du ventre, il n'a pas été possible d'obtenir de contraction de l'utérus non gravide.

B. *Chez les chiennes et les chattes.* — Sur certains sujets, les différentes excitations faradiques des cornes utérines n'ont jamais déterminé la moindre contraction de cet organe, à l'état de vacuité; sur d'autres, on obtient de très légères contractions utérines avec pâleur considérable, résultant de la contraction des vaisseaux. L'électrisation de la paroi inférieure, vésicale, du vagin a déterminé la pâleur de ce conduit et celle de l'utérus et des cornes utérines, mais il a été impossible de constater une contraction évidente de ces organes.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 18 JUILLET 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

M. le docteur *Luton* (de Reims) adresse, à l'appui de sa candidature au titre de correspondant national, un mémoire intitulé : *Injections sous-cutanées de mercure métallique.*

M. le docteur *Burq* prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un *Pli cacheté sur la vaccine.* (*Accepté.*)

M. le docteur *E. Bertherand* (d'Alger) envoie, pour le concours du prix Desportes de 1863, un mémoire manuscrit intitulé : *De l'utilisation du goyavier en médecine.* (Inscrit sous le n° 1.)

M. le docteur *de Pietra Santa* adresse au nom de la *Société française d'hygiène* une brochure publiée par cette Société sous le titre d'*Hygiène et éducation de la seconde enfance.* (*Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

M. *Mond* (de Lyon) envoie une brochure intitulée : *Du principe de la rage et de ses moyens de guérison.* (Renvoi à l'examen de M. Bouley.)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, au nom de M. le docteur *Serrand*, un opuscule portant le titre suivant : *Renseignements sur Cauterets.*

M. *Woillez* présente, de la part de M. le docteur *Fonssagrives*, un ouvrage intitulé : *L'hygiène infantile.*

M. *Blot* dépose, au nom de M. le docteur *Lalagade* (d'Albi) un mémoire ayant pour titre : *Études pratiques sur les cicatrices vaccinales.* (*Commission de vaccine.*)

M. *Noel Gueneau de Mussy* offre : 1° de la part de M. le docteur Marc d'Espine (de Genève), l'article ROUGEOLE extrait du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*; 2° au nom de Mme *Hart* (de Londres) un mémoire sur l'*Origine de la fibrine.*

M. *Jules Guérin* présente, de la part de M. le docteur *Hubert Boens* (de Charleroi), un ouvrage intitulé : *Recherches historiques et scientifiques sur la vaccine.*

M. *Parrot* fait hommage, au nom de M. le docteur *Coyne* (de Bordeaux), de l'article OREILLE, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. *Dujardin-Beaumetz* présente, de la part de M. *Teissier* (de Marseille), un *Pulvérisateur abaisse-langue*, construit par M. Galante.

INOCULATION DU TUBERCULE SUR LE SINGE. — MM. les docteurs *Dieulafoy* et *Krishaber* adressent une note additionnelle à la communication faite à l'Académie de médecine, à la date du 23 août 1881, et ayant pour titre : *De l'inoculation du tubercule sur le singe.* Voici le résumé de ce travail :

« Des quarantes singes qui ont servi à la première série de nos expériences, ceux auxquels avait été inoculée la matière tuberculeuse succombèrent à la tuberculose dans une proportion quatre fois plus considérable que ceux qui, n'ayant subi aucune inoculation, avaient seulement servi de témoins. Il nous a paru nécessaire d'établir la contre-épreuve de ces résultats et d'inoculer à des singes du pus non tuberculeux. C'est là le sujet de la présente communication que l'Académie voudra bien accueillir *à titre complémentaire.*

» Le 21 juin 1881, nous avons injecté sous la peau de dix singes quelques gouttes de pus provenant d'un phlegmon traumatique du bras survenu chez une femme de quarante-quatre ans, en parfait état de santé.

» Le 9 juillet, dix-huit jours après l'inoculation, deux des singes sont morts, l'un atteint de pleurésie aiguë et l'autre de dysenterie. A l'autopsie nulle trace de tubercule.

» Le 6 août, quarante-six jours après l'inoculation, mort d'un troisième singe. A l'autopsie on trouve les poumons, la rate, le foie, le péritoine parsemés de nombreuses granulations tuberculeuses.

» Le 25 août, soixante-cinquième jour de l'inoculation, un quatrième singe meurt de dysenterie. L'autopsie ne révèle aucune trace de tubercule.

» Le 5 octobre, cent cinquième jour de l'inoculation, un cinquième singe succombe à la suite d'une bronchite aiguë. Ici encore, à l'autopsie, pas de tubercule.

» Il ne s'est pas produit d'autres morts.

» Une année s'est écoulée depuis le jour de notre expérience dont les effets sont considérés comme épuisés depuis longtemps. De ce que nous venons d'exposer il résulte que, sur 10 singes ayant subi l'inoculation avec du pus non tuberculeux, un seul est mort tuberculeux. Il se trouve même que la tuberculose a été plus fréquente chez les singes ayant servi de témoins dans la première série de nos expériences, car sur 24 témoins, cinq sont morts tuberculeux. Cette circonstance a peut-être une signification que nous énonçons, mais sous toutes réserves.

» Les 24 témoins de la première série avaient, en effet, vécu en promiscuité avec les 16 sujets soumis à l'inoculation tuberculeuse et dont la grande majorité avait succombé à la tuberculose. Les 10 sujets qui ont subi l'injection du pus d'un phlegmon traumatique n'étaient, au contraire, nullement mêlés à des animaux infectés de tubercules. Il est donc permis de se demander si la contagion par cohabitation ne doit pas entrer en ligne de compte dans l'éclosion du tubercule sur les individus non inoculés. A ce point de vue, un fait observé sur l'un des singes de notre première série d'expériences mérite d'être signalé.

» Avant d'entreprendre nos recherches sur un grand nombre de singes pour lesquels nous avions fait aménager une installation *ad hoc*, isolée de notre habitation, nous avions un petit macaque qui vivait avec nous depuis deux ans et était resté en parfait état de santé. Or, la singerie une fois installée et nos inoculations faites, nous avons joint le petit macaque aux autres témoins, sans lui faire subir aucune inoculation. Dès les premiers jours de son entrée en cage, ce petit macaque fut *protégé* par un gros singe qui le tint constamment dans ses bras ; ce gros singe avait été inoculé et devint tuberculeux ; à son tour, le petit macaque se mit à tousser et à maigrir et succomba neuf jours avant son protecteur. Sur les deux individus nous avons trouvé presque tous les organes envahis par la tuberculose.

» Cinquante singes ayant été sacrifiés à cette étude, que nous avons poursuivie pendant deux ans et demi et basée sur des faits scrupuleusement observés, nous croyons pouvoir l'arrêter ici. »

RAGE. — M. le docteur *Duboué* (de Pau) a publié, il y a quelques années, un ouvrage très remarqué sur la physiologie pathologique de la rage, ouvrage dans lequel « se trouve appuyée par des déductions physiologiques et des faits cliniques très habilement rassemblés la thèse du siége bulbaire de cette maladie ». C'est en ces termes que M. Bouley, dans le rapport qu'il lisait il y a trois semaines sur l'observation de M. Denis-Dumont, rappelait et caractérisait l'œuvre de M. Duboué ; celui-ci toutefois se plaint très vivement de l'insuffisance de cette appréciation, dans une longue note dont

M. Depaul donne lecture et qui sera reproduite *in extenso* au *Bulletin de l'Académie*, en raison de la qualité de correspondant national de son auteur. Car M. Duboué estime qu'en ayant ainsi découvert, par une méthode générale qu'il applique également à la pathogénie d'autres affections contagieuses, l'action du virus rabique sur le « bulbe par l'intermédiaire des filets nerveux », il doit avoir tout autant le mérite de cette découverte que ceux auxquels on voudrait l'attribuer en raison d'expériences ultérieures ne prouvant rien autre chose « que cette propagation dans tous les sens le long des fibres nerveuses, aussi bien dans le cerveau que dans les cordons nerveux eux-mêmes... Qu'importe, ajoute-t-il, que nous ayons été réduits à l'impossibilité d'exécuter les expériences par nous-mêmes! Est-ce que l'architecte qui a conçu le plan d'une maison ne peut pas se dire l'auteur de cette construction, lorsque la maison est achevée, parce qu'il n'aura ni rassemblé ni placé lui-même en leur lieu et place tous les matériaux qui la composent? »

M. *Bouley* s'étonne que M. Duboué ne soit pas satisfait du soin qu'il avait pris de rendre largement justice à ses efforts en s'empressant de déclarer que, dans un livre rempli de pures hypothèses, il avait eu la chance heureuse de voir, par la suite, quelques-unes de ces hypothèses démontrées par l'expérimentation; aussi repousse-t-il les prétentions de M. Duboué qui lui paraissent excéder toute mesure. — Un dialogue assez vif s'engage entre MM. Bouley et Depaul à ce sujet.

Durée de l'isolement dans les maladies contagieuses. — M. le ministre de l'instruction publique priait, il y a quelque temps, l'Académie de lui faire savoir « combien de temps un élève, atteint de maladie contagieuse, doit être éloigné de ses camarades ». M. *Hillairet* propose de répondre par les conclusions suivantes, adoptées sans débat: 1° les élèves atteints de la varicelle, de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, des oreillons ou de la diphthérie, seront strictement isolés de leurs camarades; 2° la durée de l'isolement devra être de quarante jours pour la variole, la rougeole, la scarlatine et la diphthérie, de vingt-cinq jours pour la varicelle et les oreillons; 3° l'isolement ne cessera que lorsque le convalescent aura été baigné; 4° les vêtements que l'élève portait au moment où il est tombé malade, devront être passés dans une étuve à plus de 90 degrés et soumis à des fumigations sulfureuses, puis bien nettoyés; 5° les objets de literie, les rideaux de lit et de la chambre d'isolement, les meubles et les parois même de la chambre, devront être largement désinfectés, lavés, puis aérés; 6° l'élève qui aura été atteint en dehors d'un établissement d'instruction publique, de l'une des maladies contagieuses énumérées ci-dessus, ne pourra être réintégré que muni d'un certificat de médecin attestant qu'il a satisfait aux prescriptions qui précèdent.

Rapports. — L'Académie a successivement entendu, en séance publique ou en comité secret, les rapports de M. *Blot* sur le service de la vaccine en France en 1880, de M. *Marjolin* sur le concours du prix Amussat de 1881, et de M. *Devilliers* sur le concours du prix de la Commission de l'hygiène de l'enfance pour 1881. Il ne reste plus que deux rapports de prix à lire dans la prochaine séance; aussi la séance publique annuelle aura-t-elle sans doute lieu le mardi 1er août.

— A quatre heures quarante-cinq minutes, l'Académie se forme en comité secret. — A cinq heures vingt minutes, la séance est levée.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 12 JUILLET 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Fistule salivaire. — Arthrites fongueuses. — Amputation ostéoplastique du pied. — Présentation d'une malade: kyste de l'ovaire guéri par les injections iodées. — Présentation d'un malade: ectropion cicatriciel; autoplastie. — Présentation d'un malade: fistule dentaire.

M. *Pozzi:* Une jeune fille eut, à la suite d'un refroidissement, une périostite du maxillaire supérieur gauche; l'incision qui donna issue au pus amena une fistule du conduit de Stenon. M. Pozzi traversa la joue de part en part au niveau de l'orifice fistuleux et introduisit un tube à drainage dans le trajet. Peu à peu l'orifice cutané se cicatrisa et la malade guérit.

— M. *Desprès* demande la parole à propos du mémoire de M. Lannelongue sur les arthrites fongueuses. M. Lannelongue admet une arthrite tuberculeuse et la théorie de Koster; pour être conséquent avec cette théorie, il devrait conseiller l'amputation du membre aussitôt que la nature de l'arthrite serait reconnue, afin d'éviter l'infection de l'économie par la matière tuberculeuse. M. Desprès n'est pas édifié sur les expériences de MM. Lannelongue, Koster et Villemin; il faudrait savoir si le pus d'une suppuration chronique quelconque ne produirait pas les mêmes effets que le pus tuberculeux.

M. Desprès divise les arthrites en arthrites chez les tuberculeux, et arthrites chez les non tuberculeux. Il n'admet pas la classification de M. Verneuil. Il n'y a qu'une variété d'arthrite qui ne soit pas susceptible de devenir tuberculeuse, c'est l'arthrite traumatique.

Un enfant a une arthrite, peut-on savoir si cette arthrite deviendra tuberculeuse? Oui. Quand un malade se présente avec une arthrite quelconque, nous devons nous informer des antécédents des parents, et du malade lui-même. Si le sujet n'a pas une résistance suffisante, il faut craindre la transformation tuberculeuse de l'arthrite. Tout chirurgien qui applique dès le début un appareil inamovible et le laisse six mois en place, est dans les meilleures conditions pour savoir si la maladie guérira ou bien si l'arthrite deviendra tuberculeuse. Pour obtenir de bons résultats, le membre doit rester au moins six mois dans un appareil. Alors, si le malade ne souffre plus, il n'y a rien à craindre; si les mouvements sont douloureux, appliquer de nouveau un appareil. Le seul mode de guérison des tumeurs blanches avancées, c'est l'ankylose. Quand un malade a des antécédents de tuberculose, et qu'au bout de six mois l'arthrite n'est pas améliorée, il faut faire l'amputation ou la résection.

— M. *Le Fort* présente un homme auquel il a fait l'amputation tibio-tarsienne par son procédé ostéoplastique. L'opération a été pratiquée le 2 mars de cette année pour une ostéite du pied. Incision de Jules Roux allant de la malléole externe à la malléole interne et revenant au point de départ. Désarticulation du pied; section horizontale du calcanéum au-dessous de ses surfaces articulaires avec l'astragale; suppression de tout le plateau articulaire du tibia au niveau des malléoles. Le talon est conservé avec sa doublure osseuse. La réunion se fait assez rapidement. Le malade marche bien avec le soulier de l'opération sous-astragalienne.

— M. *Desprès* présente une femme qui avait un kyste de l'ovaire à liquide séreux. Elle fut ponctionnée une fois en province. M. Desprès fit à un mois d'intervalle deux ponctions avec injections iodées. La dernière opération remonte à six mois; la malade reste guérie.

— M. *Fieuzal* présente un homme opéré d'un ectropion cicatriciel remontant à l'enfance, et consécutif à une brûlure.

Un lambeau de peau fut pris sur l'avant-bras et fixé sous la paupière inférieure avivée. Les paupières sont encore suturées. (Commission composée de MM. Sée, Guéniot et Le Fort.)

— M. *Parinaud* présente un enfant atteint d'une fistule dentaire spéciale à l'enfance.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 8 JUILLET 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

Stomato-gastrique des crustacés isopodes : M. Huet. — Innocuité de l'alimentation par le mouron rouge chez les oiseaux : M. Gadeau. — Nécessité de l'absorption des anesthésiques par les végétaux comme par les animaux pour la production de l'anesthésie générale : M. Arloing. — Veau monstrueux (iniodyme) : MM. Pouchet et Beauregard. — Emploi des aimants dans l'épilepsie : MM. Bourneville et Bricon. — Indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux; nouvelles expériences : M. Dumontpallier.

M. *Huet* a eu l'occasion d'étudier sur de grands crustacés isopodes (*Lygia oceanica*) le nerf stomato-gastrique décrit par Brandt, Leydig, etc. Il a vu partir de chacune des deux branches nerveuses qui font suite à la chaîne ventrale et se rendent aux urostyles, un filet nerveux assez important qui se dirige immédiatement en haut et en avant et se distribue à l'intestin dans la couche musculaire duquel il se ramifie.

— M. *Gadeau* (de Kerville) a constaté que le mouron rouge (*Anagallis arvensis*) est loin d'avoir les propriétés toxiques qu'on lui attribue : les nombreux oiseaux qu'il a nourris avec les graines ou la plante hachée n'en ont éprouvé aucun inconvénient.

— M. *Arloing* montre qu'il est indispensable chez les végétaux manifestant de l'irritabilité comme la sensitive, aussi bien que chez les animaux, que les substances anesthésiques pénètrent dans le liquide nourricier pour produire une anesthésie générale véritable. Dans les expériences de Dutrochet, Leclerc, P. Bert, la sensitive mise sous cloche, en présence de vapeurs d'éther ou de chloroforme, a subi l'action *locale* de l'anesthésique, mais cet état ne peut être assimilé à l'anesthésie générale. En effet, si l'on préserve de l'action directe des substances anesthésiques les feuilles inférieures de la plante, en enfermant toute la partie supérieure dans un ballon où l'on fait arriver l'éther, on constate que les feuilles restées en dehors n'ont pas changé d'attitude, et n'ont rien perdu de leur excitabilité. Pour obtenir la véritable anesthésie générale, il faut faire pénétrer l'anesthésique par absorption radicellaire, en l'offrant aux racines associé à vingt fois son volume d'eau. Lorsque le chloroforme est administré de cette façon, il se mélange à la sève, chemine progressivement dans la sensitive et éteint successivement la sensibilité des bourrelets pétiolaires et pétiolulaires ; à un moment donné, la plante est entièrement insensible. L'expérimentation démontre que l'anesthésie est précédée de phénomènes d'excitation et que ceux-ci coïncident avec l'arrivée du chloroforme dans les organes qui en sont le siège.

— MM. *Pouchet* et *Beauregard* présentent un veau monstrueux qui offre un cas curieux d'iniodymie. Le corps unique, bien développé, porte deux têtes unies latéralement, de telle sorte que la tête parasite est appliquée par sa base sur les régions occipitale et pariéto-temporale gauches de la tête voisine. Des détails plus complets seront fournis à la Société quand on aura pu procéder à la dissection.

— M. *Bourneville* communique, au nom de M. Bricon et au sien, les résultats de recherches historiques et expérimentales sur l'emploi des aimants dans l'épilepsie. Sans entrer ici dans le détail de l'historique, qui sera développé prochainement dans la thèse de M. Bricon sur *le traitement de l'épilepsie*, nous dirons seulement que Paracelse (1603) semble avoir le premier essayé la *pierre d'aimant* dans l'épilepsie; l'emploi des aimants artificiels n'est venu que plus tard, au dix-huitième siècle; on trouve des documents sur cette question dans l'*Histoire de la Société royale de médecine*, 1780 (rapport d'Audry et Thouret).

Les expériences de MM. Bourneville et Bricon ont été faites à Bicêtre avec des aimants en fer à cheval et avec des armures magnétiques ayant la forme de colliers, bracelets, jarretières ou plaques suivant les régions. Presque toujours les résultats ont été négatifs, aussi bien en ce qui concerne le pouls, la respiration, la sensibilité générale que la pupille, la force musculaire, etc. Ceci s'applique absolument aux aimants en fer à cheval; les armures magnétiques ont paru produire la disparition des crampes chez un malade, et quelque amélioration générale sur deux autres sujets. Les auteurs concluent que « l'aimant en fer à cheval doit être absolument rejeté du traitement de l'épilepsie »; ils ne pourront se prononcer au sujet des armures magnétiques qu'après une plus longue expérimentation; toutefois ils doutent que le résultat soit satisfaisant.

— M. *Dumontpallier* a insisté dans une précédente communication sur la possibilité de démontrer, à l'aide du transfert, chez l'hystérique hémianesthésique, l'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère du cerveau.

I. Par de récentes expériences, il a de plus constaté que, chez l'hystérique qui a recouvré en grande partie la sensibilité et la force musculaire de chaque côté du corps, on peut: 1° en agissant isolément sur un seul hémisphère cérébral rendre manifeste cette indépendance fonctionnelle de chaque moitié du cerveau; 2° en agissant simultanément sur les deux hémisphères, déterminer des manifestations fonctionnelles simultanées dont le degré pour chaque côté du corps, est en rapport avec le degré d'excitation de chaque hémisphère cérébral.

II. Chez la même malade, il existait une aphonie hystérique presque complète depuis une année : l'application de plaques métalliques sur la région laryngée, pendant la période somnambulique de l'hypnotisme, a eu pour conséquence de rendre la voix à la malade. Mais la voix s'éteignait de nouveau si l'on enlevait les plaques métalliques ou si l'on faisait cesser la période somnambulique.

SÉANCE DU 15 JUILLET 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GRIMAUX, VICE-PRÉSIDENT.

Effets des agents stéatogènes sur la diminution de la production du sucre : M. Quinquaud. — Recherche de l'influence du pancréas sur le diabète : M. Ch. Rémy. — Métallothérapie; un cas de guérison d'angine de poitrine : M. Burq. — Importance des figures « karyokinésiques » dans les recherches embryogéniques : M. Henneguy.

M. *Quinquaud* a provoqué chez les animaux la stéatose du foie par l'administration de l'arsenic et du phosphore; il a ensuite recherché ce qui advenait de la glycosurie et de la glycémie expérimentalement produites (piqûres du plancher du quatrième ventricule). En comparant le diabète des animaux empoisonnés à celui des animaux qui n'avaient pas été soumis aux agents stéatogènes, il a vu que chez les premiers la glycogénie, la glycémie et la glycosurie sont presque nulles.

Comme application de ces recherches expérimentales, M. Quinquaud soumet les malades diabétiques à un régime mixte uniforme pendant toute la durée de l'observation et dose la quantité de sucre excrétée en vingt-quatre heures; il répète cet examen pendant six à huit jours. Puis, il administre une préparation arsenicale, la liqueur de Fowler, à la dose de 10

à 20 gouttes par jour. Il a vu ainsi se réduire très notablement la proportion de sucre dans l'urine.

Des recherches analogues, également très précises, ont déjà été faites par plusieurs auteurs, dit M. Hanot, par Luchsinger entre autres. — M. Quinquaud se propose de donner l'historique complet de la question dans un mémoire étendu qu'il publiera prochainement.

— M. *Ch. Rémy* a recherché si la destruction du pancréas, celle du plexus solaire ou des nerfs qui de ce plexus vont au foie, agit en quelque chose sur la production du diabète. Dans aucune de ces trois séries d'expériences il n'a observé l'apparition du sucre.

La destruction du pancréas a été obtenue surtout par la ligature du canal excréteur. A ce propos, M. François-Franck rappelle les recherches que MM. Arnozan et Vaillard ont soumises récemment à la Société et demande à M. Rémy s'il a observé les mêmes altérations de la glande.

Il demande aussi si les altérations pancréatiques doivent être rapportées exclusivement à la ligature du canal excréteur ou bien si, comme l'a montré M. Straus à propos du rein, les désordres inflammatoires et autres, produits par l'ouverture de l'abdomen, ne doivent pas être mis en cause. M. Rémy n'a pas étudié les altérations histologiques et pense, du reste, qu'en effet il faut faire une large part à l'extension au tissu pancréatique des lésions de voisinage.

— M. *Burq* lit une note tendant à établir la guérison de l'angine de poitrine chez l'homme par l'application extérieure du cuivre et l'administration de ce métal à l'intérieur. Cette observation a été communiquée à la Société médicale d'Amiens par M. Dubois (de Villers-Bretonneux).

— M. *Burq* communique ensuite les heureux résultats obtenus par l'application des « plaques doubles » dans un cas d'hystérie rebelle.

— M. *Henneguy* expose le résultat de ses propres recherches sur la multiplication des cellules et insiste sur l'importance des figures *karyokinésiques* au point de vue embryogénique. On sait que si ces figures (la plaque équatoriale, la figure pectiniforme, par exemple) sont observées dans une cellule, on peut affirmer que cette cellule est en voie de division.

Or la multiplication des cellules, localisée en certains points, ou se faisant suivant certaines directions, a une grande importance dans la formation de tous les organes de l'embryon. Grâce aux figures karyokinésiques, on peut suivre cette prolifération dans l'axe nerveux, et constater que c'est elle qui en détermine la forme, dans la vésicule optique, dans l'intestin, etc.

La corde dorsale, au contraire, née par différenciation de l'entoderme primaire, est un organe dont les éléments perdent de très bonne heure leur faculté reproductrice. On n'y trouve jamais de figures karyokinésiques; ses éléments ne font qu'augmenter de volume pendant le développement de l'embryon.

(Voyez pour le détail de ce travail important le Compte rendu officiel de la Société de biologie.)

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 12 JUILLET 1882. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Sur l'assimilation des peptones : M. Catillon. — Action thérapeutique du muguet : MM. Moutard-Martin et C. Paul. — Gavage des phthisiques : M. Dujardin-Beaumetz.

Le *Secrétaire-général* signale, dans la correspondance imprimée, un volume des *Comptes rendus de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, renfermant divers travaux intéressants de thérapeutique : le traitement de l'angine de poitrine, par M. Armaingaud, au moyen des courants continus ascendants. Déjà M. Onimus avait employé les courants galvaniques dans un cas analogue, mais il leur avait donné une direction descendante; M. C. Paul fait observer que la direction du courant présente une bien moindre importance que la position des électrodes, dont l'action se réduit à des phénomènes de polarisation. On trouve, dans le même ouvrage, une analyse quantitative du fer contenu dans les vins de Bordeaux; dans tous ces vins, même vieux, la matière colorante jaune et rouge, qui renferme la substance ferrugineuse, reste mélangée au liquide, tandis que dans les vins du Midi cette substance, contenue dans la matière colorante bleue, se précipite au bout d'un certain temps avec la lie. — Il signale en outre la relation d'un cas de rage traité sans succès par les injections intra-veineuses de chloral, et l'emploi de la pilocarpine contre la transpiration fétide des pieds.

— M. *Catillon*, à propos du procès-verbal de la séance du 14 juin, fait observer que M. Duhomme semble conclure à l'élimination des peptones ingérées et à leur passage dans les urines. Ce fait est absolument exceptionnel; l'assimilation des peptones est aujourd'hui surabondamment démontrée, et l'élimination, observée par M. Duhomme chez son malade, peut vraisemblablement être expliquée par les troubles graves de la période agonique. Rien ne prouve d'ailleurs que la totalité de la peptone ait passé dans les urines, peut-être une notable proportion avait-elle été assimilée. Même chez les albuminuriques, l'assimilation est presque complète et permet la nutrition pendant fort longtemps.

M. *Duhomme* n'a pas eu l'intention de tirer du fait qu'il a rapporté des conclusions aussi absolues; il a voulu seulement montrer que la peptone peut, dans certains cas pathologiques, passer en partie dans les urines Il se peut qu'elle soit toujours entièrement assimilée chez les individus bien portants, mais ce fait n'a qu'un médiocre intérêt, puisque ce n'est pas à eux qu'on la prescrit ordinairement.

— M. *Moutard-Martin* a expérimenté, depuis la communication de M. G. Sée à l'Académie, les *propriétés thérapeutiques du muguet* (*convallaria maïalis*). L'extrait de muguet posséderait, d'après M. Sée, une action diurétique manifeste et agirait également pour régulariser les battements cardiaques. Chez un malade atteint d'affection organique du cœur et dont les urines, parfois albumineuses mais d'abondance normale, avaient depuis quinze jours environ notablement diminué de quantité, tandis que l'œdème des extrémités et l'œdème pulmonaire étaient apparus, M. Moutard-Martin avait prescrit la digitale sans obtenir d'amélioration marquée des phénomènes asystoliques. Il eut alors recours à l'extrait de muguet à la dose de 50 centigrammes en trois fois dans la journée. Une demi-heure après l'ingestion du premier tiers, la diurèse apparut et son intensité fut telle que, de 500 grammes, la quantité d'urine s'éleva dans les vingt-quatre heures à 3350 grammes; les jours suivants, bien que l'administration du médicament n'eût pas été renouvelée, elle atteignit 4000 grammes, 4200 grammes et 6400 grammes le quatrième jour; elle resta d'ailleurs supérieure à 3200 grammes pendant dix jours, puis elle diminua progressivement pour retomber à 1200 grammes dans les vingt-quatre heures. L'extrait de muguet fut de nouveau prescrit, mais sans aucun résultat; la dose fut progressivement élevée jusqu'à 2 grammes, sans obtenir aucun effet diurétique appréciable. Le même traitement fut employé chez deux autres cardiaques auxquels la digitale n'avait procuré aucun soulagement, puis chez une femme cardiaque et albuminurique, enfin chez une quatrième malade présentant des symptômes asystoliques sans souffle valvulaire : l'effet diurétique fut absolument nul. Il en fut de même chez une malade atteinte de péritonite chronique avec ascite et qui ne rendait que 300 à 400 grammes d'urine

dans les vingt-quatre heures. En présence d'un résultat merveilleux au début suivi, dans tous les autres cas, d'un insuccès complet, M. Moutard-Martin pense qu'il ne faut admettre qu'avec de grandes réserves l'action diurétique de l'extrait de muguet.

M. *C. Paul* rappelle que des recherches ont été faites par les médecins russes sur l'action thérapeutique du muguet dans les affections cardiaques. Troïski employait l'infusion de fleurs, et Botkins la teinture à la dose de dix gouttes, répétée quatre fois dans les vingt-quatre heures; ils auraient retiré d'excellents effets de ces préparations. On trouve également, dans divers auteurs, l'emploi de la poudre de feuilles comme sternutatoire et de l'extrait aqueux comme purgatif; enfin l'eau distillée de muguet, connue en Allemagne sous le nom d'*eau d'or*, posséderait de précieuses propriétés cordiales. Désireux de vérifier les assertions des médecins russes, M. C. Paul fit préparer de l'infusion, de l'alcoolature et de la teinture de muguet. L'infusion de fleurs, d'une saveur assez désagréable, fut administrée à la dose de 35 centigrammes élevée progressivement jusqu'à 5 grammes à divers malades atteints, soit de névroses cardiaques, soit d'affections valvulaires compensées ou suivies d'asystolie: l'effet thérapeutique fut absolument nul. L'alcoolature, à la dose de 20 à 30 gouttes, resta également inactive; dans un cas cependant d'insuffisance mitrale compensée, avec piaulement systolique à la pointe, le souffle diminua bientôt d'intensité, puis disparut entièrement; il est difficile de déterminer la part qui revient, en cette circonstance, au traitement par l'alcoolature de muguet. Un autre malade, atteint de rétrécissement pulmonaire sans cyanose, éprouva un soulagement manifeste. M. C. Paul emploie actuellement la teinture de feuilles de muguet, à la dose de 5 grammes par jour, et a constaté que ce médicament paraît rendre au myocarde sa tonicité et faire cesser l'arythmie, alors même que la digitale est restée impuissante. Il n'a observé aucune action sur les voies urinaires; chez un seul malade, atteint d'une lésion aortique, il s'est produit une diurèse très passagère. Peut-être les effets observés par M. G. Sée tiennent-ils à la différence de la préparation, l'extrait aqueux renfermant des principes plus actifs que la convallarine contenue dans la teinture. Dans tous les cas, l'action sur la contraction cardiaque semble évidente et doit encourager les expérimentateurs à tenter de nouveaux essais.

M. *Moutard-Martin* fait observer que M. G. Sée emploie l'extrait hydro-alcoolique de Langlebert, préparé avec la totalité de la plante. Des tracés cardiographiques recueillis par M. G. Sée démontrent très nettement l'action de ce médicament sur le rythme cardiaque.

M. *C. Paul* rappelle que l'on a pu, au moyen de l'extrait de muguet, amener la mort chez des chiens, par tétanisation du cœur, comme dans l'intoxication digitalique. L'âge et la race des animaux peuvent d'ailleurs avoir une grande influence sur les résultats de l'expérience.

— M. *Dujardin-Beaumetz* fait connaître un nouvel appareil dont il se sert pour pratiquer *le gavage des phthisiques* (voy. le compte rendu de la Société médicale des hôpitaux dans le numéro du 13 juillet). Il pense que l'on pourrait, avec cet appareil, nourrir les malades atteints de lésions laryngées très douloureuses et chez lesquels la déglutition est rendue presque impossible par la souffrance qu'elle détermine.

M. *Gouguenheim* a plusieurs fois essayé, en semblable circonstance, d'introduire la sonde de Faucher dans l'œsophage, sans pouvoir y réussir; cette manœuvre est très pénible pour le patient et détermine des spasmes laryngiens qui peuvent mettre sa vie en danger.

— A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Des accidents apoplectiformes qui peuvent compliquer le début, le cours, la fin de l'ataxie compliquée, par M. Lecoq.

A l'instar de la paralysie générale et de la sclérose en plaques, l'ataxie locomotrice peut offrir, au nombre de ses symptômes propres, les attaques apoplectiformes. Elles se montrent soit isolées, soit à l'occasion de crises laryngées, soit avec des phénomènes épileptiformes. Elles consistent en vertiges, étourdissements légers ou graves qui peuvent déterminer la perte de connaissance, en troubles paralytiques divers ordinairement fugaces, parfois même en attaque comateuse mortelle. Lorsqu'elles ont une longue durée (hormis le cas des crises laryngées), qu'elles sont accompagnées d'hémiplégie ou d'aphasie permanentes, on peut les attribuer à une complication plutôt qu'au processus lui-même. La mort subite peut arriver par paralysie bulbaire. (*Revue de médecine*, 1883, n° 6.)

Des folliculites vulvaires externes, par MM. Gouguenheim, médecin de Lourcine, et Soyer, interne des hôpitaux.

Sous ce nom on a confondu des affections très dissemblables. Il faut en distinguer quatre variétés, l'acné de causes variables, l'acné syphilitique, la folliculite aiguë simple, enfin la folliculite chancreuse. Celle-ci surtout est intéressante; car c'est une variété souvent méconnue du chancre simple; elle se différencie de la folliculite aiguë par ses plus petites dimensions, sa tendance à l'aliénation et à l'envahissement des follicules voisines, la concomitance d'un chancre, enfin, dans les cas douteux, par les résultats positifs d'inoculation. Il résulte en effet de recherches nouvelles que, contrairement à ce que M. Gouguenheim a soutenu dans un précédent mémoire (*Soc. méd. des hôpitaux*, 1880), le pus de la folliculite chancreuse est aussi virulent que celui du chancre simple. (*Annal. de dermat. et de syphil.*, 25 avril 1882.)

Kératite de cause paludéenne, par le docteur Holz.

Dans la séance du 16 janvier 1882 de la Société de médecine de Chicago, le docteur Holz a décrit les caractères cliniques de cette affection, qui sont: l'ulcération étendue de la cornée, la douleur, la photophobie et le larmoiement. La maladie augmente pendant plusieurs semaines, et la période de réparation est de plusieurs mois.

La fièvre intermittente ou d'autres manifestations de l'impaludisme accompagnent ou précèdent cette affection. D'ailleurs, dans les cas rebelles, où le traitement local donnait de médiocres résultats, l'emploi de la quinine a été suivi de la guérison.

A l'appui de ses conclusions, le docteur Holz a signalé quelques observations personnelles. De plus, un certain nombre de membres de la Société médicale de Chicago ont confirmé par des exemples les faits signalés par le docteur Holz. (*Chicago medical Journal*, février 1882.)

Recherches sur la lactation, par le docteur Thomas Dolon.

Dans ce mémoire, l'auteur constate une fois de plus que certains agents thérapeutiques pénètrent dans le sang et se rencontrent dans le lait et peuvent même congestionner ou décongestionner directement l'appareil mammaire : c'est

ainsi que le jaborandi est un galactogène et la belladone un antigalactogène.

Les aliments gras augmentent les qualités du lait en tant qu'aliment respiratoire; certains sels modifient la proportion des sels du lait et certains médicaments, tels que les diurétiques et les purgatifs, ont une action indirecte sur l'enfant.

L'anis, certaines substances aromatiques donnent un parfum au lait, parfum qui en rend les enfants avides. L'ail, le copahu, les liliacées, certaines plantes de la famille des crucifères, des ombellifères, des solanées, lui communiquent une saveur désagréable ou leurs propriétés actives. Les sels ammoniacaux activent la sécrétion lactée, mais rendent le lait plus aqueux. La belladone suspend rapidement la sécrétion du lait, de sorte que Ringer a préconisé ce médicament à l'intérieur et à l'extérieur comme antigalactogène. (*The practitionner*, août 1881.)

Du diagnostic différentiel des bruits cardiaques et péricardiques, par le docteur Lynch.

Dans une importante communication à la Société médico-chirurgicale du Maryland, le docteur Lynch a exposé un procédé d'auscultation qui peut être utile dans le diagnostic différentiel des bruits intracardiaques et péricardiques.

Quand le bruit de frottement règne vers la pointe du cœur, et dans ce cas seul, les difficultés sont sérieuses pour le diagnostic. En faisant respirer largement et avec lenteur le malade, on peut constater que le bruit de frottement va en augmentant pendant l'inspiration, et atteint son maximum au moment où la dilatation pulmonaire est complète. A ce moment, si le malade retient sa respiration, l'intensité du bruit reste très grande. Elle diminue, au contraire, graduellement pendant le mouvement d'expiration, sans cependant jamais disparaître complètement.

Il existe donc dans tous les temps de la respiration, tout en présentant néanmoins des variations très nettes d'intensité. (*TheLondon medical Record*, 15 février 1882.)

Le microbe de la fièvre typhoïde, par le docteur Klebs.

Le *Bacillus typhosus*, que le célèbre micrographe allemand prétend reconnaître des autres *Schystomycon*, malgré les affinités de ces espèces entre elles, pénétrerait dans l'organisme par les voies digestives et par les voies respiratoires. De là les deux formes abdominales et thoraciques du début de la maladie. Ces microbes sont charriés par les canaux artériels dans la rate et les follicules intestinaux. Or, d'après Klebs, les *Bacillus* se développent dans les plaques glandulaires, et leur existence est constante dans les lésions intestinales de la dothiénentérie.

De plus, dans les formes cérébrales, on constate que les microbes sont abondants autour des centres nerveux et dans les méninges. On les rencontre aussi sur les ulcérations typhiques du larynx et dans les extravasations hémorrhagiques si communes dans les tissus des typhiques.

Enfin Klebs aurait pu, sur le lapin surtout, produire la fièvre typhoïde avec le même ensemble de symptômes que ceux de la dothiénentérie de l'homme. Le *Bacillus typhosus* présente des changements de formes qui sont un obstacle à leur étude pour ceux qui ne sont pas habitués à ce genre de recherches. Mais, d'après l'auteur, on ne les trouverait que dans la fièvre typhoïde, et en quantité d'autant plus grande que la maladie serait plus grave. Le traitement le plus efficace serait le benzoate de magnésie à la dose quotidienne de 1 gramme, parce qu'on peut donner impunément ce médicament pendant plusieurs jours, avantage que ne possèdent pas d'autres agents antiseptiques, tels que l'acide salicylique ou l'acide phénique. (*Philadelphia medical Times*, décembre 1881.)

Du traitement chirurgical des hémorrhoïdes, par le docteur Walter Whitehead.

Cette méthode paraît posséder une certaine valeur pratique. Le malade est anesthésié par le chloroforme et placé dans la position adoptée généralement pour la lithotomie. Un aide écarte le sphincter anal, et une éponge est introduite dans le rectum pour prévenir l'issue des matières fécales pendant la durée de l'opération. On procède alors à l'isolement des tumeurs hémorrhoïdaires jusqu'à leur limite supérieure, en prenant soin de disséquer et de ménager le plus possible les portions encore saines de la muqueuse. Les vaisseaux hémorrhoïdaires sont isolés, saisis et tordus avec la pince; la surface dénudée est recouverte par la muqueuse rectale, qu'on fixe sur les bords de la plaie, de manière à obtenir une cicatrisation par première intention. A défaut d'être absolument nouveau, ce procédé, s'il donnait des résultats heureux, aurait du moins le mérite de la simplicité. (*British med. Journ.*, février 1882.)

BIBLIOGRAPHIE

De l'homicide commis par les enfants, par M. le docteur Paul Moreau (de Tours), membre de la Société médico-psychologique, 1 vol. in-8°. — Paris, 1882. Asselin et Cie, éditeurs.

Parmi les causes célèbres des dernières années, on remarque un grand nombre d'homicides qui ont ému l'opinion publique autant par la férocité avec laquelle ils ont été accomplis que par le jeune âge de ceux qui les ont commis. Pour trouver l'explication de tels actes criminels, de telles atrocités, on s'est adressé à la médecine mentale, et les rapports des spécialistes ont pour la plupart donné des réponses bien démonstratives, ils ont prouvé que tous ces jeunes meurtriers sont des aliénés ou des candidats à la folie.

M. Paul Moreau (de Tours), en écrivant un volume sur l'homicide commis par les enfants, traite donc une question d'actualité. Ce que nous avons à rechercher ici, c'est la doctrine qui l'a guidé, c'est la manière dont il a envisagé son sujet.

Considérant les crimes, et en particulier l'homicide commis par les enfants, comme le résultat de causes complexes, il consacre à l'étude de l'étiologie la plus grande partie de son livre; il admet deux séries de causes, les unes tenant à la nature morale, les autres tenant à la nature physique. Les premières étant intimement liées aux secondes, n'en étant, pour ainsi dire, que la conséquence, il eût été préférable, à notre avis, d'intervertir l'ordre de la description. Le caractère, les passions, la colère, etc., dont il est aisé de parler d'une façon abstraite, se prêtent à des distinctions cliniques importantes, suivant qu'on les étudie chez les hystériques, les épileptiques, les imbéciles ou les sourds-muets, etc. Quant à l'hérédité, il nous est difficile — impossible même — de la faire entrer dans la catégorie des causes morales, ainsi que le fait l'auteur. Cela est tellement vrai que M. Moreau (de Tours) semble donner un démenti à sa classification étiologique, lorsqu'il dit : « L'observation, en effet, a démontré que l'explication des tendances dépravées, de ces instincts cruels que l'on ne savait le plus souvent à quelle lésion des organes rapporter, devait être recherchée dans les *prédispositions organiques vicieuses* léguées aux enfants par leurs parents » (p. 22). Pour donner à l'hérédité toute l'importance qu'elle doit avoir en un tel sujet, il faut de toute nécessité en faire une sorte de cause prédisposante générale dont les autres, tant physiques que morales, ne sont en quelque sorte que la conséquence. Que l'hérédité, quelle qu'en soit la forme, produise chez un enfant l'épilepsie, celle-ci modifiera le ca-

ractère, produira des passions, provoquera des impulsions morbides de nature spéciale. Il y a là un véritable enchaînement de phénomènes pathologiques qu'il est important de pouvoir suivre et qui, une fois connu, porte la lumière sur les faits particuliers qui peuvent se présenter.

On voit déjà en quoi notre manière de voir diffère de celle de M. Moreau (de Tours). Cet observateur considère l'homicide chez les enfants comme une maladie; il en étudie donc successivement l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le pronostic, le traitement, etc. Tous ces chapitres sont traités, nous le reconnaissons, avec beaucoup de talent et une très grande érudition. Mais nous croyons qu'en se plaçant à un autre point de vue, on serrerait de plus près la réalité clinique; et n'est-ce pas cette dernière qu'il faut avoir pour objectif dans les travaux de ce genre?

M. Blanche, en son intéressant travail sur les *Homicides commis par les aliénés*, dont nous avons naguère rendu compte dans la *Gazette hebdomadaire* (1878, n° 39), a démontré que le meurtre ainsi que toutes les violences graves auxquelles peuvent se livrer les aliénés, se produisent dans des formes d'affections mentales bien déterminées, qu'il nous semble inutile de rappeler ici. Le savant aliéniste a eu surtout en vue les adultes. Mais ce qui s'applique à ceux-ci, peut s'appliquer aussi aux enfants. Il n'y a donc pas plus de monomanie homicide chez eux, qu'il n'en existe une chez les premiers; il y a des enfants qui commettent des meurtres sous l'influence de conditions pathologiques qu'il s'agit de bien rechercher.. C'est là le rôle de la clinique. Une étude minutieuse des faits nous conduit à cette conclusion, c'est que si l'enfant tue, ce n'est pas parce qu'une passion quelconque, même arrivée à son paroxysme, lui a fait saisir une arme meurtrière dont il se sert avec frénésie, mais parce qu'il se trouve sous l'influence de telle ou telle forme de folie, ou bien qu'il est en proie à une de ces crises passagères qui caractérisent certaines déviations mentales.

Mais il ne nous appartient pas de refaire, en partant de principes autres, l'œuvre entreprise par M. Paul Moreau (de Tours) et qu'à bien des égards il a menée à bonne fin. Cependant, il me permettra, en terminant, d'exprimer un regret. Ce qui a amené l'auteur à publier son livre, ce sont évidemment les faits monstrueux récents, qui ont été le sujet d'appréciations plus ou moins exactes de la presse de toute couleur et qui ont soulevé des débats importants devant les cours d'assises. Ces faits, dont plusieurs ont donné lieu à des discussions médico-légales du plus haut intérêt, nous aurions été heureux de les trouver réunis dans le volume de M. Paul Moreau (de Tours); les rapports médico-légaux des médecins chargés d'examiner l'état mental de ces précoces criminels, auraient donné à ses descriptions plus de vie et plus de force que bien des exemples empruntés aux auteurs anciens et même modernes, qui devaient uniquement servir à confirmer les faits plus récemment observés.

Dr Ant. RITTI.

Index bibliographique.

DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES : PATHOLOGIE, MÉDECINE LÉGALE, ADMINISTRATION DES ASILES, etc., par M. E. BILLOD, médecin en chef et directeur honoraire des asiles des aliénés de la Seine. 2 vol. in-8°. — Paris, 1882. G. Masson.

Il s'agit ici de maladies mentales et nerveuses, mais non d'un *Traité* de ces maladies. Ce traité, l'honorable confrère qui s'est fait une place si distinguée dans la médecine mentale avait eu l'intention de l'écrire; mais des travaux partiels et les occupations inhérentes à ses fonctions de médecin en chef d'asiles d'aliénés l'en ont empêché. Ce qu'il publie aujourd'hui, ce sont les matériaux mêmes qui lui auraient servi à édifier un ouvrage didactique, à savoir : les mémoires qu'il a publiés dans le cours de sa carrière. Ces mémoires, en effet, sont assez nombreux et variés pour toucher à bien des points de la psychiâtrie, y compris même la médecine légale, l'organisation administrative des asiles et les modes d'assistance des aliénés. Il nous paraît d'ailleurs, bien que nous n'en trouvions la mention nulle part, que la publication ne sera pas limitée à ces deux volumes. En outre, quelques études sont consacrées à des affections nerveuses qui ne sont pas indissolublement liées à l'aliénation mentale, comme l'épilepsie, l'hystérie, l'aphasie.

On comprend que, ne pouvant ici ni entrer dans l'examen de tant de sujets particuliers, ni présenter une appréciation d'ensemble sur un livre dont les parties sont indépendantes les unes des autres, nous devions nous borner à quelques indications générales. Indépendamment des affections nerveuses que nous venons de nommer, les chapitres principaux de l'ouvrage concernent le *traitement des hallucinations par le* datura stramonium, l'*alimentation forcée des aliénés*, les *intervalles lucides*, la *paralysie générale des aliénés*, les *maladies de la volonté*, les *formes de la lypémanie*, les *lésions de l'association des idées*, la *folie avec conscience*, la *réorganisation du service des aliénés de la Seine*, le *mariage des aliénés*, la *chronicité et l'hérédité dans leurs rapports avec certains types de folie*, la *congestion cérébrale apoplectiforme rapprochée de l'épilepsie*, de nombreux rapports médico-légaux sur la *simulation de la folie*, et sur divers cas de *responsabilité criminelle*, enfin des discours prononcés à la *Société médico-psychologique*.

Dans tous ces travaux, ce qui se fait surtout remarquer c'est l'esprit d'observation. L'auteur s'est hasardé quelquefois sur le terrain de la psychologie pure, notamment dans ses recherches sur les maladies de la volonté et sur la lésion de l'association des idées; mais, lui-même le dit quelque part, il s'est écarté autant qu'il l'a pu de ce domaine; sa préoccupation constante, presque exclusive, est de noter minutieusement les caractères propres des types d'aliénation, et de suivre avec soin l'évolution de chaque type, ses variations, ses transformations, ses rapports avec des types voisins. On sent partout le praticien de l'école d'Esquirol, peu soucieux de théories, de généralisations, mais attaché aux faits, qu'il sait d'ailleurs faire parler avec mesure et avec justesse. A quelque école qu'on appartienne dans la science de l'aliénation mentale, on consultera toujours avec fruit un ouvrage qui apporte à la solution des questions les plus importantes des documents sérieux et de judicieuses appréciations.

L'ALIMENTATION ANIMALE : LA VIANDE, SON HISTOIRE, SES CARACTÈRES, SON UTILITÉ, SES DANGERS; STATISTIQUE, HYGIÈNE ET POLICE SANITAIRE, par M. C. HUSSON (de Toul), président de la Société de pharmacie de Lorraine. 1 vol. grand in-8°. — Paris, 1882. Dunod.

Le sujet indiqué par le titre est envisagé sous toutes ses faces : historique, ethnologique, culinaire, physiologique, hygiénique, thérapeutique, médico-légal, économique et administratif. Bien que l'ouvrage « s'adresse surtout aux mères », le médecin et l'économiste y trouveront un examen de toutes les questions qui peuvent les intéresser : par exemple, celle des conserves de viande, celle des viandes virulentes, trichinées, tuberculeuses; celle (si agitée en ce moment) des ptomaïnes; celles de l'approvisionnement, de la réglementation de la boucherie, etc. C'est un champ trop vaste pour que nous puissions nous y engager, et nous nous contentons de recommander ce consciencieux travail à tous ceux qui s'occupent d'alimentation publique.

ÉTUDE CLINIQUE SUR LA SYPHILIS DU CERVEAU, par M. Samuel BERNHEIM. Thèses de Paris (médailles de bronze).—Paris, 1882. Alph. Derenne.

Cette thèse, qui a reçu, comme on vient de le voir, une récompense, a un double mérite : elle est faite en partie d'après des observations personnelles, et elle constitue un bon exposé des notions acquises sur la syphilis du cerveau. Voici en peu de mots le résumé de ce travail.

La gomme et la sclérose sont les deux néoplasies syphilitiques des méninges et du cerveau, comme des poumons, du cœur, du foie, du testicule. La *gomme* peut occuper la dure-mère; elle est fréquente dans la pie-mère, rare dans l'arachnoïde, fréquente dans le cerveau; elle occupe quelquefois les artères cérébrales, et, chose remarquable, on n'en cite pas d'exemple dans les artères des autres parties du corps. La sclérose s'observe dans les mêmes organes, à l'exception peut-être des artères; mais il existe probablement une artérite syphilitique (Fournier).

Pour le côté symptomatologique du sujet, l'auteur admet la

division établie par M. Fournier : 1° forme céphalalgique; 2° forme congestive; 3° forme des névroses (épilepsie, chorée, hystérie); 4° forme aphasique; 5° forme mentale; 6° forme paralytique; toutes formes pouvant exister isolément, mais presque toujours mêlées en plus ou moins grand nombre. Pour presque toutes ces formes pathologiques l'auteur publie des observations nouvelles, qui lui permettent parfois d'ajouter certains traits au tableau nosographique du mal : par exemple, la fréquence des vomissements dans la forme congestive. On a remarqué parmi les formes ci-dessus indiquées celle de l'aliénation mentale. Il ne faudrait pas croire néanmoins, avec certains auteurs, que presque tous les cas de *démence* sont d'origine syphilitique; il est douteux aussi que la syphilis puisse donner lieu à toutes les variétés connues de vésanie; ce qu'il importe de ne pas oublier, c'est que l'origine syphilitique de beaucoup de cas de folie est incontestable.

Les auteurs ont exprimé des opinions bien différentes sur le degré de gravité des lésions syphilitiques dans l'encéphale. Sagement, à notre avis, l'auteur, après avoir consulté les faits, conclut que, vu les moyens spécifiques de traitement dont on dispose, elles sont beaucoup moins graves que les autres affections chroniques ayant le même siège. Une addition de deux statistiques dressées par Fournier et Otto Braus donnent un total de 170 observations, parmi lesquelles on constate 65 cas de guérison, soit 40 pour 100.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE. — FRIEDREICH : L'Allemagne vient de perdre un de ses praticiens les plus célèbres; l'Université de Heidelberg celui de ses professeurs qui l'honorait le plus, et qui attirait à la chaire de clinique médicale, qu'il occupait depuis l'année 1858, le plus grand nombre d'élèves. Le professeur Friedreich est mort à l'âge de cinquante-sept ans, emporté, après de longues et cruelles souffrances, par un anévrysme de l'aorte. Ancien élève de Virchow, il avait, dès le début de sa carrière, publié d'intéressants travaux d'anatomie pathologique, et plus tard ses *Etudes sur l'atrophie musculaire progressive*, sur les *lésions de l'ataxie locomotrice*, etc., ont prouvé tout le fruit qu'il avait tiré de ses recherches au laboratoire d'anatomie pathologique de Würzburg. Il avait été en 1857, au moment du départ de Virchow pour Berlin, nommé professeur extraordinaire d'anatomie pathologique à cette Université; mais dès l'année 1858 il était appelé à la chaire de pathologie et de thérapeutique d'Heidelberg, et c'est là qu'il fit paraître ses principaux travaux sur le pouls veineux, sur le double bruit intermittent crural, sur la percussion du larynx et de la trachée, enfin et surtout sur les maladies du cœur. On sait que son *Traité des maladies du cœur*, dont la première édition a paru en 1861, a été traduit en français, sur la deuxième édition, par MM. Lorber et Doyon.

— CARL HUETER, professeur de chirurgie à Greifswald, a succombé le 10 mai, après une maladie de quelques semaines. Encore jeune, il était dans la plénitude de l'activité intellectuelle. Parmi les œuvres qui l'ont fait connaître dans le monde scientifique et parmi les chirurgiens, on doit citer en première ligne son *Traité de chirurgie générale* (*Allgemeine Chirurgie*), où sont exposées des vues très originales en rapport avec les notions qu'on possédait en 1873 sur l'influence des microbes. Il a publié dans la *Chirurgie* de Pitha et Billroth une Etude de la trachéotomie et de la laryngotomie, et depuis dix années il a été l'un des directeurs de la *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, où il a publié un grand nombre d'articles de critique, et d'observations ou de travaux personnels.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le concours du clinicat des maladies mentales a commencé mardi, 18 juillet, à neuf heures du matin.

— M. Jules Jaillet est nommé préparateur du laboratoire de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Montigny, démissionnaire.

CONCOURS POUR L'ADMISSION DANS LE CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — En exécution des décrets et règlements concernant le corps de santé de la marine, un concours s'ouvrira successivement dans les écoles de médecine navale de Rochefort, de Toulon et de Brest, à partir du 1er septembre 1882, dans le but de pourvoir à douze emplois d'aide-médecin et à deux emplois d'aide-pharmacien.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décrets en date des 11 et 13 juillet 1882, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. les docteurs Marey (de l'Institut), professeur au Collège de France; Bernutz, médecin de l'hôpital de la Charité.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Dagonet, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Sainte-Anne; Piettre, maire de Saint-Maur-les-Fossés; d'Heilly, médecin de l'hôpital Saint-Antoine; Rousseau, conseiller général de l'Aisne; Vaullegeard, médecin de l'hôpital de Condé-sur-Noireau; Theyssier, conseiller général de la Corrèze; Tartas, conseiller général des Landes; Boyer, médecin de l'hospice de Lorris; Doyen, médecin de l'Hôtel-Dieu de Reims; Bocamy, médecin inspecteur des enfants assistés et des aliénés des Pyrénées-Orientales; Vanier (de l'Isle-Adam); Aude, médecin en chef de l'hôpital de Fontenay-le-Comte; Georges Daremberg, membre correspondant de l'Académie de médecine.

LABORATOIRE D'ARCACHON. — Nous avons parlé (*Gaz. hebd.*, n° 28, p. 462) de l'organisation des laboratoires maritimes d'Arcachon. On se rappelle qu'il a été nécessaire de recourir à une loterie pour réunir les fonds indispensables. Ceux qui portent quelque intérêt à cette nouvelle création pourront adresser les demandes de billets au docteur F. Lalesque, ancien interne des hôpitaux de Paris, à Arcachon (Gironde). Le comité de rédaction de la *Gazette* est inscrit pour 170 billets.

MORTALITÉ A PARIS (28e semaine, du vendredi 7 au jeudi 13 juillet 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 884, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 44. — Variole, 11. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 0. — Diphthérie, croup, 41. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 41.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 165. — Autres tuberculoses, 3. — Autres affections générales, 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 37. — Bronchite aiguë, 11. — Pneumonie, 43. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 65; au sein et mixte, 36; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 86; de l'appareil circulatoire, 59; de l'appareil respiratoire, 41; de l'appareil digestif, 45; de l'appareil génito-urinaire, 16; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 36. — Causes non classées, 5.

Conclusions de la 28e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1165 naissances et 884 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1008, 1101, 960, 1041. Le chiffre de 884 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur à chacun des chiffres des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir : une atténuation pour la variole (11 décès au lieu de 22 pendant la 27e semaine), la rougeole (18 au lieu de 28), la scarlatine (2 au lieu de 6), la diphthérie (41 au lieu de 46), l'érysipèle (3 au lieu de 12); une aggravation pour la fièvre typhoïde (44 décès au lieu de 35), et l'infection puerpérale (5 au lieu de 3).

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE
L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 27 juillet 1882.

Académie de médecine : L'allaitement artificiel et la nourricerie de l'hospice des Enfants assistés. — Résection du maxillaire inférieur par l'ablation d'un épithélioma de la bouche. — Nouvel ophthalmomètre.

L'Académie a entendu dans le plus profond silence, elle a même salué de marques nombreuses d'approbation le remarquable mémoire que M. le professeur Parrot a lu sur les résultats de la nourricerie des Enfants assistés. Quelques minutes auparavant, elle avait de même écouté avec calme et attention la présentation d'un important ouvrage de M. le docteur Tarnier, dans lequel celui-ci rend compte des essais qu'il a faits depuis deux ans à la Maternité au sujet de l'allaitement artificiel des nouveau-nés. Et cependant dans les séances des 30 octobre et 6 novembre 1877, l'Académie, consultée par M. le ministre de l'agriculture et du commerce, sur l'offre faite par le Conseil municipal, à la suite d'un rapport de M. Thulié, de fournir à l'administration de l'Assistance publique les ressources nécessaires pour « mettre en expérience l'allaitement artificiel des enfants, en s'entourant de toutes les données scientifiques pour faire cette expérience », l'Académie, disons-nous, repoussait cette offre avec indignation, et l'un de ses membres allait jusqu'à déclarer que « de telles expériences seraient non seulement dangereuses, mais immorales ». M. Parrot a très habilement glissé sur cette partie délicate de son historique; M. Tarnier n'en a pas dit un mot et nous n'en aurions pas rappelé le souvenir, si nous n'y voyions la nécessité d'entreprendre, dans des conditions nouvelles et plus conformes à la dignité d'une aussi haute Compagnie, les débats auxquels cette question va donner lieu dans les séances prochaines, débats pour lesquels MM. Bouchardat, Colin (d'Alfort), Tarnier se sont déjà fait inscrire. Il y a mieux à faire, en effet, aujourd'hui, que de récriminer par avance « contre les résultats déplorables que donne en général l'allaitement artificiel » et de prétendre que « l'essai à Paris, d'un établissement pour ce mode d'alimentation des jeunes enfants produirait sur ceux-ci les effets les plus meurtriers et devrait être promptement abandonné »; ce sont les propres expressions de M. le rapporteur en 1877. Depuis cette époque l'essai a été courageusement et loyalement tenté, avec les meilleures garanties de savoir et de prudence; on a pu voir combien il avait réussi; pourquoi donc ne fournirait-on pas désormais, à ceux qui en ont eu le mérite, tout ce qui peut leur être nécessaire pour le compléter?

Au cours de cette discussion, M. Jules Guérin rappelait que « dans beaucoup de cas l'allaitement artificiel est une

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

La prssss médicale contemporains. — Les journaux de médecine du Danemark. — Hyglène scolaire dans lss campagnes. — Lss médecins au Groenland.

Quand on a sous les yeux les journaux ou plutôt une partie des journaux de médecine publiés chaque semaine, il est difficile de s'abstenir d'un vif sentiment d'admiration en présence de la somme de travail représentée par ces espèces de brochures si différentes d'aspect. Des écoles à peine connues du sud ou du centre de l'Amérique ont leur organe : il y a une revue en Australie; la Société des médecins russes du Caucase a ses Comptes rendus arrivant rarement, il est vrai, jusque chez nous.

Les titres sont peu variés, tous ces périodiques s'appellent *Journal*, *Gazette*, etc. C'est en Espagne et dans l'Amérique espagnole que la nomenclature est la plus riche. Il y a l'*Indépendance médicale* de Barcelone et l'*Indépendance médicale* de Mexico, l'*Amphithéâtre anatomique* de Madrid et l'*Ecole de médecine* de Caracas. Une *Chronique médicale* se publie à Valence, une autre paraît à la Havane. Au dernier congrès, M. le docteur Billings avait donné des renseignements curieux sur la presse professionnelle de nos jours. Certaines personnes regrettèrent qu'il n'eût pas ajouté des aperçus critiques permettant d'établir une classification *ad valorem*. Je ne sais si un tel travail aurait du succès; suivant une habitude déjà ancienne nous n'admettons dans la matière que deux catégories, celle des journaux sérieux et celle des autres. Malheureusement nous n'avons pas découvert encore un critérium qui permette de placer en toute équité une feuille donnée dans la première ou dans la seconde. Tel *Magasin* est vanté de confiance, par les savants; la collection élégamment reliée se trouve dans

nécessité qui s'impose, que la pratique en est fatalement abandonnée, tantôt à l'impéritie aveugle, mais dévouée, tantôt à une industrie coupable et que les résultats de ce double mode d'emploi ne pouvaient que fournir des conclusions erronées et incapables de servir à l'appréciation scientifique et pratique de ce mode d'élevage». La nécessité assez fréquente de l'allaitement artificiel, qui peut la contester? Non seulement cet allaitement est d'habitude, sinon de règle, dans un certain nombre de conditions sociales; non seulement il s'insinue, pour ainsi dire, au milieu des recommandations les mieux contrôlées; mais que de fois ne faut-il pas l'appliquer d'urgence, dans la crainte d'une catastrophe prochaine ! Or, ceux qui ne redoutent pas de lui refuser le bénéfice d'une expérimentation sérieuse et complète sont-ils si assurés des conséquences de leur conduite lorsqu'ils se voient obligés de le prescrire, et savent-ils, sans en pouvoir douter, quel rôle physiologique il joue dans les modes si variés, dans les conditions si diverses de son application?

La science, assurément, n'est pas encore faite à cet égard; la chimie a bien pu décomposer les différents laits; l'art vétérinaire et l'anthropologie ont bien pu fournir des termes de comparaison; la physiologie a pu ne pas manquer de rechercher la nature des transformations nutritives que cet aliment subit dans les organes digestifs dont l'anatomie pathologique a disséqué les éléments anatomiques, mais le réactif du lait par excellence, c'est-à-dire l'enfant, a-t-il pu être étudié avec toute l'attention nécessaire, aussi complètement et aussi prudemment que possible? Voilà deux ans que M. Tarnier, un an à peine que M. Parrot entreprennent cette étude clinique et expérimentale, et comme elle s'éclaire déjà! Comme elle sort des obscurités de l'empirisme, bien qu'elle n'ait encore pu être l'objet que de recherches restreintes et que l'outillage scientifique fasse encore en grande partie défaut. Après les investigations de M. Tarnier, investigations qu'il complètera sans nul doute en rendant compte des succès inespérés obtenus avec la couveuse artificielle qu'il a fait construire par M. Odile Martin, afin de soustraire à l'influence si grave du froid les enfants nouveau-nés; après ces investigations, il n'est plus permis de nier que le lait d'ânesse présente des avantages bien supérieurs à celui des autres animaux, au moins pendant les six à huit premières semaines. Cette supériorité s'affirme encore davantage par les résultats recueillis par M. Parrot à la nourricerie élevée à l'hospice des Enfants assistés pour les enfants syphilitiques: sur 42 enfants nourris au pis de la chèvre, 8 ont guéri, soit une mortalité de 80,9 pour 100; sur 38 nourris au pis de l'ânesse, 28 ont guéri, soit une mortalité de 26,3 pour 100. Complète, on le voit, est la réhabilitation de l'ânesse, de cet animal sobre, qui, ainsi que le rappelle M. Parrot, se contente de la nourriture la plus mauvaise, du fourrage le plus pauvre, de l'herbe et du foin qu'une vache dédaigne, que le cheval refuse de manger et qui, « pour elle, sont encore des friandises». Il semble, en effet, que les avantages qu'on a longtemps reconnus à la chèvre ne puissent être contre-balancés par la difficulté de la nourrir convenablement dans les villes, où l'on en a le plus grand besoin; c'est un animal délicat, exigeant une nourriture variée, de l'air et de l'espace, et ce n'est qu'à la campagne qu'on peut compter sur ses services pour l'allaitement. Le lait d'ânesse, il est vrai, coûte un prix très élevé, 6 à 8 francs le litre, à Paris; et l'on peut se demander s'il s'abaisserait jamais assez pour pouvoir en généraliser l'emploi. D'autres animaux aussi sont susceptibles de rendre de pareils services; M. Parrot a rappelé la classification que Désessartz, au commencement du siècle, avait faite empiriquement des divers laits au point de vue de l'alimentation des nouveau-nés; il n'a pas manqué non plus de signaler les recherches chimiques qui ont permis à M. Armand Gautier d'établir plus scientifiquement une pareille classification; M. le docteur Coudereau, qui vient de mourir et auquel on doit d'importants travaux dans ce sens, avait remarqué que le lait doit être d'autant plus riche en alcalis, que l'albumine doit prédominer d'autant plus et la caséine d'autant moins que le nourrisson est plus jeune et que ses organes digestifs sont moins parfaits. Bien d'autres auteurs pourraient être cités qui ont préparé à l'expérimentation directe les éléments de recherches précises.

Faut-il reconnaître, comme l'admettent, et, ajoutons-le, comme le prouvent MM. Parrot et Tarnier, que l'ânesse tient le premier rang parmi les animaux qui peuvent être utilisés pour l'allaitement artificiel des nouveau-nés, et qu'il faut placer ensuite la jument, puis la chèvre, et enfin la vache? Ce premier point établi, quelles règles doivent être précisées pour ces divers modes d'alimentation, suivant le régime des animaux, suivant la région et le climat, et d'après les enfants eux-mêmes? Quel cas faut-il faire des divers procédés en usage pour donner le lait à l'enfant? Faut-il enfin, comme le demande M. Parrot, « pourvoir toutes les maisons hospitalières destinées à l'assistance des nouveau-nés et des enfants du premier âge, sains ou malades, d'une nourricerie où l'on entretiendrait proportionnellement à leurs besoins des ânesses et des chèvres »? Tel est, pensons-nous, le pro-

---

toutes les bibliothèques; c'est une collection sacrée, mais sacrée à la manière des poésies de Lefranc de Pompignan, parce que personne n'y touche.

Dans beaucoup de journaux le fonds scientifique est le même, car on rencontre partout des médecins clairvoyants, instruits, observant et discutant; mais il y a des différences de forme et de manière. Le journal allemand est bien imprimé: ses colonnes sont remplies par des faits, par des comptes rendus; il est substantiel et légèrement indigeste. Le journal anglais, le journal américain surtout, est volumineux par vocation. Avant d'arriver au *leading article*, il faut écarter huit ou dix pages d'annonces, dans lesquelles il y a de tout, des réclames pharmaceutiques en grosses capitales, des gravures qui représentent une génisse vaccinifère, un cabriolet à l'usage des praticiens de campagne, une école monumentale dans laquelle on fabrique en toute garantie des docteurs patentés. C'est à la fois un messager scientifique et un véhicule commercial.

Il y a des journaux de science exclusive pour lesquels la médecine est tout et le médecin n'est rien; jamais un mot d'actualité, jamais une variété ne vient interrompre la dure monotonie des mémoires qui se succèdent. D'autres se tiennent dans des sphères moins élevées; ils ont des colonnes entières pour les nouvelles; ils touchent toutes les questions qui se rattachent à la pratique. Ces journaux-là surtout nous intéressent; grâce à eux, nous pouvons vivre momentanément de la vie de nos confrères de Philadelphie ou de Moscou, sans redouter le mal de mer ou les tracasseries de la douane russe; c'est avec eux qu'on écrira plus tard notre histoire, c'est grâce à eux qu'on pourra reconstituer la biographie scolaire de ceux dont l'avenir s'occupera.

Il y a dans le nord de l'Europe un État maritime dont nous avions presque oublié le nom avant 1864 : Paris est loin de Copenhague. Si des malheurs immérités et une résistance héroïque contre la force brutale n'eussent éveillé un vif mouvement de sympathie en faveur d'un peuple intelligent et

gramme que l'Académie pourrait utilement suivre dans la discussion attendue. Sans doute, quelques-uns de ses membres seront encore tentés de plaider la supériorité de l'allaitement maternel et de l'allaitement au sein; le triomphe leur sera facile, et ils ne trouveront assurément pas de contradicteurs; mais il n'en sera pas moins utile de fixer les divers points que nous n'avons fait que relever, afin d'épargner désormais aux praticiens, lorsque l'allaitement artificiel est devenu un mal nécessaire, les tâtonnements dont l'enfant peut être si aisément et si fréquemment la victime. Que l'Académie veuille donc bien préciser cet important débat, et qu'elle suscite enfin, par « cette pression de l'opinion médicale » la plus autorisée, dont parlait ici même M. Blachez en 1880 (p. 397) dans une occasion analogue, une solution à l'une des difficultés, et non la moins grave, de l'un des problèmes les plus impérieux pour la prospérité de notre pays : la diminution de la mortalité des enfants nouveau-nés. En permettant d'ouvrir ce débat dans des conditions scientifiques déjà si favorables, et en lui apportant de tels éléments, MM. Parrot et Tarnier ont rendu un service dont on ne saurait trop reconnaître tout le prix.

— Dans cette même séance, M. Léon Labbé a présenté un malade chez lequel il avait pu extraire une volumineuse tumeur épithéliale de la gorge, en s'ouvrant une voie artificielle par la résection préalable d'une partie du maxillaire inférieur; le résultat opératoire a paru très remarquable. D'autre part, M. Javal a montré tout le parti que l'on pouvait tirer, au point de vue de la mesure de l'astigmatisme, d'un ingénieux ophthalmomètre qu'il vient de construire avec M. Schiötz.

HISTOIRE ET CRITIQUE

Du pansement par l'iodoforme.

L'iodoforme découvert par Sérullas en mai 1882 (1) ne fut employé en médecine qu'en 1836 par Bouchardat, qui, après l'avoir étudié comme chimiste, entrevit le premier, comme médecin, sa valeur thérapeutique (2). Le nouveau médicament fut repris par Gubler, qui reconnut ses éminentes propriétés.

(1) Mémoire publié à Metz *sur l'iodure de potassium, l'acide hydriotique, et sur un composé nouveau de carbone, d'iode et d'hydrogène.*

(2) Mémoire présenté le 24 octobre 1836, à l'Académie des sciences, et intitulé : *Recherches sur l'iodoforme, le chloro-iodoforme, le bromo-iodoforme et le sulfoforme.*

« Comme *calmant*, dit-il, l'iodoforme jouit de propriétés analogues à celles du chloroforme; il a sur lui l'avantage de ne pas déterminer d'irritation locale et de produire une action anesthésique très marquée, sans vomissements, ni phlegmasie des voies digestives...

» L'iodoforme, ajoute-t-il, est un *antiseptique* et un antifermentescible de premier ordre. »

A ces noms il faut ajouter ceux de Morétin, de Lailler, de Féréol, de Besnier, qui préconisèrent et employèrent le médicament pour panser les plaies de mauvaise nature, « pâles, blafardes, longues à se cicatriser, » telles que les diverses ulcérations vénériennes (chancres mous, indurés, phagédéniques), les ulcères variqueux, tuberculeux; les lupus, etc

Telles étaient à peu près les applications médicales de l'iodoforme lorsque, en 1879, les recherches de Mosetig Moorhof firent entrer la question dans une voie nouvelle. Ce que Lister fit pour l'acide phénique, le professeur viennois le tenta pour l'iodoforme; les excellents résultats qu'il obtint dans sa clinique furent bientôt confirmés par ceux de Billroth et de Gussenbauer.

Ces faits, révélés au public un peu bruyamment, mais non sans habileté, excitèrent un enthousiasme extraordinaire qui se répandit dans toutes les cliniques de l'Allemagne; le nouveau pansement fut immédiatement et partout employé. La vogue était à l'iodoforme, comme elle avait été à l'acide salicylique, ou, plus près de nous, à la pilocarpine. Quelques esprits chagrins prononcèrent le mot d'*iodoformomanie*.

Au bout d'un an, une réaction se fit jour, d'abord peu marquée, mais gagnant rapidement du terrain, finalement excessive, aussi exagérée certainement que l'avait été l'engouement du début.

Cette défaveur extraordinaire nous paraît imméritée. N'ayant pris aucune part à l'engouement, nous sommes fort à l'aise pour juger impartialement la valeur de la méthode. Nous avons choisi dans le dossier déjà volumineux de l'iodoforme les faits les plus saillants, et nous allons présenter successivement au lecteur la technique d'un pansement presque inconnu en France, ses inconvénients réels ou hypothétiques. Cet exposé montrera que l'iodoforme ne mérite ni l'extrême faveur dont il a joui, ni l'extrême défaveur dont il est l'objet.

I. — TECHNIQUE DU PANSEMENT

L'iodoforme peut être utilisé de diverses manières. Voici les principales formules de Mosetig (*Samml. klin. Vortræge*, 1882) :

fier, nous en serions encore là. Le Danemark a des institutions scientifiques qui ne le cèdent en rien à celles de l'Allemagne; les médecins y jouissent de la considération qui s'attache à l'instruction et à la dignité; malheureusement la diffusion de leurs travaux est difficile. Le danois n'est guère compris que dans les pays scandinaves; en Suède, en Norvège, en Finlande; ce que nous en savons, nous l'apprenons de seconde main par des revues allemandes, et pourtant il y a là une presse locale. Deux journaux de médecine au moins se publient toutes les semaines à Copenhague; l'un s'appelle la *Gazette des hôpitaux*, l'autre, la *Gazette hebdomadaire;* le premier est plus scientifique, c'est une sorte de Moniteur de l'enseignement et de la clinique, le second est plus professionnel. Avec lui le médecin d'Etat d'un hameau de l'Islande est au courant des questions dont s'occupent ses confrères de la métropole; il connaît les nouvelles de l'Université, les nominations ou les changements de poste. Ce n'est pourtant point une gazette fermée, sans intérêt pour les étrangers et pour le public. La partie scientifique se borne à des faits, à des relations d'épidémies; ces travaux courts et sans prétention nous présentent un tableau pittoresque et véridique de la vie populaire et de la condition du médecin; ils nous montrent le paysan dans sa lutte journalière pour l'existence, nous signalent les mauvaises conditions hygiéniques des habitations, de l'alimentation, des habitudes. Ailleurs, nous voyons les procédés et la répression de l'exercice illégal de la médecine en Danemark.

En 1881, le Conseil de santé du royaume étudia avec une vive sollicitude la question de l'hygiène des écoles. Le point de départ de la discussion était un mémoire d'un médecin communal, M. A. Hertel. Ces honorables confrères croyaient que beaucoup de maladies et d'états pathologiques constitutionnels avaient pour cause l'excès de travail exigé des enfants et souhaitait qu'une statistique sérieuse fût entreprise pour les écoles rurales.

M. Hans Kaarsbgerg a répondu à cet appel, et il déclare, au

1° *Poudre.* — Mosetig se sert de la poudre pure et fine de préférence à la préparation en gros grains ou cristalline; les portions de la plaie, même les plus petites, sont mises en contact avec le médicament, la réunion par première intention n'est pas entravée, enfin la poudre est plus facilement éliminée. Veut-on obtenir une réunion par première intention? La couche pulvérulente doit être très mince; les cavités seront, suivant leur grandeur, saupoudrées d'une couche de l'épaisseur d'un dos de couteau, de façon à ce qu'on n'ait plus à s'inquiéter de la marche de la plaie. Il est inutile et pourrait être, dans certains cas, dangereux de les remplir complètement. La dose maxima employée par Mosetig a été de 70 grammes; la dose ordinaire est de 40 à 20 grammes, et moins encore chez les enfants. Pour répandre la poudre on se sert d'une spatule, d'une cuillère ou d'instruments analogues; Billroth, d'un sucrier ordinaire en verre à couvercle percé de petits trous ou d'une poire pulvérisatrice.

Les récipients en verre doivent être de préférence colorés en jaune brun, parce que la lumière agit assez rapidement sur l'iodoforme.

2° *Crayons.* — Mosetig se servit primitivement d'un porte-médicament pour l'application de l'iodoforme dans l'intérieur des cavités ou des trajets; il y renonça bientôt, et se servit de crayons construits au moyen de la gomme adragante, de la gélatine et du beurre de cacao, d'après la formule suivante :

Pour les crayons mous : iodoforme pulvérisé, gélatine, parties égales.

Pour les crayons durs : iodoforme pulvérisé, beurre de cacao, parties égales.

La proportion d'iodoforme peut être doublée.

3° *Gaze iodoformisée.* — Elle est préparée avec du calicot non apprêté, de façon à ce que la poudre pénètre facilement par compression et y adhère. Cette préparation peut contenir de 10 à 20 pour 100 d'iodoforme.

Si l'on a besoin d'une gaze plus riche, on imprègne l'étoffe de colophane et de glycérine, la poudre adhère fortement, et la proportion s'élève à 30 et 50 pour 100.

On emploie la gaze iodoformisée pour recouvrir immédiatement la plaie préalablement saupoudrée, de façon à la protéger contre les décompositions possibles des sécrétions imbibant le matelas ouaté protecteur.

4° *Lotions.* — Les lotions avec la solution dans l'éther sont très actives. Mosetig recommande encore les émulsions dans l'huile de ricin, l'huile d'amandes douces (Gubler conseillait chez nous l'huile iodoformée) et la glycérine.

5° *Injections parenchymateuses.* — Elles sont appelées, selon Mosetig, à jouer un grand rôle en chirurgie. Il se sert d'une seringue graduée, dont le piston est à vis; le liquide injecté est une émulsion dont voici la composition : iodoforme, 50 grammes; glycérine, 40 grammes; eau distillée, 10 grammes; gomme adragante, 30 centigrammes.

6° *Collodion iodoformisé.* — Küster (Görges, *Centralblatt f. Chir.*, 9, 1882) traite les petites plaies récentes par un collodion iodoformisé à 10 pour 100. Il en répand avec un pinceau une couche assez épaisse sur la ligne de suture. Il obtint également rapidement la réunion par première intention de plaies suturées qu'il était impossible de soumettre à un pansement compressif antiseptique, comme, par exemple, la résection du maxillaire inférieur, les plaies au niveau de l'anus ou des parties sexuelles chez la femme.

Les plaies de deux trachéotomies chez des diphthériques et de trois autres opérations furent pansées avec cette solution, sans que l'on observât aucune complication, tandis que sur cinq plaies de trachéotomies traitées par le pansement phéniqué, il y en eut une qui devint diphthéritique.

Tout autre pansement antiseptique devient inutile, un simple lavage à l'eau pure suffit. Il serait également illogique de recouvrir une plaie iodoformisée par le pansement phéniqué, qui est volatil, puisque l'iodoforme est plus stable.

Il est nécessaire, avant de se servir de l'iodoforme, d'arrêter complètement toutes les hémorrhagies; cela fait, on saupoudre simplement toutes les parties intéressées. L'iodoforme répandu en couche mince n'empêche pas la réunion par première intention, pas même dans les plaies articulaires. Mais il ne faut pas oublier d'assurer l'écoulement des sécrétions de la plaie par les drainages ordinaires. Tandis que, dans le Lister, le pansement protecteur doit empêcher la décomposition des sécrétions, l'étoffe protectrice dans le pansement par l'iodoforme doit absorber et fixer les liquides, puisque l'excès d'iodoforme rend toute décomposition impossible au niveau de la plaie, alors même qu'elle aurait lieu dans le pansement protecteur.

Mosetig recouvre simplement les plaies avec de la gaze iodoformisée et du coton hydrophile. Un morceau de toile imperméable par-dessus le tout, empêche, jusqu'à un certain point, la dispersion de cette odeur d'iodoforme tant abhorrée par certaines personnes. A moins d'indication formelle, le pansement par l'iodoforme *ne doit pas être renouvelé.* Le passage du pus à travers le pansement n'a plus la signification

---

contraire, que l'application intellectuelle ne nuit aucunement à la santé. Avec les congés, on a tout au plus trois jours d'enseignement par semaine, et encore il y a des interruptions.

Le Danemark est un pays d'élevage et de pâture; les gros fermiers sont occupés surtout de la fabrication du fromage, industrie salubre, s'il en fut. La santé publique laisse malgré tout à désirer; la chlorose, l'anémie, le nervosisme ne sont nullement rares; il est difficile d'en trouver la raison d'être dans les occupations. Personne ne mène une vie plus pénible que les petits pâtres et personne ne se porte mieux qu'eux. A une certaine époque, il pleut constamment; des enfants de dix à douze ans (parfois des filles) partent dès l'aube, après qu'on a trait les vaches, et ne rentrent qu'au soir. Une courte interruption, vers midi, leur permet à peine de venir prendre leurs repas à la ferme. Mal vêtus, trempés tous les jours jusqu'aux os, ils restent plusieurs semaines de suite exposés aux intempéries de toute sorte. Les plus favorisés peuvent, quand le bétail est tranquille, trouver un abri dans des espèces de masures lézardées et sans couverture; au moindre changement de temps il faut retourner aux troupeaux.

« Malgré ces conditions déplorables, dit l'auteur, je n'ai jamais vu un seul pâtre avec un visage triste ou maussade et j'ai souvent parlé avec eux. » A l'école, ce sont les élèves les plus gais, les plus vifs, leur santé est florissante. Ils en ont vraiment besoin : quand on entre dans une classe, une odeur nauséabonde vous prend à la gorge et vous rejette involontairement en arrière. L'hygiène du vêtement est mal entendue; les adultes, les femmes surtout, ont si peur des refroidissements et du rhumatisme, qu'ils se couvrent d'une façon ridicule et gênante. Des pommes de terre, du café, de la viande rôtie et du schnaps, telle est l'alimentation courante. Dans les familles qui n'ont pas de vaches, pour lesquelles l'usage du lait est un luxe onéreux, l'estomac ressent le contre-coup de l'alimentation et l'ulcère simple n'est pas rare.

qu'il a dans la méthode de Lister, parce que l'asepticité ne réside pas dans le pansement protecteur, mais dans le médicament placé en contact avec la plaie. La marche des plaies iodoformisées est ordinairement afébrile; de temps à autre cependant survient, le premier jour, « une fièvre de résorption ».

On n'emploie pas l'eau pour nettoyer la plaie, on en nettoie seulement les bords avec de la ouate mouillée, et on ne met une nouvelle couche d'iodoforme que lorsque la quantité qui a été mise après l'opération a été usée. On n'a pas eu besoin, dans beaucoup de cas, de revenir à une nouvelle iodoformisation de la plaie. L'iodoforme ne produit aucune irritation de la plaie, ses effets calmants rendent la plaie indolente dès le début. La formation des bourgeons charnus est vivement favorisée; la cicatrisation cependant est un peu lente, de sorte qu'on doit plus tard chercher à l'activer par des irritants. Mosetig se sert, à cet effet, de poudre de sous-acétate de plomb. Les sécrétions sont notablement diminuées par ce pansement; elles ne sont pas purulentes, mais plutôt séro-muqueuses. L'iodoforme lui-même s'élimine peu à peu complètement (Gussenbauer a vu une fois seulement une inclusion temporaire dans la plaie). L'iodoforme est absorbé très rapidement, mais il est éliminé de même; il apparaît dans l'urine, quelques heures après le pansement, sous la forme d'iodure de sodium. Du reste, les effets de l'iodoforme sur l'organisme ne ressemblent en rien à ceux des sels iodiques; on n'observe ni le coryza, ni l'amaigrissement; l'état général est, au contraire, bientôt amélioré.

Les essais d'injections parenchymateuses dans les articulations malades et fongueuses ont donné de bons résultats.

On injecta une solution éthérée à 1 d'iodoforme pour 5 d'éther (deux fois par semaine une demi-seringue de Pravaz) dans les masses fongueuses et même dans l'articulation. L'injection produisit une douleur vive et une légère réaction locale; mais ce gonflement disparut dans trois cas, déjà après la quatrième injection; la tuméfaction disparut complètement au bout de quatre à cinq semaines; les mouvements revinrent en entier, la douleur devint presque nulle.

On ne doit employer cette méthode que dans les tumeurs blanches tout au début; lorsque la suppuration est établie, l'incision sur place est préférable.

On obtint également plus tard de bons résultats dans le traitement des abcès froids (aspiration du pus, injection iodoformique, puis forte compression au moyen d'attelles plâtrées).

Wöffler cite (*Centr. Bl. f. Chir.*, 9, VIII, 1881) les excellents résultats obtenus chez Billroth par l'emploi de l'iodoforme dans la cavité buccale. Dix-huit carcinomes de la langue furent opérés à partir d'avril jusqu'en octobre 1881; dans la plupart des cas l'amputation de la langue fut totale. Dans la plupart des cas également, ablation partielle du plancher de la bouche, de la glande sous-maxillaire, des ganglions, etc. Les ligatures de l'artère linguale, souvent même de la faciale, avaient été faites auparavant.

Tous les opérés guérirent. La marche de la plaie fut chaque fois complètement exempte de réaction; la guérison se fit toujours sans aucune de ces complications qui s'observent dans les excisions de la langue.

La plaie de la ligature « communiquait » avec la cavité buccale, cette dernière fut drainée, il ne resta aucune « communication » directe et l'on n'observa plus, après guérison, la perforation du plancher de la bouche.

On introduisit dans la cavité buccale, après chaque opération, un morceau de gaze iodoformisée long de 15 à 20 centimètres, large de 3 doigts environ et replié quatre fois sur lui-même, ce tampon fut fortement enfoncé dans la cavité de la plaie. Cette petite quantité d'iodoforme suffit pour rendre la plaie aseptique complètement et d'une façon continue. Le morceau de gaze adhéra ordinairement pendant cinq ou huit jours; il ne tomba jamais de lui-même les premiers jours et ne dut point être renouvelé lorsque le malade prit des aliments liquides.

Cette action antiseptique de l'iodoforme dans les opérations de la cavité buccale a été également suffisamment constatée par d'autres observateurs.

L'iodoforme a été également employé dans la clinique de H. Schoenborn, à Kœnigsberg, pour traiter les affections tuberculeuses, les plaies où le pansement de Lister était impraticable et des plaies même déjà septiques. Les résultats obtenus furent excellents. Le cas suivant mérite d'être rapporté :

OBS. I. *Phlegmon suppuré de Ludwig (phlegmon prévertébral) médiastinite ancienne suppurée chez un homme de vingt-deux ans.* — Large incision qui donne issue à un pus fétide et à des gaz, le malade a une fièvre considérable. Lavage avec la solution phéniquée à 5 pour 100, puis tamponnement de la cavité avec un morceau de gaze phéniquée imprégnée d'iodoforme.

La fièvre diminua bientôt, et la plaie devint complètement inodore. Le cinquième jour, pulvérisation d'iodoforme dans l'intérieur et gaze iodoformisée sur la plaie; ce pansement durait de quatre à cinq jours. Au bout de quatorze jours, toute la cavité fut tapissée de bourgeons charnus. La guérison fut rapide.

Voilà le milieu où s'exerce l'activité du médecin danois; mais pour celui que les hasards d'un examen scolaire exilent jusqu'au voisinage du pôle, pour celui dont les visites se font sur des canots, que les timonniers esquimaux dirigent souvent avec peine entre deux blocs de glace; pour celui-là, l'existence de l'*Embedslaege* du Jutland est une aspiration à laquelle il ne parviendra qu'au déclin de sa carrière, s'il y parvient.

« En mai 1876, dit M. Haven, je voguais avec joie vers mon poste au Groenland, espérant que je trouverais là des conditions médicales bien différentes de celles de la mère patrie et que je n'avais jamais vues. » Cette espérance ne fut pas déçue. Au moment même de son arrivée, le jeune médecin d'Etat se trouve en présence d'une épidémie formidable qui décime les indigènes : il prodigue les conseils et les médicaments; mais que faire, quand 20 ou 30 personnes sont entassées dans des huttes de 20 pieds de large, pourvues au centre d'un baquet de tôle, dont on devine à première vue l'usage. Il y a bien des lits, mais quels lits?... La propreté, les soins du corps sont choses absolument inconnues; dans les familles les plus riches, la nourriture consiste en biscuit, gruau, poisson sec; pour boisson, de l'eau de pluie conservée dans des outres, croupie le plus souvent.

On ne peut obtenir aucun renseignement sur les commémoratifs : la langue varie d'une localité à l'autre; presque personne n'entend le danois. Ces localités sont d'immenses territoires; il faut que les habitants soient malades à une époque donnée, car le médecin n'y passe qu'une fois par an. A Umanak, un des districts les plus septentrionaux, il faudrait quatorze jours pour que le médecin pût arriver près d'un malade; dans les circonstances les plus favorables, et pendant plusieurs mois il est impossible même d'aller le chercher. Une épidémie éclate, il s'y rend en hâte; quand il arrive, ceux qui ont été frappés sont guéris ou enterrés.

Cette relation, que nous aurions voulu traduire en entier, nous en dit plus que le journal d'un navigateur obligé d'hiverner dans les mers polaires. Dans deux ans, un congrès

Falkson pense qu'il est superflu d'employer l'iodoforme, dont la résorption peut devenir dangereuse dans tous les cas où l'on peut obtenir une réunion par première intention et où l'on n'a pas affaire à des plaies fongueuses.

Hoefftmann a également employé l'iodoforme dans la polyclinique de Kœnigsberg et les excellents résultats qu'il a obtenus sont d'autant plus dignes de remarque qu'il n'a pas toujours été possible de désinfecter complètement les plaies de malades marchant et venant à la consultation. Le plus souvent, ces plaies étaient simplement lavées avec la solution à 2 pour 100.

Hoefftmann recommande également l'iodoforme dans le traitement de l'anthrax, du furoncle, des brûlures et de l'ozène. Il termine par l'observation suivante :

OBS. II. *Empyème du côté droit depuis six mois; fistule à la hauteur de la sixième côte, suppurant abondamment, chez un enfant très affaibli âgé de trois ans et demi; guérison sans drainage et sans l'emploi d'eau phéniquée.* — Résection d'un fragment de la sixième côte, long de 1 centimètre. Raclage de la cavité purulente avec le doigt et avec la curette tranchante. L'hémorrhagie fut abondante, et comme l'enfant était très affaibli Hoefftmann n'osa pas faire un lavage à l'eau phéniquée.

Il introduisit environ 30 grammes d'iodoforme dans la cavité pleurale et il ferma la plaie (*sans y laisser de drain*) avec de la ouate salicylée et de la ouate ordinaire. Marche sans fièvre. Il ne restait plus, lorsque le pansement fut enlevé, quatre semaines après, qu'une plaie bourgeonnante au niveau de l'ancien orifice fistuleux, qui fut guérie en peu de temps.

Les résultats obtenus par Leisrink à l'hôpital israélite de Hambourg sont en tout conformes à ceux de Mosetig et de Billroth. Il emploie l'iodoforme pour toutes les plaies et a obtenu également des réunions par première intention en intercalant une petite quantité d'iodoforme entre les lèvres de la plaie.

Beder rapporte (*Deuts. Zeits. f. Chirur.*) quelques observations recueillies à la clinique de Thiersch. « Les plaies récentes, dit-il, ne comportent l'emploi de l'iodoforme que lorsqu'on doit renoncer à une réunion par première intention, dans les cas de perte de substance étendue de la peau, ou de contusion violente des parties molles. Lorsqu'on répand de l'iodoforme sur une plaie et qu'on suture ensuite par-dessus les lèvres de la plaie, on obtient bien la réunion de la peau par première intention, mais l'iodoforme empêche le contact direct avec les parties profondes sous-jacentes. Lorsqu'on ne peut pas recourir au pansement occlusif, il est certainement indiqué de recourir à l'iodoforme, les plaies peuvent ainsi rester à découvert. » Il pense que l'on doit renoncer à l'iodoforme lorsque les plaies sont abondamment bourgeonnantes. L'iodoforme lui a donné de bons résultats dans les inflammations fongueuses des os et des articulations. Il employait au début de grandes quantités d'iodoforme de 50 à 300 grammes, mais il a beaucoup diminué les doses et dernièrement, dans une plaie consécutive à une résection de la hanche, il n'en a employé que quelques grammes. Il admet également une action indirecte de l'iodoforme sur les fongosités des parties molles. L'iodoforme est plus facilement résorbé par les surfaces fongueuses que par les plaies fraîches. Dans le premier cas, la réaction iodique apparaît au bout de douze heures; dans le second, elle n'apparaît guère qu'au bout de trois jours, dans la majorité des cas.

O. Rosenbach (*Berl. klin. Woch.*, XIX, 1882) emploie l'iodoforme comme traitement consécutif à la thoracotomie, surtout lorsque le liquide devient purulent; il l'emploie même dans les cas de liquide simplement séreux, car l'iodoforme empêche la putréfaction de l'exsudat et favorise la formation de bourgeons charnus. Ce moyen est précieux, car il est souvent très difficile, sinon impossible, dans la pratique civile d'appliquer dans ces cas-là un pansement de Lister classique.

L'auteur cite deux observations très favorables; la quantité d'iodoforme introduite dans la cavité pleurale varia de 5 à 8 et 10 grammes.

Küssner est très partisan de l'emploi de l'iodoforme dans les affections tuberculeuses; il le considère comme un *agent spécifique antituberculeux.* Cette conviction se base sur les résultats du traitement des ulcères tuberculeux du pharynx et de la cavité buccale par les insufflations d'iodoforme finement pulvérisé (0gr,2, 0gr,3 en moyenne). Aujourd'hui Küssner conseille, avec plus de réserve toutefois, les inhalations d'iodoforme dans la phthisie. Au lieu de provoquer, comme on l'a dit, l'irritation des bronches et même les pneumonies, ce médicament calmerait la toux, diminuerait l'expectoration, ferait disparaître la fièvre hectique. — 10 centimètres cubes d'une solution alcoolique d'iodoforme (10 pour 100) sont introduits dans la capule de l'inhalateur qui contient 30 centimètres cubes et l'on ajoute de l'eau de façon à former une sorte d'émulsion (*Deutsche med. Woch.*, 1882, n° 17).

Terminons, enfin, la question du pansement proprement dit par la communication de Podrazky (*Allg. Wiener med.*

---

international se réunira à Copenhague; on admirera, comme toujours, la disposition des laboratoires; les curieux chercheront peut-être dans les musées, les bibliothèques ou les collections des autographes du comte de Struensee qui fut médecin réformateur, amant d'une reine, et périt sur l'échafaud. D'autres iront voir le tombeau d'Hamlet, dont l'authenticité n'est pas plus douteuse que celle de la prison de Monte-Christo au château d'If; très peu songeront à parcourir les feuilles médicales de l'année. Il nous semble qu'elles ont malgré tout leur intérêt et qu'on trouverait difficilement dans le guide le mieux fait des détails d'une plus poignante réalité.

L. THOMAS.

FONDATION D'UNE SOCIÉTÉ D'HYGIÈNE A ATHÈNES. — On vient de fonder à Athènes, par l'initiative de la Société médicale de cette ville, une Société d'hygiène ayant pour but l'étude scientifique de la Grèce au point de vue médical et hygiénique, ainsi que les améliorations à introduire dans l'hygiène du pays par les moyens les plus pratiques. Le bureau de la nouvelle Société a été constitué comme il suit: M. J. Vouros, ancien professeur de la clinique médicale dans la Faculté d'Athènes, correspondant de l'Académie de médecine de Paris, président; MM. Vénizélos, professeur à la Faculté, et P. Soutsos, médecin en chef dans l'armée, vice-présidents; M. Chassioty, professeur agrégé de l'histologie, secrétaire-général; MM. les docteurs Katérinopoulos et Digéris, vice-secrétaires. Le zèle et la valeur scientifique des membres du bureau et de ceux qui prennent une part active aux travaux de cette Société sont de sûrs garants de sa réussite et de l'importance des services qu'en retirerait la santé publique.

Zeitung, n° 6, 1882). Ce mémoire contient la relation de 7 blessures par armes à feu traitées par l'iodoforme : 2 plaies pénétrantes de poitrine, 1 non pénétrante, 1 plaie des parties molles du membre inférieur gauche compliquée d'une lésion très étendue des muscles et d'une hémorrhagie abondante ; 1 plaie par arme à feu dans le voisinage de l'articulation de l'épaule gauche et 2 des doigts compliquées toutes deux du broiement d'une phalange.

Le traitement de toutes ces blessures fut le suivant : nettoyage à l'eau phéniquée des parties avoisinantes de la plaie, introduction d'un crayon iodoformique d'environ 2 centimètres de long, dans chacune des ouvertures d'entrée et de sortie du séton ; 1 gramme environ de poudre sur la surface de la plaie, enfin du coton, de la gutta-percha et une bande d'organdi. La marche de ces plaies fut extrêmement favorable et *aseptique*. La sécrétion de la blessure ne fut *jamais* purulente, mais séreuse et plutôt muqueuse, et si peu abondante que tous les pansements purent être maintenus de huit à dix jours. Toutes ces blessures furent complètement guéries en trois ou quatre semaines.

L'auteur recommande ensuite l'emploi de l'iodoforme en campagne, surtout sur le lieu de premier pansement. Chaque soldat pourrait porter sur lui, dans la poche de sa capote, son pansement iodoformique qui représenterait une valeur de 70 centimes environ. Podrazky a fait construire à ce sujet des étuis plats en fer-blanc qui doivent contenir : 5 grammes de poudre d'iodoforme, un crayon d'iodoforme, un morceau de coton hydrophile, un petit morceau de mackintosch ou de gutta-percha et une bande de gaz longue de 2 mètres.

Hassler,
Médecin aide-major à l'hôpital du Val-de-Grâce.

(*A suivre.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Note sur un cas de mal perforant du pied accompagnant l'ataxie locomotrice, par M. S. Morer, médecin-major de deuxième classe.

Le 22 octobre 1881, M. le docteur Christian, médecin de la maison nationale de Charenton, faisait une communication à la Société de médecine de Paris, sur le mal perforant du pied dans la paralysie générale. Considérant combien cette affection est encore peu connue et combien les avis sont partagés sur sa nature, malgré les travaux faits sur ce sujet depuis que Nélaton, en 1852, appelait sur le mal perforant l'attention des médecins, M. le docteur Christian déclare qu'il y a intérêt à rechercher les circonstances dans lesquelles se produit cette singulière altération. C'est pour ce motif que je crois devoir publier l'observation suivante :

Observation de mal perforant accompagnant l'ataxie locomotrice. — M. L. G., directeur de l'usine à gaz de M. (Hérault), vient me voir vers le commencement d'octobre 1881. M. L. G. est vigoureux, bien portant en apparence, vêtu avec une certaine recherche, il a quarante-trois ans. Il a de la peine à monter les quelques degrés qui l'amènent chez moi; il n'est pas solide sur ses pieds qu'il regarde constamment, il marche avec le pied droit en talus forcé, et enfin il se laisse tomber plutôt qu'il ne s'assied dans le fauteuil que je lui offre. Le malade me raconte l'histoire suivante : il est atteint d'un mal perforant du pied droit dont le début remonte à trois ans; le commencement et la marche de l'affection ont été classiques, nous ne nous y arrêterons pas. Malgré l'ennui qu'il en éprouvait, il traita toujours sa maladie comme un simple bobo, et il y a un an et demi environ il se maria. Peu de temps après il fut gravement malade; il avait complètement perdu la raison, il gesticulait beaucoup, il avait un délire continu et fréquemment on devait appeler ses ouvriers pour le maintenir tranquille. Je n'ai pu nettement établir la forme du délire. Cet état dura un mois environ; après ce laps de temps le calme se fit, mais le malade était très affaissé, il avait énormément maigri. M. le professeur Combal le vit à ce moment et se borna à prescrire les fortifiants, la bonne nourriture et l'hydrothérapie. Ce régime remit complètement le malade dont l'état général est aujourd'hui excellent; on est loin en le voyant de lui donner son âge; l'appétit est robuste sans être exagéré, toutes les fonctions végétatives s'exécutent bien, les fonctions de génération seules sont fort languissantes. M. L. G. se trouve en somme fort bien, il désire beaucoup être débarrassé de son mal perforant qui le prive des longues promenades qu'il aimait et l'empêche de surveiller ses affaires.

Il découvre son pied malade dont le talus est voulu, afin de préserver la partie atteinte. Nous constatons alors un gonflement violacé de toute la région du premier métatarsien et du gros orteil dont les tissus mous, tendus, infiltrés ont en certains points une dureté ligneuse; le gros orteil est renversé en haut. Le gonflement œdémateux se poursuit sur le tarse, le cou-de-pied, la jambe, mais sans changement à la couleur de la peau.

A la face plantaire au niveau de la tête du premier métatarsien se voit un orifice situé au milieu d'une zone jaunâtre d'épiderme induré. Cette ouverture dont les bords sont tranchants et semblent taillés à l'emporte-pièce, donne lieu à un écoulement de pus mal lié, sans odeur, particulièrement fétide et d'une abondance fort modérée. Un stylet introduit par cette ulcération aboutit dans une cavité assez étendue et atteint une partie osseuse, dénudée, rugueuse, de la dimension d'environ une pièce de un franc. C'est bien à un mal perforant, que nous avons affaire et l'état inflammatoire que nous constatons tient surtout à des irritations causées par la marche et par l'application de topiques variés. Le malade nous raconte, en effet, qu'il est obligé d'être constamment sur pied, et que depuis trois ans il a essayé contre son mal toute espèce de médicaments.

Pendant notre examen et pendant que le malade nous raconte sa longue histoire, nous remarquons un trouble singulier de la parole : quelquefois ce trouble tient à ce que le malade ne trouve pas le mot comme le fait un aphasique, d'autres fois le mot est dit, mais d'une façon incompréhensible, par suite d'un embarras de la langue analogue à celui de la paralysie générale. M. L. G. nous dit que sa vue s'affaiblit depuis quelque temps peu à peu, qu'il a quelquefois de la diplopie. Il n'y a pas de paralysie oculaire, je n'ai malheureusement pas fait d'examen ophthalmoscopique. Les pupilles sont égales et contractiles. L'intelligence est intacte, les fonctions affectives sont peut-être un peu exagérées : M. L. G. pleurerait volontiers; le caractère est gai, mais le malade est très irascible. Sa tenue est bonne, cependant il commet quelquefois certains actes bizarres qui dénotent une distraction peu commune : à table il se sert du vin dans son assiette, il est gauche sans qu'on puisse dire que les membres supérieurs sont atteints d'ataxie. Il est le premier à rire de ces singularités lorsqu'il s'en aperçoit.

Notre malade ressent fréquemment dans les membres inférieurs, surtout dans les jambes et le cou-de-pied, des douleurs qu'il appelle névralgiques, mais qui ressemblent en tous points aux douleurs fulgurantes atténuées de l'ataxie ; elles sont cependant assez vives pour l'éveiller au milieu de la nuit. Quelquefois ses jambes sautent involontairement; il ne se tient que difficilement debout, ses pieds et surtout celui du côté malade étant continuellement secoués, soulevés par des contractions inattendues. Lorsque la nuit vient, il n'ose bouger de crainte de chute; il lui semble être suspendu en l'air, il ne sait plus où il est, et ce sentiment, qui lui est fort pénible, disparaît dès qu'on apporte de la lumière. La marche est caractéristique : M. L. G. ne quitte pas des yeux ses pieds qui frappent brusquement le sol par leur talon d'abord après une ascension exagérée. Le mouvement de rotation sur lui-même, très difficile pendant qu'il regarde ses pieds, est impossible s'il ne les voit pas; les yeux fermés il tombe dès qu'il essaye de se mettre en mouvement. La force musculaire nous paraît conservée, la sensibilité paraît normale, si ce n'est au voisinage de l'ulcère et dans toute la région œdémateuse où elle est très diminuée. M. L. G. a mené une vie fort accidentée et a abusé de tous les plaisirs. Pas de syphilis cependant, pas d'antécédents héréditaires remarquables.

Comme traitement local nous avons fait pendant trois semaines

des injections de teinture d'iode pure sans grand avantage associées au repos le plus absolu possible, au bout de ce temps l'iode a été remplacé par la liqueur de Vilatte, et vers le 15 décembre nous avons observé l'élimination du fragment osseux nécrosé; vers le 20 décembre la cicatrisation est en bonne voie.

Contre l'affection nerveuse nous avons prescrit l'iodure de potassium et l'hydrothérapie sans obtenir d'amélioration.

Cette observation ressemble beaucoup à l'observation II de M. Christian : mal perforant antérieur, période d'excitation maniaque avec délire des grandeurs, incoordination des mouvements, amaigrissement, douleurs fulgurantes, puérilité paralytique.

— Mais ce n'est pas sur l'alliance possible dans ces deux cas de la paralysie générale et de l'ataxie locomotrice, alliance à coup sûr intéressante, que nous voulons insister. Nous ne ferons que remarquer aussi que notre observation vient à l'appui de l'opinion exprimée par Duplay et Morat (*Arch. gén. de médecine*, 1873), et développée par M. le professeur Charcot et MM. le professeur Ball et Thibierge, dans leur communication au Congrès médical de Londres (Conclus. *in Arch. gén. de méd.*, septembre 1881), à savoir : que le mal perforant est une conséquence directe de la maladie nerveuse comme les autres troubles trophiques observés.

Nous voulons simplement faire ressortir un fait qui ne nous semble pas avoir été suffisamment mis en lumière par les différents auteurs que nous avons pu consulter et qui nous paraît avoir une certaine importance. C'est que souvent le mal perforant apparaît tout à fait au début de la maladie nerveuse, alors qu'elle n'est qu'à la période d'incubation et que le diagnostic n'en est pas fait par le médecin.

A l'appui de notre assertion nous ne pouvons produire que quatre cas, l'absence de tous moyens de recherches nous ayant empêché d'en réunir un plus grand nombre. Quelque faible que soit ce nombre, cette constatation nous a paru intéressante à signaler.

Dans sa première observation M. Christian constate le début d'une paralysie générale le 17 octobre 1880, et il nous dit, dans le cours de son récit, bien que ses renseignements ne paraissent pas absolument certains, que le mal perforant existait depuis deux ans ; dans la seconde, c'est aussi une paralysie générate au début accompagnée peut-être de certains phénomènes ataxiques (avril ou mai 1881 probablement), et au moment de l'entrée il existait un mal perforant du gros orteil gauche; le même mal avait existé à droite dans le courant de 1880.

M. Hanot a publié dans les *Archives de physiologie* de 1881 deux observations de mal perforant dans l'ataxie locomotrice : dans la seconde, on note en 1878 un mal perforant droit, traité par M. Tillaux à Lariboisière. Guérison au bout de six mois ; alors le malade semble trouver qu'il ne marche pas facilement; en janvier 1880 les symptômes de fourmillement débutent dans le côté droit, puis passent à gauche ; la marche devient difficile et l'ataxie est manifeste en octobre 1880. Il faut, pour être dans la vérité, noter que dans la première observation d'Hanot, le mal perforant survint en février 1880, et que le malade avait des douleurs fulgurantes depuis quinze ans.

Vient enfin notre observation : le malade est atteint de mal perforant depuis trois ans (1877-1878). Accès maniaque il y a un an en 1880. A ce moment pas d'ataxie manifeste ; M. le professeur Combal semble ne pas l'avoir vue si on s'en tient à sa consultation écrite ; enfin en octobre 1881, nous constatons des phénomènes manifestement ataxiques.

Cette constatation dans ces quatre observations de l'existence du mal perforant avant l'affection nerveuse deviendrait plus intéressante si elle était faite dans un plus grand nombre de cas.

Cependant il nous semble qu'on doit admettre que chez un certain nombre de malades le mal perforant apparaissant dans la période d'incubation des affections nerveuses (paralysie générale et ataxie locomotrice), prend une valeur pronostique considérable. Pour nous, il nous semble indiqué, en constatant un mal perforant, de nous tenir en garde contre ces maladies qu'il précède quelquefois d'assez longtemps comme nous avons tenté de le montrer. Un traitement général convenable à la période initiale de la maladie pourrait prévenir peut-être l'établissement définitif de l'affection, en arrêtant à leur début les processus scléreux.

En tous cas le médecin consulté serait en droit de prémunir ses malades contre des éventualités redoutables. Il est probable, pour ne pas dire certain, que si le médecin, ami du jeune officier sujet de la deuxième observation de M. Christian, avait entrevu ce rapport, il l'aurait dissuadé d'un mariage suivi au bout de deux mois d'accidents paralytiques formidables. Il en est de même dans notre observation : notre malade se maria fin de 1879 ayant son mal perforant depuis 1877 ou 78, il eut son accès maniaque peu de temps après le mariage, et l'ataxie devint manifeste en 1881.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur ce sujet, nous avons simplement voulu signaler un rapport qui, vérifié, donnerait à l'existence d'un mal perforant une remarquable valeur pronostique. Nous ajouterons cependant que l'ataxie dans notre cas n'a en rien modifié le mal perforant, et que réciproquement l'affection nerveuse a marché malgré l'existence de l'ulcère plantaire.

M. Christian fait honneur de la rémission des phénomènes morbides observée chez ses malades à l'ulcère plantaire qui avait agi sur l'affection nerveuse à la manière d'une plaie suppurante. L'existence du mal perforant bien avant l'apparition de l'excitation maniaque, existence constatée à l'entrée du malade à Charenton, nous paraît enlever toute influence à l'affection du pied sur la rémission observée ultérieurement dans les phénomènes nerveux. Il serait pour le moins singulier que cette maladie locale eût une part quelconque sur la cessation de phénomènes qu'elle a été d'ailleurs impuissante à prévenir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 17 JUILLET 1882. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

SUR LE SUC GASTRIQUE. Note de M. *P. Chapoteaut.* — Dans la note qu'il a déjà présentée à l'Académie (*Comptes rendus*, t. XCIV, p. 1722), il a fait voir que la solution aqueuse du suc gastrique (desséché et lavé préalablement à l'éther jusqu'à cessation de coloration de ce véhicule), étendue de son volume d'alcool à 95 degrés, laisse précipiter un corps pulvérulent blanc; l'alcool modifiant ce précipité, il l'obtient de préférence en acidulant la liqueur aqueuse par l'acide sulfurique ou autres acides qui, même en excès, ne peuvent le redissoudre; l'acide chlorhydrique en excès le redissout au contraire facilement.

Ce précipité blanc constitue bien la partie active du suc gastrique; au bout de cinq à six minutes, en présence de l'acide lactique (10 à 12 gouttes dans 50 centimètres cubes d'eau), il transforme à froid la fibrine et la viande en syntonine; en portant le mélange à + 60 degrés, il le peptonise. Un litre d'eau en dissout 2 grammes à la température ordinaire; soluble dans les alcalis, précipitable de cette solution par les acides en perdant d'ailleurs peu à peu ses propriétés, sa solution aqueuse est incoagulable à + 100 degrés, mais a perdu toute action dissolvante à cette température; elle est précipitée par les solutions de chaux, de baryte, de sous-acétate de plomb, et n'exerce aucune action sur la lumière polarisée. Sa teneur en carbone, hydrogène et azote est la

suivante : C., 51; H., 7,2; Az., 15,4, composition très voisine, on le voit, de celle des albumines.

SUR DEUX NOUVEAUX ANTISEPTIQUES : LE GLYCÉROBORATE DE CALCIUM ET LE GLYCÉROBORATE DE SODIUM. Note de M. *G. Le Bon*. — La découverte d'un agent antiseptique puissant, et jouissant en outre de la propriété d'être très soluble, sans odeur, et nullement toxique, présenterait sans doute un intérêt considérable. Les deux corps que l'auteur présente aujourd'hui à l'Académie, le glycéroborate de calcium et le glycéroborate de sodium, jouissent, dit-il, des propriétés que je viens d'énumérer.

Même en solution étendue, les glycéroborates de calcium et de sodium sont, dit l'auteur, des agents antiseptiques très puissants. Le glycéroborate de sodium m'ayant semblé, au point de vue thérapeutique, supérieur au glycéroborate de calcium, c'est de lui que je me suis surtout occupé. Au point de vue antiseptique, ce corps présente sur l'acide phénique l'avantage d'être soluble dans l'eau en toutes proportions, et surtout d'être absolument inoffensif. On peut l'appliquer à l'état concentré sur des organes aussi sensibles que l'œil, sans inconvénient. Au point de vue de l'hygiène, on l'emploiera utilement comme désinfectant, et pour conserver la viande ou les produits alimentaires. J'ai pu envoyer à la Plata des viandes recouvertes d'un simple vernis de glycéroborate : elles sont arrivées aussi fraîches qu'au départ. Au point de vue médical, on peut faire usage des solutions de glycéroborate en injections, en applications sur les muqueuses, dans les pansements chirurgicaux, dits de Lister, etc.

SUR LES CONDITIONS INDUSTRIELLES D'UNE APPLICATION DU FROID A LA DESTRUCTION DES GERMES DE PARASITES, DANS LES VIANDES DESTINÉES A L'ALIMENTATION. Note de M. *F. Carré*. Confirmation des expériences et des vues présentées à l'Académie par M. *H. Bouley*. — « M. Bouley, ajoute l'auteur, en » constatant que la viande soumise à la congélation ne subit » aucune modification après le dégel, et qu'elle reste ce qu'elle » était auparavant », aura porté le dernier coup au préjugé, aussi faux qu'accrédité, d'après lequel les viandes gelées seraient entrées en putréfaction aussitôt après le dégel. J'ai reconnu, au contraire, qu'elles se conservent alors beaucoup plus longtemps que les viandes ordinaires. »

SUR LA VISIBILITÉ DES POINTS LUMINEUX. Note de M. *Aug. Charpentier*. — Il résulte des faits exposés par l'auteur : 1° qu'à clarté égale et pour une même distance, la visibilité des points lumineux est directement proportionnelle à leur surface ou au carré de leur diamètre; 2° qu'à clarté et dimensions égales, la visibilité des points lumineux est inversement proportionnelle au carré de leur distance à l'œil (opinion déjà soutenue par M. Javal); 3° qu'à dimensions égales et pour une même distance, la visibilité des points lumineux est directement proportionnelle à leur éclairement. Il est bon de dire que tout cela s'applique uniquement à des yeux exactement adaptés à la distance de l'objet et dépourvus d'astigmatisme.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 25 JUILLET 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

M. le ministre du commerce transmet les tableaux des vaccinations pratiquées en 1881 dans un certain nombre de départements et des pièces relatives à une demande de M. le docteur Lebel à l'effet d'être autorisé à exploiter l'eau minérale de la source André à Saint-Fortunat (Ardèche).

M. le docteur *Grandjean*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Ténès (Algérie), envoie un mémoire manuscrit intitulé : *Paralysie ataxique observée chez les Kabyles à la suite de l'ingestion d'une variété de gesse (Lathymus elymenum L.) appelée en Kabylie « habech »*. Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Bouley, Chatin et Vulpian.

M. *Bouley* présente une note manuscrite de M. *Nocard*, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort, sur *le traitement de la rage par la pilocarpine*. Renvoi à l'examen de M. Bouley.

M. *Larrey* fait hommage, au nom de M. le docteur *Coustan*, d'un ouvrage intitulé : *La médecine militaire française devant les grandes Compagnies savantes de 1859 à 1881*.

M. *Tarnier* dépose, de la part de M. le docteur *Guichard* (d'Angers), une brochure ayant pour titre : *Opération césarienne suivant le procédé de Porro*. Il fait ensuite hommage du premier volume d'un *Traité d'accouchement*, qu'il a publié avec la collaboration de feu le docteur *G. Chantreuil*.

M. *Richet* dépose, au nom de M. le docteur *Duchaux* (de Montluçon), un ouvrage intitulé : *La femme stérile*.

M. *Villemin* présente une brochure de M. le docteur *Arnould* (de Lille), ayant pour titre : *Les controverses récentes sur l'assainissement des villes*.

RAGE. — A l'occasion du procès-verbal, M. *Duboué* tient à dire que M. Bouley s'est mépris sur le véritable sens de la revendication qu'il a fait présenter, à la dernière séance, par M. Depaul, au sujet des recherches de M. Pasteur sur le siège bulbaire de la rage; il se déclare, au contraire, plein de respectueuse admiration pour « l'une de nos gloires nationales les plus chères et les plus pures ». M. *Bouley*, dans une courte réplique, fait incidemment savoir que M. Pasteur a pu également produire la rage à la suite d'injections du virus rabique directement dans le sang.

ÉPITHÉLIOMA DE LA RÉGION BUCCALE. — M. *Léon Labbé* présente un malade qui était affecté d'un épithélioma de l'amygdale droite avec envahissement du voile du palais du même côté, de la luette, d'une partie de la portion gauche de ce voile, du plancher de la bouche et de la base de la langue. Il a pratiqué l'extirpation de tout ce néoplasme à la suite de la résection préalable de la moitié droite du maxillaire inférieur. Il se loue de ce mode opératoire et ajoute que, grâce à l'alimentation artificielle, il a obtenu une prompte guérison du malade; la réunion de la plaie extérieure s'est faite par première intention.

OPHTHALMOMÈTRE. — M. *Javal* montre à l'Académie un ophthalmomètre qu'il vient de construire avec M. *Schiötz*, afin de mesurer les courbures et l'astigmatisme de la cornée. Il pense en effet qu'en règle générale le siège de l'astigmatisme réside dans cette partie de l'organe de la vue, d'où il résulte que, le plus souvent, on peut se borner à la mesure ophthalmométrique de l'astigmatisme, au lieu d'avoir recours à un examen subjectif difficile, incertain, obligeant à se servir de l'atropine. Par les mensurations qu'il a ainsi faites, il a, en outre, très souvent reconnu l'existence d'une accommodation astigmatique compensatrice du cristallin, ce qui explique pourquoi l'astigmatisme faible est compatible avec la vision la plus parfaite chez les jeunes sujets; de même il a pu diagnostiquer et traiter à coup sûr par l'atropine et les verres le spasme astigmatique de l'accommodation, étudier le kératocône, préciser l'endroit où l'iridectomie peut être appliquée pour en diminuer les effets et opposer des verres correcteurs aux troubles causés par la conicité de la cornée; il a ainsi, à l'aide de cet instrument, pu mesurer aisément des yeux opérés de cataractes. Il fait enfin remarquer qu'il faut désormais admettre que l'accommodation astigmatique du cristallin est absolument incompatible avec le mécanisme auquel certains auteurs attribuent encore la déformation du cristallin par la vision des objets voisins.

ALIMENTATION ARTIFICIELLE DES NOUVEAU-NÉS; NOURRICERIE DE L'HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — M. *Tarnier*, à l'occasion de la présentation d'un ouvrage qu'il vient de faire paraître sur la physiologie de l'hygiène de la première enfance, considérée surtout au point de vue de l'alimentation, rend compte des recherches qu'il s'est efforcé d'entreprendre afin d'établir, dans des conditions déterminées, l'allaitement artificiel aussi avantageusement que possible pour les enfants nouveau-nés. Il n'a pas tardé à reconnaître que l'allaitement au pis de la chèvre, ou avec le lait de cet animal, soit pur, soit coupé de différentes façons, ne produisait que des résultats défectueux ; de même pour le lait de vache ou les préparations si nombreuses qu'on lui fait subir. Mais à partir du jour où il s'est servi de lait d'ânesse, les enfants ainsi nourris en ont merveilleusement profité ; leurs digestions sont devenues excellentes et la mortalité a diminué manifestement. M. Tarnier estime donc que l'allaitement artificiel à l'aide du lait

d'ânesse, si elle est bien conduite, surveillée et réglée, si on la pratique soit au pis de l'animal ou avec le verre ou la cuillère, donne d'excellents résultats au moins jusqu'à l'âge de deux mois; ce lait devenant insuffisant, il peut être alors remplacé par le lait de vache convenablement corrigé.

Ces observations de M. Tarnier ont immédiatement amené M. *Parrot* à demander la lecture de la communication pour laquelle il était déjà inscrit depuis plusieurs semaines, sur la nourricerie de l'hospice des Enfants assistés. Ce n'est que l'année dernière, malgré ou plutôt à cause de la discussion qu'on n'a pu oublier et dont M. Parrot indique sobrement les diverses phases, grâce aussi à la persévérance du Conseil municipal, que cette nourricerie a commencé à fonctionner; on y reçoit les nouveau-nés syphilitiques dans un bâtiment des mieux aménagés, situé au milieu de vastes jardins et réuni de plain-pied, par un couloir très aéré, à une étable où les enfants peuvent être portés au pis de l'animal. On avait d'abord placé dans cette étable plusieurs chèvres et une seule ânesse; les résultats obtenus ont engagé à n'y conserver que des ânesses; voici d'ailleurs ces résultats :

86 enfants atteints de syphilis héréditaire ont été allaités à la nourricerie. Par suite de circonstances particulières, 6 ont pris exclusivement du lait de vache à l'aide du biberon; un seul a guéri, les cinq autres ont succombé. 42 ont été nourris au pis de la chèvre, 8 ont guéri, 34 sont morts; ce qui équivaut à une mortalité de 80,9 pour 100. 38 ont été nourris au pis de l'ânesse; 28 ont guéri, 10 sont morts; ce qui donne une mortalité de 26,3 pour 100.

Cette supériorité du lait d'ânesse doit tenir à sa composition chimique; il contient moins de caséum et moins de graisse que le lait de chèvre nourrie à l'étable et surtout que le lait de vache; il se rapproche le plus, on le sait, du lait de femme. Quant au lait de chèvre, il paraît convenir, l'expérience l'a démontré, dans les pays de montagnes, où les chèvres en liberté se nourissent comme elles le veulent; mais à Paris il ne réussit pas. Le lait de vache est le plus mauvais de tous, comme on l'a reconnu depuis longtemps. M. Parrot signale aussi les essais tentés en Russie avec le lait de jument, à Paris par le docteur Condereau avec le lait de chèvre et il paraît disposé à admettre, avec les auteurs du commencement du siècle, qu'il faut, à ce point de vue, classer les différents faits de la manière suivante, conforme également aux recherches chimiques reproduites par M. Armand Gautier. dans sa chimie biologique : d'abord le lait d'ânesse et de jument, lait contenant plus de séreux et moins de parties caséeuses, puis celui de la chèvre, enfin celui de la vache et en dernier lieu le lait de brebis.

A défaut d'une bonne nourrice, l'allaitement direct au pis des animaux peut donc rendre de grands services, il est en tous cas franchement indiqué pour les enfants atteints de syphilis héréditaire. L'ânesse, par sa sobriété, par la manière dont elle supporte la stabulation prolongée, surtout par la composition chimique de son lait, qui le rapproche beaucoup de celui de la femme, tient le premier rang parmi les animaux qui peuvent être utilisés pour l'alimentation artificielle Cette alimentation demande d'ailleurs à être ainsi conduite : une ânesse en pleine lactation ne peut nourrir efficacement que trois enfants âgés en moyenne de cinq mois; le nombre des tétées dans les vingt-quatre heures variera de six à huit et il sera d'autant moins considérable que les enfants seront plus âgés. Ce lait est particulièrement indiqué dans les affections gastro-intestinales; exceptionnellement alors il remplacera avec avantage le lait de femme. Au surplus, où la chèvre pourra vivre en liberté et trouvera ses aliments de prédilection, on la substituera sans inconvénient à l'ânesse.

M. Parrot estime enfin que toutes les maisons hospitalières et destinées à l'alimentation des enfants du premier âge, sains ou malades, devraient être pourvues d'une nourricerie où on entretiendra, proportionnellement à leurs besoins, des ânesses et des chèvres; les constructions y seraient disposées de telle sorte que l'étable où séjournent habituellement les animaux soit d'un accès facile; une comptabilité régulière des poids des enfants pris trois fois par semaine donnerait des renseignements exacts sur le mouvement de leur nutrition et servirait de point de départ aux modifications à apporter à leur régime alimentaire. Deux enfants ou trois au plus devront être soignés par la même personne.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 19 JUILLET 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Amputation ostéoplastique du pied. — Traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodurées. — Transfusion directe du sang.

M. *Després* présente deux malades : à l'un, il a fait l'amputation sous-astragalienne; chez l'autre, M. Le Fort a appliqué son amputation ostéoplastique du pied. La comparaison est en faveur du procédé de M. Le Fort. Toutes les fois que cette opération sera possible, on devra la préférer à la sous-astragalienne.

M. *Trélat*. La comparaison n'est pas à faire entre la sous-astragalienne, qui peut avoir ses indications, et l'opération de M. Le Fort. Cette dernière doit être comparée aux autres opérations ostéoplastiques, à celle de Pirogoff par exemple. Il est incontestable que les opérations de Le Fort et de Pirogoff donnent une forme de moignons plus favorable à la marche.

M. *Le Fort*. Quand le mal siège dans le calcanéum, on ne peut pas faire l'opération ostéoplastique, mais ordinairement on peut garder cet os et cependant on fait la sous-astragalienne. A l'étranger on donne la préférence au procédé de Pirogoff.

M. *Després* dit que son malade était dans les conditions de la sous-astragalienne. Une brûlure l'avait tenu un an au lit; la suppuration de la jambe avait amené une grande friabilité des os, et le calcanéum s'était brisé spontanément pendant l'opération.

— M. *Trélat*. M. Després a présenté dans la dernière séance une femme guérie d'un kyste de l'ovaire par la ponction et l'injection iodée. Il s'agissait d'un kyste parovarien à liquide clair, pur, albumineux; ces kystes guérissent souvent par la simple ponction.

M. *Lucas-Championnière*. L'injection des kystes avec la teinture d'iode est une opération beaucoup plus meurtrière que l'ovariotomie dans ces dernières années. On ne peut autoriser l'injection iodée que si le kyste est adhérent de tous côtés et ne peut être enlevé.

M. *Le Fort*. Si nous consultons les observations de kystes de l'ovaire, traités par les injections iodurées, on voit en effet que la mortalité est plus forte que pour l'ovariotomie, faite dans ces dernières années. Mais, lorsque M. Boinet publiait ses observations, on injectait tous les kystes, multiloculaires ou uniloculaires. Pour les kystes uniloculaires à contenu séreux, M. Le Fort accepterait difficilement l'ovariotomie.

En 1863 nous pensions que les ponctions répétées détermineraient des adhérences, ce qui n'est pas vrai quand la ponction n'est pas suivie d'inflammation. M. Le Fort fit cette même année une ponction chez une malade; le kyste était uniloculaire, à liquide citrin; la malade quitta l'hôpital guérie. En 1869, cette femme fut examinée et on ne trouva rien dans le bassin qui rappelât le kyste ponctionné. Ainsi, un kyste uniloculaire à contenu séreux peut être guéri par une simple ponction.

M. *Trélat* n'est pas de l'avis de M. Lucas-Championnière

qui dit que chaque fois qu'un kyste de l'ovaire est enlevable, il faut l'enlever. Si le kyste tend à pulluler, s'il est dangereux de le laisser, il faut l'enlever. S'il présente des conditions de guérison par une simple ponction, il ne faut pas l'enlever. Si une simple ponction ne suffit pas, on fera la ponction et l'injection iodée.

M. *Duplay* pense enfin que la malade de M. Després pouvait guérir par une simple ponction. Il a observé une dizaine de kystes parovariens qui ont guéri par la simple ponction; dans quelques cas il fallut deux ou trois ponctions. L'injection iodée est une opération dangereuse, deux malades ont failli succomber à l'inflammation consécutive.

M. *Terrier*. Il est probable qu'il s'agissait d'un kyste du parovarium chez l'opérée de M. Després. M. Terrier a rencontré des kystes énormes, uniloculaires, qui guérissaient par la ponction, et au bout d'un an ou deux une autre poche se développait. Quand on a affaire à un kyste du parovarium, faire une simple ponction et attendre. Si le liquide se reproduit une ou deux fois, ne pas faire l'injection iodée mais l'ovariotomie.

M. *Lucas-Championnière*. En matière de kystes de l'ovaire, ce n'est qu'après avoir ouvert le ventre qu'on sait ce qu'il y a. M. Lucas-Championnière ponctionne ses malades; si le liquide se reproduit, il fait l'ovariotomie. Le cas de M. Le Fort est exceptionnel; M. Championnière a opéré deux kystes paraovariens; l'ovaire était malade et dut être enlevé.

M. *Verneuil* a rencontré un cas semblable à celui de M. Le Fort. En 1865, vint à Lariboisière une femme avec un kyste uniloculaire, à liquide clair; cette femme sortit guérie après une seule ponction. Doux ans après, elle amena une de ses amies qui fut ponctionnée aussi; le liquide était clair. Ces deux femmes restèrent guéries. En pareil cas, on ne doit pas faire l'ovariotomie d'emblée. La constitution des kystes paraovariques est spéciale; la membrane est très mince, facile à déchirer; une injection iodée peut être très dangereuse.

M. *Trélat*. Spencer Wells insiste sur l'utilité des ponctions initiales, parce que certains kystes peuvent guérir ainsi.

M. *Duplay*. Il n'est pas exceptionnel de rencontrer des kystes parovariens, et le diagnostic est possible, même avant la ponction. Le plus souvent, n'étant pas pédiculisés, ils présentent une certaine gravité opératoire si l'on veut faire l'ovariotomie.

M. *Lucas-Championnière*. Quand on a fait une ponction et que le liquide se reproduit, faut-il encore faire une ponction? Il est probable que cette nouvelle ponction ne donnera que très exceptionnellement la guérison.

M. *Després* dit que sa malade a été ponctionnée en 1879 à Clermont; le liquide se reproduisit. En 1880, nouvelle ponction donnant un liquide presque puriforme, quoique limpide; les parois avaient une notable épaisseur. Le liquide se reproduisit encore; c'est alors que M. Després fit une injection iodée avec la solution de Boinet. Au bout d'un mois le liquide se reproduisit encore. Alors M. Després fit une injection de teinture d'iode pure. La malade est guérie depuis 6 mois.

M. *Terrier*. Cette femme n'avait pas un kyste parovarion, mais un kyste uniloculaire de l'ovaire. Il y a une différence absolue entre la composition chimique et histologique du liquide parovarien et du liquide du kyste de l'ovaire. La malade de M. Després aurait guéri par l'ovariotomie.

— M. *Roussel* (de Genève) lit un travail sur un appareil à transfusion directe du sang.

Il y a plusieurs années, lorsqu'il a présenté son transfuseur direct à la Société de chirurgie pour solliciter ses critiques, celles-ci ont porté seulement sur le jeu de la lancette, cachée dans le cylindre initial de l'instrument situé au centre de la ventouse.

On a fait des difficultés à accepter l'emploi d'un moyen mécanique, qui, bien que facile à régler d'une façon précise, n'est pas exactement dans la main et sous l'œil du chirurgien qui s'en sert. Tel qu'il était, le transfuseur avait déjà à son actif une cinquantaine d'opérations, dans lesquelles il s'était parfaitement conduit, en particulier au point de vue de la saignée à faire sur le donneur de sang. Cependant, appelé en mai 1881 à faire des démonstrations publiques de la manœuvre de l'instrument dans plusieurs hôpitaux, il est arrivé deux fois à M. Roussel, notamment au Val-de-Grâce, de ne pas obtenir de sang au premier coup de la lancette, et d'être obligé de déplacer la ventouse qui avait été posée à quelques millimètres à gauche ou à droite de la veine.

Ce petit contretemps n'a pas d'importance sérieuse, car il suffit d'allonger légèrement l'incision de la saignée, mais l'auteur a voulu que son instrument pût défier toute critique, et, pour cela, il a modifié le procédé selon lequel on saigne le donneur de sang.

Il a transformé le porte-lancette en un porte-tampon.

Le *tampon*, petite pièce cylindrique de caoutchouc durci, est ajusté à la place qu'occupait la lancette, au bout d'une tige susceptible d'allongement et pouvant se fixer, au moyen d'un clou à baïonnette, à l'orifice inférieur du cylindre au contact de la veine turgide.

Le chirurgien ayant fait gonfler par le bandage de saignée la veine du donneur de sang, choisit la place où la ventouse adhère solidement. En ce point, il pratique à la main libre et avec une lancette ordinaire une saignée classique. Rapidement, il coiffe le fil de sang avec la ventouse, de manière que le tampon allongé appuie, ainsi que le ferait le bout du doigt, sur l'ouverture de la saignée, et suspende ainsi le fil du sang. Par la manœuvre ordinaire du courant d'eau chaude, il expulse de l'intérieur de l'instrument, non seulement l'air y contenu, mais aussi les gouttes de sang du premier fil qui a été soumis au contact de l'air. Puis, lorsque la canule finale est introduite dans la veine du blessé, il suffit de décrocher le clou à baïonnette, pour que le tampon se relève, et laisse libre passage au sang.

Selon ce procédé, on perdra, il est vrai, le premier fil de sang, qui, ayant été soumis au contact de l'air, ne doit pas être introduit dans les veines du blessé, mais, on sera certain de faire au premier coup une fidèle et large saignée à la veine du donneur de sang.

C'est le *transfuseur direct à tampon* que M. Roussel soumet à l'appréciation de la Société de chirurgie. Depuis février 1882, les chirurgiens français ont donné à l'auteur l'occasion d'opérer sept fois la transfusion dans des cas désespérés. L'opération a eu quatre beaux succès, et s'est montrée trois fois impuissante. Ces sept transfusions n'ont été suivies d'aucun accident quelconque quant aux blessés et d'aucun dommage, même le moindre, quant aux donneurs de sang, qui, tous, ont pu reprendre aussitôt leurs travaux ordinaires.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 22 JUILLET 1882. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Lésions des ganglions du sympathique chez les ataxiques : MM. Raymond et Arthaud. — Alimentation des moutons : M. Sanson. — Physiologie du diaphragme et des nerfs phréniques : M. Hénocque. — Contraste des couleurs; son siège cérébral : M. Parinaud. — Réflexes pupillaires : M. Parinaud. — Appareils physiologiques de M. Ch. Verdin, présentés par M. Laborde. — Exhalation d'acide carbonique après la section de la moelle cervicale : MM. Gréhant et Quinquaud. — Brides vulvo-vaginales : M. de Sinéty.

MM. *Raymond* et *Arthaud* ont étudié, à l'hospice d'Ivry, les lésions anatomiques des ganglions de la chaîne sympathique chez trois sujets atteints d'ataxie. Ils ont constaté, soit

avec l'acide osmique, soit avec le bichromate d'ammoniaque ou l'acide chromique, des altérations variées portant à la fois sur l'élément nerveux et sur l'élément conjonctif. Les travées conjonctives sont épaissies; les vaisseaux qu'elles contiennent sont dilatées et leurs parois ont augmenté d'épaisseur. Les cellules ganglionnaires, fortement pigmentées comme cela existe normalement à partir d'un certain âge, ont subi la dégénération granulo-graisseuse, ce qui est plus rare comme altération sénile; quelques-unes n'ayant conservé ni leur noyau, ni leur nucléole, sont réduites à une petite masse granuleuse teintée en noir par l'osmium ou à une masse pigmentée. D'autres cellules ont complètement disparu et laissent à leur place une lacune au milieu du tissu du ganglion.

Les filets nerveux qui traversent le ganglion sont aussi atteints : les fibres pâles de Remak sont à peine reconnaissables; les noyaux d'un certain nombre d'entre elles ont participé à la dégénérescence des cellules.

De toutes les altérations les plus importantes, au point de vue des rapports spéciaux qu'elles paraissent présenter avec l'ataxie, sont l'atrophie des cellules et la disparition des fibres de Remak avec dégénérescence de leurs noyaux. S'il n'existe pas dans le système sympathique des ataxiques de lésions réellement spécifiques, les altérations signalées se présentent du moins avec un caractère d'intensité très grande, surtout chez les malades depuis longtemps atteints de *tabes dorsalis;* ce n'est que chez eux que la dégénérescence des cellules va jusqu'à l'atrophie et qu'on rencontre la dégénérescence des fibres de Remak. MM. Raymond et Arthaud se proposent de faire une étude complète de la question avec la bibliographie qu'ils laissent aujourd'hui de côté avec intention.

— M. *Sanson* expose les résultats avantageux obtenus à l'école de Grignon sur un troupeau de moutons qui ont été alimentés avec une farine composée employée en Angleterre.

— Dans le cours de recherches sur le mécanisme de la respiration et sur les fonctions du nerf phrénique, MM. *Hénocque* et *Eloy* ont été conduits à pratiquer l'arrachement de l'un et de l'autre des nerfs phréniques ou bien de ces deux nerfs. Voici quelles sont les conclusions d'une première communication qu'ils viennent de présenter à la Société de biologie. Les expériences ont été faites sur des animaux d'espèces diverses : chat, chien, cobaye, lapin et singe, et possédant un type respiratoire différent. L'enregistrement des tracés graphiques était obtenu avec les instruments de Marey. Les *effets immédiats* de l'arrachement d'un nerf phrénique, ces animaux étant anesthésiés, sont l'altération du rhythme, l'exagération des contractures de tous les muscles inspirateurs. Les mouvements diaphragmatiques persistent pendant un certain temps, même après l'arrachement complet des racines des deux nerfs phréniques. Ce phénomène ne peut surprendre ceux qui, après M. Brown-Séquard et M. Vulpian, ont observé la persistance des contractions rhythmiques du diaphragme après la mort. Mais du côté opéré, ces contractions cessent bientôt et l'élévation de la paroi thoracique ne se produit plus alors que par l'action des intercostaux inférieurs et de quelques muscles élévateurs accessoires.

En général, les animaux survivent à ces lésions et présentent des *phénomènes consécutifs*, qui sont : l'immobilisation de la cage thoracique du côté opéré, plus manifeste, d'ailleurs, chez le chien et le singe que chez le cobaye, le lapin et le chat. Toutefois, l'immobilité n'est pas absolue et le tracé pneumogastrique représente une ondulation rhythmée.

Les *effets lointains* correspondent aux périodes de réparation et de régénération des nerfs. Le timbre de voix est modifié et en prenant des tracés graphiques après deux, quatre et dix mois, les expérimentateurs ont constaté le retour de la courbe respiratoire du côté opéré à un type semblable aux ondulations du côté non opéré. Le rhythme redevient normal, mais l'intensité des mouvements est diminuée. On a constaté que la régénération se faisait par un plexus nerveux dans lequel aboutissent les racines du phrénique. Le diaphragme ne subit pas d'altérations trophiques, même au début; et chez les animaux très tardivement, ces altérations faisaient défaut.

Enfin, phénomène remarquable, les muscles intercostaux inférieurs du côté opéré sont hypertrophiés. Cette hypertrophie établit donc une sorte de suppléance fonctionnelle sur la moitié du diaphragme du côté opéré. Elle assure le rétablissement de l'amplitude respiratoire de ce côté.

— M. *Parinaud* fait une première communication *sur le contraste des couleurs, sa raison physiologique et son siège cérébral*. Depuis les travaux de Chevreul, on connaît les conditions physiques qui produisent le contraste, mais nous sommes moins bien fixés sur la cause réelle du phénomène, sur les propriétés de l'organe visuel qui lui donnent naissance. En ce qui concerne le contraste simultané particulièrement, beaucoup de physiologistes, parmi lesquels Helmholtz, soutiennent que la couleur de contraste, qui n'a pas de réalité objective, est l'effet d'une erreur de jugement, d'autres soutiennent, au contraire, qu'il y a une sensation réelle.

D'après M. Parinaud, les phénomènes de contraste sont intimement liés à la production des images consécutives; ils ont une cause dans une sensation subjective réelle et relèvent des deux propriétés suivantes de l'appareil visuel : 1° toute impression d'une couleur sur la rétine détermine dans les éléments nerveux une modification qui se traduit par une sensation persistante, positive ou négative. Cette sensation consécutive, surtout la négative, modifie les impressions nouvelles qui portent sur la même partie de la rétine (contraste consécutif); 2° à cette modification des parties directement impressionnées correspond, dans les parties qui n'ont pas reçu l'impression, la modification contraire qui donne la sensation de la couleur complémentaire. Cette nouvelle sensation induite modifie comme la première les impressions nouvelles (contraste simultané).

M. Parinaud, ayant démontré dans une communication antérieure que les images consécutives ont un siège cérébral, il en conclut que le processus qui donne lieu au contraste siège également dans le cerveau, mais il en donne en outre la démonstration directe. Tout phénomène de contraste implique deux impressions dont l'une réagit sur l'autre. Lorsque ces deux impressions se produisent dans le même œil, on peut supposer que la réaction se passe dans la rétine, mais lorsqu'elles sont reçues par un œil différent, on est forcé d'admettre qu'elle a lieu dans le cerveau. Or, on peut modifier les expériences relatives au contraste simultané de telle sorte que la couleur inductrice agissant sur un œil, la couleur induite se développe dans l'autre.

— M. *Parinaud* fait une seconde communication *sur l'exagération des réflexes pupillaires :* La pupille, dans l'état normal, se contracte par deux influences, l'excitation lumineuse et le mouvement de convergence des axes visuels auquel s'associe l'effort accommodatif. Dans les affections cérébro-spinales, dans l'ataxie particulièrement, il arrive souvent, ainsi que l'a signalé Argyl-Robertson, que la pupille ne réagit plus par la lumière. Chez beaucoup de malades, à une certaine période, la pupille contractée ne se modifie par aucune influence.

Dans certaines affections, les réflexes, au lieu d'être abolis, sont exagérés, et cette exagération s'accompagne aussi d'un myosis qui se prononce encore davantage par l'excitation lumineuse et la convergence, tandis qu'il diminue dans un lieu faiblement éclairé, contrairement à ce que l'on observe pour le myosis tabétique. L'abolition et l'exagération des réflexes pupillaires coïncident souvent avec des modifications sem-

blables des réflexes tendineux. Il arrive parfois, dans certains états pathologiques, qu'une forte excitation lumineuse, au lieu de contracter la pupille, la dilate.

— M. *Laborde* présente une série d'appareils de physiologie qui ont été fabriqués par M. Ch. Verdin, mécanicien, et dont quelques-uns sont dus à l'initiative du constructeur. Ce sont des modèles variés d'excitateurs électriques pour les nerfs, une muselière pour la respiration artificielle, sans trachéotomie, chez les petits animaux.

— MM. *Gréhant* et *Quinquaud* ont étudié l'exhalation d'acide carbonique par les poumons, chez un chien dont la moelle avait été sectionnée entre la cinquième et la sixième vertèbre cervicale. On sait qu'un animal qui a subi cette opération se refroidit graduellement et arrive à présenter les propriétés d'un animal à sang froid (Cl. Bernard). Il était intéressant de doser l'acide carbonique exhalé par les poumons à des périodes successives à partir de l'opération, en mettant en regard les variations de l'exhalation et les variations de la température. Le fait le plus général qui ressort de ces recherches, c'est que la quantité d'acide carbonique exhalé s'abaisse avec la température, si bien que quand l'animal est tombé à 25 degrés, le gaz exhalé est en quantité sept fois moins considérable qu'à l'état normal, pour une même quantité d'air mis en circulation dans le poumon.

— M. *de Sinéty* a observé deux cas de brides verticales situées à l'orifice vulvo-vaginal. Il en donne la description détaillée en montrant les dessins qu'il en a faits. En cherchant dans les auteurs des faits analogues, il a trouvé des descriptions qui s'en rapprochent et suppose qu'un certain nombre de cas de ce genre ont été considérés comme des cloisonnements incomplets du vagin.

REVUE DES JOURNAUX

De la présence du sucre dans la sérosité des œdèmes, par le docteur Ottomar Rosembach.

D'après l'auteur, le sucre se rencontrerait constamment dans la sérosité de l'œdème, quand celle-ci est pauvre en albumine. La proportion du sucre varierait entre un dixième ou un quinzième pour 100 dans la sérosité du tissu cellulaire sous-cutané. Mais il a été rencontré également dans celle du péritoine, de la plèvre et dans le liquide intracrânien d'un enfant hydrocéphale. Le dosage a été opéré par les liqueurs de Fehling et de Frommer et après séparation préalable de l'albumine au moyen de la chaleur et de la filtration. Sous l'influence de l'exposition des liquides à l'air, le sucre diminuait rapidement par suite de la fermentation. Enfin, par un examen attentif de l'urine des malades, il a été impossible de constater la présence de cet élément dans le liquide. De plus, l'auteur n'a observé aucune différence dans la proportion de sucre suivant les régions sur lesquelles la sérosité avait été recueillie. (*Allgm. med. Centralzeitung*, 15 mars 1882, et *The Medical Record*, 13 mai 1882.)

Des altérations de l'encéphale et de la moelle épinière dans la rage, par le docteur Kolesnikoff.

On sait que le docteur Kolesnikoff a été le premier à constater la formation d'amas transparents autour des vaisseaux des lysses et à établir un rapport de causalité entre elles et les corps brillants. Par de nouvelles recherches, il a constaté que dans la rage les altérations des centres cérébro-spinaux consistent dans la dilatation des vaisseaux, l'infiltration de leur paroi par les leucocytes, et l'accumulation de ces derniers autour des vaisseaux. Après un certain temps, ces exsudats se transforment en masses opaques qui subissent consécutivement la dégénérescence pigmentaire ou gélatiniforme.

Ces altérations sont plus manifestes sur les parois des veines que sur celles des artères et surtout sur les vaisseaux des corps striés, des couches optiques, du pont de Varole, de la moelle allongée et sur la moelle épinière, au niveau de l'origine des septième, huitième, neuvième, dixième et douzième paires nerveuses. (*Arch. of veterin. med.*, décembre 1881.)

Sur un nouveau vésicant, par le docteur Armengué.

L'*Œnas Afer*, insecte de la famille des coléoptères, employé comme vésicant, paraît, d'après l'auteur, donner des résultats plus certains, et coûter un prix moins élevé que les cantharides. Ce nouvel agent thérapeutique aurait l'avantage d'agir rapidement et de ne produire qu'une très faible douleur. Les limites de la vésication dépassent les bords de l'emplâtre, phénomène qui augmente l'étendue de l'action thérapeutique et qui peut être avantageux dans certains cas. Enfin, fait dont l'importance serait plus considérable, s'il était justifié : d'après le docteur Armengué, l'emploi de ce nouveau vésicant ne s'accompagnerait jamais d'un retentissement sur l'appareil génito-urinaire. (*La Independencia medica*, février 1882.)

Du diagnostic du tabes dorsalis, par le docteur Ormerod.

Dans trente et un cas de *tabes dorsalis*, l'auteur a pu constater : 1° l'absence du tendon réflexe rotulien ; 2° un état spécial de la pupille qui se contracte normalement pendant l'accommodation, mais qui ne peut le faire sous l'influence de l'excitation produite par la lumière. Au reste, ce dernier phénomène présente des variétés ; la contraction pupillaire pouvant faire défaut même pendant l'accommodation.

L'auteur a groupé les cas observés dans trois séries, suivant que : 1° l'incoordination des mouvements était très marquée ; 2° qu'elle était faible ; 3° qu'elle faisait défaut. L'état de la pupille peut être considéré dans la période prémonitoire de la maladie comme un phénomène plus constant que les douleurs fulgurantes elles-mêmes. Ces conclusions méritent d'être vérifiées, car si ces symptômes étaient constants, ils présenteraient une grande valeur dans le diagnostic du tabes (*Saint Barthol. Hop. Rep.*, vol. XIII, et *The London med. Record*, 15 mai 1882.)

Du traitement des fractures de la rotule, par M. le docteur Heath.

Le docteur Cristopher Heath emploie le procédé suivant pour le traitement de cet accident. L'épanchement de sang et de sérosité ayant été extrait au moyen de l'aspirateur, on applique un bandage en diachylon qu'on maintient avec des bandes de flanelle. Par cette méthode, les muscles conservent leur tonicité, peuvent se contracter et la coaptation est assurée jusqu'à ce que la consolidation soit définitivement obtenue. (*Brit. medical Journal*, mars 1882, p. 422.)

De la cure radicale du varicocèle, par le docteur Reginald Harrison.

Ce procédé opératoire aurait donné à son auteur les meilleurs résultats. Il consiste à mettre à nu, par une incision verticale, le cordon spermatique, à le séparer avec soin des

veines et à en faire la ligature en deux points, avec le catgut. Habituellement, on doit lier aussi trois ou quatre grosses veines, qu'on cautérise ensuite à l'aide du thermocautère. Les plaies sont pansées par la méthode antiseptique et on ne fait usage d'aucune suture. (*The Lancet*, mars 1882.)

Des inhalations d'air froid dans la pneumonie, par le docteur Everett.

Les malades soumis à ce traitement devaient inhaler de l'air froid à la température de 10 à 15 degrés Fahrenheit. Employées au début de la maladie, ces inhalations auraient pu arrêter les accidents ou du moins avoir une heureuse influence sur le cours de la maladie. D'après l'auteur, cette médication produirait d'heureux effets antithermiques. Les inhalations étaient pratiquées au moyen d'un tube traversant un réfrigérant, et l'auteur signale vingt cas dans lesquels l'amélioration et la guérison ont été rapidement obtenues. (*New York med. Record* et *The London med. Record*, 15 juin 1882, p. 228.)

BIBLIOGRAPHIE

OEuvres réunies de J. Lister. Traduction de l'anglais par Gustave Borginon. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Lister vient de réunir, en un gros volume, la série de mémoires que, depuis 1867, il a publié sur la chirurgie antiseptique. Un tel livre ne peut passer inaperçu et nous nous empressons d'en signaler l'existence au lecteur.

Cet ouvrage a évidemment les défauts et les qualités inhérents à son mode de formation. Il n'y a pas de plan d'ensemble; les chapitres se succèdent par ordre chronologique et les redites sont nombreuses : c'est ainsi que l'auteur revient à plusieurs reprises sur le traitement des fractures compliquées, et certaines pages sur les expériences de Pasteur et sur les siennes propres font souvent double emploi; souvent encore on voit formulés, dans des mémoires différents et presque dans les mêmes termes, les principes sur lesquels repose le pansement et la façon dont on doit le pratiquer.

Mais comme ces inconvénients inévitables sont rachetés par le puissant intérêt qui s'attache à l'histoire d'une pareille découverte! On suit pas à pas les recherches de l'inventeur, ses tâtonnements, ses écarts, ses revers, puis la suite ininterrompue de ses succès. On voit la méthode naître, se développer et grandir; l'auteur ne se contente pas du bien; il veut le mieux; et lorsqu'il le trouve, il interroge encore. En aucun point du livre, nous ne le voyons s'écrier, comme le prophète ravi : Ici la route est terminée et mon but est atteint!

Cette persévérance tranquille, cette patiente recherche de la perfection, cette inaltérable modestie impriment au livre de M. Lister une saveur que tous les lecteurs goûteront. Et cela sans préjudice du fruit qu'on en retire. Je sais bien que le pansement antiseptique est bien connu maintenant; qu'on trouve même dans les travaux des élèves de Lister des explications nouvelles, des modifications qu'on chercherait en vain dans les mémoires du maître. Le manuel remarquable de Lucas-Championnière, le récent volume de Bæckel sont là pour le prouver. Mais on s'approprie mieux une idée dont on a suivi tous les développements : on mutilera moins le pansement de Lister lorsqu'on saura le pourquoi de chacune de ses minuties.

L'ouvrage comprend dix-huit mémoires. Le premier a pour titre : *Nouveau traitement des fractures compliquées de plaies.* On comprend tout ce que l'auteur peut tirer d'un sujet pareil. Non seulement parce que là, en effet, est le triomphe de la méthode antiseptique; mais il y a matière aux rapprochements les plus instructifs. De la comparaison de deux fractures dont l'une est compliquée de déchirure des téguments et dont l'autre est sans déchirure, ressort avec une évidence absolue l'influence nocive des particules animées en suspension dans l'air. Que le chirurgien trouve une substance capable de tuer ces germes, comme du reste l'atmosphère en elle-même n'a rien de nuisible, une fracture ouverte perdra sa gravité; elle évoluera tout tranquillement comme une fracture sous-cutanée.

« Dans le courant de l'année 1864, je fus très frappé par la lecture d'un rapport concernant les effets remarquables de l'acide phénique sur les eaux d'égouts de la ville de Carlisle: l'adjonction d'une très petite quantité d'acide phénique à ces eaux enlevait aux terrains d'irrigation toute odeur fétide et même détruisait les entozoaires qui infestaient d'habitude les bestiaux nourris dans ces pâturages. Il me sembla qu'un tel antiseptique conviendrait à mes expériences. Je songeais tout naturellement à l'appliquer au traitement des fractures compliquées. Mon premier essai fut tenté à la Royal infirmary de Glascow. Ce fut un insuccès.

» Mais des tentatives ultérieures ont plus que réalisé mes présomptions les plus audacieuses. L'acide phénique s'est montré parfaitement adapté au but à réaliser. Il exerce sur les nerfs sensitifs une action locale sédative; aussi son application directe sur une surface dénudée est non seulement indolore, mais elle enlève rapidement les souffrances d'une plaie précédemment douloureuse. » Enfin, et c'est là le point important, elle tarit la suppuration et s'oppose à l'invasion des complications redoutables des plaies qui jusqu'alors emportaient près de la moitié des opérés. Onze observations de fractures ouvertes et dont la première date du 12 août 1865 nous prouvent déjà l'excellence de la méthode, malgré l'état rudimentaire encore des procédés alors imaginés par l'auteur.

En effet, rien n'est plus intéressant que de suivre pas à pas les perfectionnements apportés par Lister et comment le lambeau de lint trempé dans l'acide phénique liquide des premières pages devient, par étape successive, et d'année en année, ce pansement méthodique, compliqué et savant dont nous trouvons l'exposition minutieuse dans les observations des derniers mémoires.

Le même chapitre contient une étude intéressante sur les abcès et sur leur mode de traitement. Pour amener une cicatrisation prompte, Lister ouvrait l'abcès sous un linge imbibé d'acide phénique, — le spray n'était point inventé encore, — puis il introduisait dans la cavité une mèche trempée dans de l'huile phéniquée. La suppuration est vite tarie et des bourgeons charnus comblent la cavité.

C'est dans le traitement des abcès par congestion qu'on peut mesurer la grandeur des bienfaits de la méthode antiseptique. On n'osait pas y toucher autrefois et l'on attendait que le patient mourût dans l'hecticité. Lister n'a pas craint de les ouvrir largement et, grâce à l'acide phénique, les décompositions putrides qui emportaient les malades n'ont plus lieu. Les désordres osseux se réparent et les guérisons sont maintenant nombreuses. Il n'a pas craint d'avoir recours à la méthode même pour les abcès dérivés du mal de Pott. Mais ce sujet a trop d'importance, son intérêt pratique est trop considérable pour être signalé en quelques lignes rapides. Nous nous proposons sous peu de lui donner, dans ce journal, tous les développements qu'il mérite.

Les chapitres suivants s'occupent des « ligatures antiseptiques ». Avec les ligatures ordinaires, un corps étranger entrait dans la plaie et s'opposait à la réunion immédiate. Maintenant qu'on a imaginé des substances qui se résorbent au milieu des tissus, rien ne met obstacle à la recherche de l'adhésion primitive des deux lèvres de la plaie. Le catgut, la soie phéniquée, grâce à leur antiseptie, ne provoquent aucune réaction des tissus. Il n'y a plus d'inflammation, par conséquent pas de ramollissement des parois de l'artère et

des caillots, et c'est ainsi qu'on ne voit plus ces hémorrhagies secondaires, menace éternelle sous le régime des anciens pansements.

Nous ne saurions trop recommander la lecture du chapitre sixième : « De l'influence du traitement antiseptique sur la salubrité d'un hôpital de chirurgie ». Cet hôpital n'est autre que la Royal infirmary de Glascow. Le tableau n'en est pas brillant. La pyohémie, l'érysipèle, la pourriture d'hôpital en étaient les hôtes constants, et malgré une ventilation très sérieuse, malgré des lavages fréquents, la mortalité était effrayante. On crut avoir trouvé la cause de ces désastres. « A quelques pouces au-dessous de la surface du sol, on trouva la rangée supérieure d'une multitude de cercueils y enterrés lors de l'épidémie de choléra de 1849. Les cadavres étaient si peu altérés qu'on distinguait les habits qu'ils portaient lors de leur ensevelissement précipité. » Il n'en était rien et après la désinfection de ce charnier abominable, la mortalité ne fut pas moindre.

Voici, du reste, les chiffres que nous donne Lister. Avant la période antiseptique, sur 35 amputations de tout genre : épaule, bras, jambe, cuisse, pied, il a 19 guérisons et 16 morts. Pendant les trois premières années de la période antiseptique et bien que la méthode fût encore loin d'avoir atteint son degré de perfection actuel, il obtient sur 40 amputations, 34 guérisons et 6 morts. La conclusion est évidente.

Nous n'insisterons pas. Un pareil livre doit être lu « pieusement». D'ordinaire, les « bibles » sont écrites par des disciples qui souvent tronquent, altèrent ou transforment la doctrine; ce n'est pas pour nous une fortune médiocre que de pouvoir puiser à la source même les idées du Révélateur.

Paul Reclus.

Index bibliographique.

Ostéotomie, par M. W. Macewen, traduction de M. Demons, professeur agrégé de la Faculté de Bordeaux. Brochure in-8. — 1881. G. Masson.

M. Albert Demons, dont la grande activité ne saurait trop être louée, vient de nous rendre un grand service en traduisant l'intéressant travail de M. Macewen sur l'ostéotomie. Cette question est maintenant à l'étude, et il était absolument nécessaire que toutes les pièces du procès en litige fussent mises sous les yeux du lecteur.

Nous nous sommes déjà expliqués sur l'ostéotomie dans un article de la *Gazette;* nous croyons que les chirurgiens étrangers, aussi bien en Angleterre qu'en Allemagne, pratiquent trop cette opération, et, quelle que soit l'innocuité relative de l'intervention chirurgicale, on ne doit se résoudre à réséquer les extrémités osseuses que lorsqu'on ne peut faire autrement. Or, que de succès sont obtenus en France, sans opération, dans des cas analogues à ceux pour lesquels nos voisins pratiquent l'ostéotomie!

A lire bien des observations il semblerait, en vérité, que tous les cas sont les mêmes, et qu'il n'y a point d'indications spéciales en chirurgie! N'est-ce pas le propre de la clinique de montrer en quoi diffèrent les faits et le traitement qui convient à chacun d'eux? On dirait que parce qu'une articulation est raide et qu'une jambe est torse il faut ostéotomiser! Ce n'est pas exact, et nous savons les excellents résultats que le redressement, l'immobilisation, les appareils inamovibles ont donnés dans les affections articulaires. Pour les déviations des membres, le traitement de Delore, l'appareil redresseur de Collin n'en sont plus à faire leurs preuves.

Ces réserves nous paraissent indispensables; nous ne faisons d'ailleurs que répéter, sous une autre forme, les remarques présentées par le traducteur dans une sobre introduction; et nous ne pouvons que redire avec lui : « L'ostéotomie, cette opération trop vantée par les uns, trop décriée par les autres, a, comme toute intervention chirurgicale, ses indications et ses contre-indications; exécutée dans des cas bien déterminés, avec le soin voulu, elle a rendu déjà et doit rendre encore d'éminents services. C'est une arme excellente mise dans nos mains; nul mieux que M. Macewen n'a su montrer comment il fallait en user. » P. R.

VARIÉTÉS

Direction du corps de santé militaire. — Épidémies. — Le ministre de la guerre a adressé aux généraux commandant les corps d'armée les instructions suivantes :

« Afin qu'il soit possible de prescrire en temps utile les mesures hygiéniques nécessaires pour empêcher ou arrêter le développement des épidémies qui peuvent se produire dans l'armée, j'ai décidé : 1° que les médecins-majors des corps de troupe établiront un rapport indiquant les causes présumées de l'épidémie et les mesures hygiéniques qu'il y aurait lieu de prendre, à titre préventif, pour améliorer l'état sanitaire des troupes; 2° que, pendant la durée de l'épidémie, ils adresseront au ministre, tous les cinq jours, un rapport sur la marche de l'épidémie. En cas d'insuffisance des mesures prescrites, ils feront connaître celles dont l'application leur paraîtrait devoir être prise à titre complémentaire.

» Ces rapports seront revêtus du visa, et, s'il y a lieu, de l'avis motivé des chefs de corps. Vous voudrez bien me les transmettre d'urgence, en me soumettant telles propositions que vous jugerez convenables.

» Je vous prie de donner des ordres pour assurer l'exécution de ces dispositions.

» Pour le ministre et par son ordre :

» *Le médecin inspecteur, directeur,*

» Baizeau. »

Association française. — Congrès de la Rochelle.

La onzième session de l'*Association française* s'ouvrira à la Rochelle le 24 août 1882. Elle se composera : 1° d'une séance générale d'ouverture; 2° de séances de sections ou de groupes; 3° de visites scientifiques et industrielles; 4° de conférences publiques; 5° d'excursions.

Les travaux du Congrès seront distribués conformément au programme suivant : Jeudi 24 août, deux heures et demie : séance d'ouverture.

Vendredi 25 août, le matin : séances de sections. — Après midi : séance générale. — Le soir : réception à l'Hôtel de ville.

Samedi 26 août, toute la journée : séances de sections.

Dimanche 27 août : première excursion générale.

Lundi 28 août, le matin : séances de sections. — Après midi : visites scientifiques et industrielles. — Le soir : conférence.

Mardi 29 août : deuxième excursion générale.

Mercredi 30 août, le matin : séances de sections. — Huit heures du soir : conférence.

Jeudi 31 août, le matin : séances de sections. — Trois heures du soir : séance de clôture.

Vendredi 1er septembre et jours suivants : il y aura des excursions finales dont le programme détaillé sera publié pendant la session.

Le secrétaire croit devoir rappeler à MM. les membres de l'Association les articles suivants du règlement :

Art. 62. — Les membres qui n'auraient pas remis les manuscrits de leurs communications au secrétaire de leur section devront les faire parvenir au secrétariat du conseil avant le 1er décembre. Passé cette époque, le titre seul du travail figurera dans les comptes rendus, sauf décision spéciale de la commission de publication.

Il est indispensable d'envoyer les manuscrits *le plus tôt possible*, afin de ne pas retarder la publication du compte rendu. En tout cas, la date du 1er décembre ne peut être dépassée, et cette année, comme les précédentes, la commission de publication a été forcée de rejeter des communications arrivées tardivement.

Art. 62 *bis*. — Dix pages au maximum sont accordées à un auteur pour une même question; toutefois, pour les travaux d'une importance exceptionnelle, la commission de publication pourra proposer au conseil d'administration de fixer une étendue plus considérable.

Art. 63. — La commission de publication peut décider, d'ailleurs, qu'un travail ne figurera pas *in extenso* dans les comptes rendus, mais qu'il en sera donné seulement un extrait que l'auteur sera engagé à fournir dans un délai déterminé. Si, à l'expiration de ce délai, cet extrait n'a pas été fourni au secrétaire du conseil, l'extrait du procès-verbal relatif à ce travail sera seul inséré.

Art. 64. — Les discussions insérées dans les comptes rendus

sont extraites textuellement des procès-verbaux des secrétaires de section. Les notes fournies par les auteurs pour faciliter la rédaction des procès-verbaux devront être remises dans les vingt-quatre heures.

Les membres qui seraient empêchés d'assister au Congrès, et qui voudraient présenter un travail, sont instamment priés de charger personnellement un des membres assistant à la session de faire inscrire leur travail à l'ordre du jour, et d'*en faire la lecture*. Tout mémoire envoyé au bureau de l'Association ou à celui d'une section se trouve, par la force des choses, reporté à la fin de l'ordre du jour, et le temps peut, ainsi que cela a déjà eu lieu, manquer pour permettre à la section de s'en occuper.

— Sur la demande qui en a été faite par le bureau, la plupart des compagnies de chemins de fer ont bien voulu accorder aux membres de l'*Association française*, se rendant au Congrès de la Rochelle, une réduction de moitié sur le prix des places, sous la réserve que les membres qui profiteront de cette faveur suivront la voie kilométriquement la plus courte, ne pourront s'arrêter en route, et suivront le même itinéraire à l'aller et au retour. La plupart des compagnies ont décidé que les voyageurs se rendant au Congrès payeront place entière à l'aller, mais qu'un billet gratuit leur sera donné pour le retour à la station de départ.

Belgique. — Concours pour la nomination aux emplois dans le service médical des hôpitaux. — Le conseil des hospices de Bruxelles ayant demandé à l'administration d'autoriser le renouvellement, pour une fois seulement, du terme de service des aides de clinique (qui est de deux ans), M. le docteur Kops a proposé au conseil municipal d'écarter momentanément la demande du conseil des hospices, et d'adopter le principe du concours pour toutes les places du service médical des hôpitaux. L'organisation du concours serait étudié par une commission du conseil municipal.

Hommage a la mémoire du docteur Henri Blatin. — Les Congrès internationaux des Sociétés protectrices des animaux ont émis des vœux tendant à ce qu'un monument commémoratif fût élevé au docteur Blatin, mort à Paris en 1869.

Quatrième congrès international d'hygiène. — *Exposition d'hygiène et de démographie ouverte à Genève du* 1er *au* 15 *septembre* 1882. — *Règlement*. — Nous rappelons que, à l'occasion du quatrième congrès international d'hygiène, une *Exposition* destinée à présenter aux savants, aux praticiens et au public les objets et les travaux de toute nature relatifs à l'hygiène et à la statistique de la population, s'ouvrira à Genève le 1er septembre 1882, et se clora le 15 du même mois. Elle aura lieu dans les bâtiments militaires de Plainpalais.

Concours du Bureau central. — La troisième épreuve d'admissibilité du concours pour la nomination de deux médecins du Bureau central s'est terminée vendredi soir. Sont admis à subir les épreuves définitives : MM. les docteurs Barth, Chauffard, de Beurmann, Dreyfous, Hirtz (Edgar), Letulle, Renaut et Tapret.

Légion d'honneur. — Sur le rapport du ministre de l'intérieur est promu au grade d'officier : M. le docteur Cazelles (Emile-Honoré), ancien interne des hôpitaux, préfet du département de Meurthe-et-Moselle.

Est nommé chevalier : M. le docteur Dumoulin, inspecteur des eaux minérales de Salins.

ASPIRANTS AU DOCTORAT. — EXAMENS.

Décret du 23 juillet. — L'article 5 du décret du 28 juin 1878 est modifié ainsi qu'il suit : « Les aspirants au doctorat, élèves des écoles préparatoires, sont examinés devant les Facultés, aux époques fixées au précédent article; ils peuvent toutefois, sans interrompre leur cours d'études, ne passer le premier examen qu'après la douzième inscription. Dans ce dernier cas, ils subissent le deuxième examen (première et deuxième partie), avant la treizième inscription, et sont soumis, chaque semestre, à partir de la seconde année d'études, à des interrogations dont le résultat est transmis aux Facultés, pour qu'il en soit tenu compte dans les examens de doctorat. Les aspirants au doctorat, élèves des écoles de plein exercice, sont examinés devant les Facultés aux époques fixées par l'article 4; ils peuvent toutefois, sans interrompre leur cours d'études, ne passer le premier examen et les deux parties du deuxième examen qu'après l'expiration du seizième trimestre d'études; dans ce cas, ils sont soumis, dans les écoles de plein exercice, à des interrogations semestrielles, dont le résultat est transmis aux Facultés pour qu'il en soit tenu compte dans les examens de doctorat. Les élèves des écoles de plein exercice, qui ont opté pour subir le premier examen après l'expiration du seizième trimestre d'études, doivent se présenter à cet examen à la session de novembre; mais, en cas d'échec à cette épreuve, ils sont soumis, en ce qui concerne la durée des ajournements, au régime des élèves ayant seize inscriptions. »

Décret du 23 juillet. — Le paragraphe 1er de l'article 4 du décret du 20 juin 1878 est modifié ainsi qu'il suit : « Le premier examen est subi après la quatrième inscription et avant la cinquième; la première partie du deuxième examen, après l'expiration du dixième trimestre d'études et avant la douzième inscription; la deuxième partie de cet examen après la douzième et avant la quatorzième. »

Mortalité a Paris (29e semaine, du vendredi 14 au jeudi 20 juillet 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 986, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 37. — Variole, 15. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 8. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 28. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 11. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 51.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 177. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 64. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 45. — Bronchite aiguë, 18. — Pneumonie, 59. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 68; au sein et mixte, 21; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 87; de l'appareil circulatoire, 54; de l'appareil respiratoire, 66; de l'appareil digestif, 47; de l'appareil génito-urinaire, 29; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 50. — Causes non classées, 5.

Conclusions de la 29e *semaine*. — Il a été enregistré cette semaine 1214 naissances et 986 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1101, 960, 1041, 884. Le chiffre de 986 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir : une atténuation pour la fièvre typhoïde (37 décès au lieu de 44 pendant la 28e semaine), la diphthérie (28 au lieu de 41), la rougeole (16 au lieu de 18); une aggravation pour la variole (15 décès au lieu de 11), la scarlatine (8 au lieu de 2), l'érysipèle (11 au lieu de 3); l'infection puerpérale (6 au lieu de 5). En résumé, le groupe des affections épidémiques a fourni un chiffre de décès égal à celui de la dernière semaine; mais, comme on vient de le voir, la part revenant à chaque affection s'est sensiblement modifiée. Nous attirerons surtout l'attention sur l'élévation du nombre des décès par érysipèle et sur la décroissance des décès diphthéritiques, dont le chiffre hebdomadaire est le plus bas auquel on soit descendu depuis une année.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Hygiène professionnelle. Le compositeur typographe, par M. le docteur Choquet. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr.

De la valeur relative de la taille hypogastrique, par M. le docteur Bois. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr.

Le congrès international d'hygiène de Turin (5-12 septembre 1880), par M. le docteur Fabre. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 3 août 1882.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE. — TRAITEMENT DES ABCÈS PAR CONGESTION D'ORIGINE VERTÉBRALE.

Académie de médecine : Séance publique annuelle.

L'Académie de médecine ne s'était jamais tant mise en frais de décoration pour la séance publique annuelle que mardi dernier. Des trophées de drapeaux au dehors et au dedans; des guirlandes de feuillage courant le long des murs, grimpant au plafond, encadrant les portraits vénérables de nos anciens. Malheureusement, il faut bien le dire, cette pompe cachait une certaine misère. Pas de discours nécrologique, en raison des occupations si multiples de M. le secrétaire perpétuel, doyen de la Faculté et membre du Conseil supérieur de l'instruction publique. Pour tout attrait, le rapport sur les prix et la lecture du programme imprimé; pour conséquence, une trentaine de membres à leur place, et un petit nombre de dames dans l'hémicycle, ne pouvant prendre à la cérémonie cet intérêt qu'excite toujours l'*éloge* d'un membre défunt chez des parents conviés à y assister. Pour comble de désagrément, M. le secrétaire annuel s'était fait très justement un devoir de réprimander, en termes assez vifs, la nonchalance des commissions, dont le peu d'empressement avait encore, cette année, retardé la séance annuelle de plus de six mois, exposant ainsi l'Académie, comme il vient d'arriver pour la seconde fois, à déposer des couronnes sur la tombe de laborieux confrères qui auraient été si heureux d'une telle récompense.

Les membres absents se sont promis, sans doute, de lire le rapport de M. Bergeron dans le *Bulletin*. Ils auront toujours perdu de l'entendre. L'honorable membre, dont nous avions nous-même regretté autrefois la voix sourde et le débit monotone, avait si bien trouvé, dès son second rapport, la note appropriée à ce genre de lecture, qu'on est en droit de le soupçonner d'avoir simplement ménagé sa peine en présentant le premier.

On ne pouvait mieux racheter l'absence de la partie littéraire du programme habituel que ne l'a fait M. Bergeron. Il a su revêtir ses appréciations scientifiques d'une forme à la fois brillante et délicate, et dissimuler sous des ornements d'érudition la sévère uniformité du fond; on se demandait de temps à autre si l'on était à l'Académie de médecine ou dans une Académie de belles-lettres. Dans un exposé qui a paru court, quoiqu'il ait duré près d'une heure, il a repris toutes les questions traitées dans les mémoires des concurrents comme dans les rapports académiques, et y a marqué en traits rapides ses vues personnelles.

A ce propos et puisqu'il a rappelé assez longuement les opinions de quelques auteurs sur la mélancolie chez les peuples de l'antiquité, en émettant des doutes bien naturels sur le vrai caractère de la douleur de Priam, d'Hécube, d'Agamemnon, etc., qu'il nous permette de lui rappeler, à titre de document, le passage suivant d'Aristote (*Problèmes*, section 30, § 1) :

Pourquoi tous ceux qui ont été célèbres dans la philosophie, la politique, la poésie, les arts ont-ils été mélancoliques, quelques-uns même au point de tomber dans les maladies qui proviennent de l'humeur noire, comme les récits des temps héroïques le racontent d'Hercule? Ce héros, en effet, paraît avoir été atteint de cette affection. C'est pour cela que les accès d'épilepsie étaient appelés par les anciens mal sacré. Sa fureur contre ses enfants, l'éruption d'ulcères qui se manifesta sur son corps avant sa disparition sur le mont Œta, le prouvent : car c'est là pour plusieurs la suite de l'humeur noire. Lysandre, le Lacédémonien, avant la fin de sa vie, fut sujet à ces ulcères. Ajoutez Ajax et Bellérophon dont le premier était tout à fait en délire, et le second recherchait les lieux déserts. Aussi Homère dit-il de lui (*Iliade*, 200-202, ch. VI) : « Lorsqu'il fut devenu à charge à tous les dieux, il errait seul sur la terre stérile, rongeant son cœur et fuyant les traces des hommes. » Beaucoup d'autres héros furent sujets aux mêmes maladies; parmi les modernes, Empédocle, Socrate, Platon et beaucoup d'autres hommes célèbres, et, de plus, la plupart des poètes. Pour plusieurs d'entre eux, ces maladies proviennent du tempérament; pour les autres, il est évident que c'est leur naturel qui les prédispose à ces affections.

On pourrait relever, du reste, d'autres indications relatives à la mélancolie dans beaucoup d'auteurs anciens, soit grecs (à commencer par Hippocrate), soit latins; nommons Platon, Cicéron, Plutarque, Aulu-Gelle, etc.

Après l'excellent rapport de M. Bergeron, M. Legouest, pré-

sident, a rempli la tâche ingrate, comme nous l'avons dit, de faire connaître la liste des *prix décernés* et des *prix proposés*. On en trouvera la liste plus loin (p. 512).

A. D.

Traitement des abcès par congestion d'origine vertébrale.

Les récentes études sur la pathogénie des abcès froids ont déjà porté fruit : depuis que l'on admet la nature tuberculeuse de ces collections puriformes, on les traite comme des néoplasmes; leur contenu est évacué, leurs parois sont rigoureusement enlevées avec la cuiller tranchante, et l'on met au contact, pour obtenir leur réunion primitive, les surfaces « grattées ». Il est peu de chirurgiens qui n'aient eu recours à cette méthode, et les succès sont assez nombreux pour que cette pratique devienne une loi.

Cependant on n'attaque guère, par ce procédé héroïque, que les abcès froids nés des parties molles ou ceux qui dérivent d'un os superficiel ou facilement accessible. En tous cas, nombre de chirurgiens reculent encore lorsqu'il s'agit d'une collection dont un mal de Pott est l'origine. Sans s'expliquer catégoriquement sur ce point, on semble approuver, du moins en pratique, la conclusion d'une thèse d'agrégation soutenue à Paris en 1878 : « Dans les caries vertébrales tout faire pour éviter la formation de l'abcès, mais s'il se forme, tout mettre en œuvre pour en éviter l'ouverture. »

Nous n'accepterons que la première partie de cette proposition, et, sans vouloir nous ranger parmi les chirurgiens « entreprenants », nous croyons l'abstention regrettable. Les abcès par congestion qui finissent par se résorber sont trop rares, les cachexies qu'ils provoquent sont trop fréquentes pour accepter placidement cette périlleuse conduite. Au lieu de se laisser engrener dans une série de complications redoutables dont le dernier terme est la mort, le chirurgien doit prendre l'offensive, et les résultats qu'il peut obtenir sont encore supérieurs aux risques qu'il court. C'est du moins ce que nous espérons démontrer, en nous appuyant sur des observations puisées dans le récent volume de Lister, dans les *Fragments de chirurgie antiseptique* de Jules Bœckel, et sur quelques faits de notre pratique personnelle.

I

Les raisons qui militent en faveur de l'extirpation des abcès froids superficiels sont valables pour les collections d'origine vertébrale. Leur paroi est aussi composée d'une agglomération de masses tuberculeuses dont le ramollissement produit la matière puriforme, toujours renouvelée, et dont l'infiltration, dans les tissus avoisinants, augmente sans cesse l'étendue de l'abcès. Pourquoi ne pas essayer d'enlever, par une opération radicale, ces dépôts dont l'évolution menace d'infecter l'économie tout entière?

Il est vrai qu'on se heurte a de graves difficultés. La lésion osseuse, point de départ de l'abcès ossifluent, est souvent fort éloignée de la région où se manifeste le soulèvement de la collection purulente. Le foyer peut siéger à la région dorsale, et la tumeur apparaître à la cuisse. Les traînées tuberculeuses auront infiltré, par poussées successives la cavité thoracique, l'abdomen et la fosse iliaque; le ligament de Fallope lui-même sera franchi. Comment suivre, dans leur trajet sinueux, ces poches juxtaposées; comment les extirper dans la profondeur des tissus? Pourrait-on atteindre d'ailleurs l'altération primitive, et, si l'on arrivait jusqu'à elle, oserait-on, à l'aveugle, « gratter » la vertèbre malade?

Les difficultés ne sont pas aussi grandes qu'on pourrait le croire au premier abord. Pour le prouver, au lieu de traiter la question d'une manière générale, il vaut mieux procéder d'une manière plus concrète; nous prendrons les types les plus fréquents d'abcès par congestion, et nous montrerons que, si certains cas sont véritablement au-dessus de toute tentative chirurgicale, la plupart sont accessibles et justiciables d'une intervention véritablement efficace.

Voici le cas le plus simple : l'abcès a, pour origine, une apophyse épineuse, l'arc d'une vertèbre; la collection est venue, par un trajet direct, proéminer au niveau même de la lésion, soit au dos, soit aux lombes. La conduite du chirurgien est facile; il pénètre, par une large incision, dans la cavité qu'il gratte; il cherche la traînée qui le conduira jusqu'au foyer osseux. Après avoir enlevé le séquestre, la portion cariée, s'il en existe, il place un tube, suture les téguments ou même se contente d'appliquer par une compression méthodique, — et l'éponge convient fort bien dans ces cas, — les parois cruentées l'une contre l'autre. En un mot, on agit comme on le ferait pour un abcès dépendant des os des membres, de l'omoplate ou des côtes.

A l'hôpital Trousseau, dans le service de M. Lannelongue que nous suppléons, nous avons opéré un jeune scrofuleux de quatorze ans, d'un abcès de la région dorsale. Il y a trois mois qu'apparut la tumeur; elle grossit peu à peu et atteignait, au moment de l'entrée, 13 centimètres sur 7. Le 13 juillet, nous faisons deux incisions, l'une verticale, qui ouvre la poche dans son plus grand diamètre, et l'autre perpendiculaire à la première. Les parois, d'une épaisseur de 3 à 5 millimètres sont grattées avec la spatule jusqu'aux muscles et à l'aponévrose ; les sommets des apophyses épineuses de la dixième et de la onzième vertèbre dorsales sont ruginées; les lèvres de la plaie sont suturées sur un drain de gros calibre. Les fils n'ont pas tenu ; les bords se sont désunis; la suppuration des premiers jours a été abondante; mais bientôt l'écoulement s'est tari, les bourgeons se sont développés, et aujourd'hui, trois semaines après l'intervention, la cicatrisation est presque complète.

Il serait facile de multiplier les exemples. Nous avons, par devers nous, trois observations inédites que nous devons à l'obligeance de M. Cadet de Gassicourt et de son interne, M. Broussin, où l'on voit que des abcès dorsaux et lombaires ont été grattés avec un excellent et prompt résultat. M. Lannelongue, M. Duplay, M. Labbé pourraient nous fournir des cas semblables, et M. Jules Bœckel, qui en a publié quelques-uns dans son excellent livre dont nous ne saurions trop recommander la lecture, a souvent pratiqué cette opération, toujours suivie d'une guérison rapide. Des abcès froids gros comme un poing d'adulte, une tête d'enfant de deux ans, ont été extirpés par lui ; des fragments de vertèbres cariées ont été enlevés avec la gouge et le marteau ; désinfection du foyer, réunion, pansement de Lister et guérison, dans des limites qui oscillaient de huit jours à un mois.

II

Le foyer est souvent plus profond; il a, pour origine, non plus l'apophyse épineuse ou l'arc de la vertèbre, mais le corps lui-même, et c'est par un trajet, parfois très compliqué, qu'il aboutit en arrière, le long des masses dorso-lombaires; souvent même on note de graves complications ; la

moelle est atteinte et l'on voit se dérouler tous les signes de la paraplégie. Ici encore le « grattage » nous semble indiqué et nous citerons à l'appui, une observation personnelle où le résultat a été vraiment remarquable.

Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, lingère, entrée le 13 avril 1882 à la clinique chirurgicale de la Pitié, que nous avait confiée le professeur Verneuil. De complexion assez chétive et affaiblie encore par 11 grossesses, cette femme ressentit, il y a deux ans, quelques douleurs diffuses dans la région dorsale; les souffrances augmentèrent et au bout de quelques mois il s'y joignit des fourmillements, une sensation de froid, d'engourdissement des membres inférieurs, des troubles du côté du sphincter anal et des douleurs en ceinture. Enfin, apparaissait, au-dessus de la crête iliaque, une grosseur qui, peu à peu, envahissait toute la région lombaire et descendait jusque sous les téguments de la fesse.

C'est alors que nous examinons la malade; l'état général est déplorable: fièvre vive, sueurs profuses, amaigrissement; les poumons sont atteints; la paraplégie est complète; la tumeur est sur le point de s'ouvrir. Le 20 avril, nous faisons, au thermo-cautère, deux incisions, l'une verticale et qui ouvre l'abcès dans son plus grand diamètre, l'autre perpendiculaire à la première; les parois, d'une épaisseur de plus de 1 centimètre, sont raclées avec la cuiller tranchante. Au sommet de la poche s'ouvre un couloir tortueux qui contourne la colonne et va se perdre dans un foyer osseux que nous ne pouvons atteindre. Nous grattons la partie du trajet accessible à l'instrument, mais nous n'arrivons certainement pas sur le corps vertébral; nous nous contentons d'insinuer un drain qui peut-être remonte jusqu'à l'os.

Nous passerons rapidement sur les suites de l'opération. Après quelques jours d'une suppuration inquiétante, les bourgeons charnus envahirent la poche, l'écoulement se tarit, les parois s'accolèrent. Le tube fut peu à peu raccourci. D'ailleurs les sueurs avaient disparu, l'appétit revenait, la malade reprenait des couleurs; les mouvements et la sensibilité des muscles inférieurs se montraient de nouveau; les douleurs dorsales n'existaient plus; les lésions pulmonaires s'étaient limitées; et, au bout d'un mois et demi, lorsque la cicatrisation fut complète, notre femme voulut — et put — quitter à pied l'hôpital.

III

Le chirurgien peut se trouver en présence de cas plus complexes encore. L'abcès par congestion dont le foyer primitif est parfois au niveau de la région dorsale, pénètre souvent dans l'abdomen, franchit la fosse iliaque, le ligament de Fallope et décolle, dans une grande étendue, les téguments de la cuisse. Il devient alors bien difficile de gratter la poche à cavités multiples et d'atteindre la vertèbre cariée. On ne reste pas désarmé cependant, et voici les opérations qui ont été pratiquées.

Nous recevions récemment, à l'hôpital Trousseau, une fillette de vingt-deux mois, gibbeuse, et dont l'abcès fluctuait de la région lombaire où il formait une énorme saillie à la fosse iliaque où il soulevait la paroi abdominale. Nous ouvrons le foyer postérieur par une large incision qui nous a permis d'étudier les diverses phases du ramollissement de la tumeur tuberculeuse si bien décrite par M. Lannelongue; en effet, tandis que la partie inférieure était liquéfiée, la supérieure, du volume d'un œuf, était encore solide. Les muscles, détruits au niveau de leur insertion iliaque, permettaient au doigt de pénétrer dans l'abdomen et d'arriver en arrière, par un trajet horizontal, sur le foyer osseux; le corps de trois vertèbres lombaires était détruit et l'on sentait de petits séquestres au milieu des masses fongueuses.

En bas, le doigt reconnaissait la fosse iliaque gauche dont les muscles friables étaient envahis par la néoformation tuberculeuse. Au milieu du pus et des fongosités on trouvait des débris de vertèbres dont l'un atteignait le volume d'un haricot. Nous avons fait, parallèlement au ligament de Fallope, une large ouverture et, après avoir gratté avec l'ongle la paroi de l'abcès abdominal, nous avons placé deux drains volumineux qui se rendent de la région dorsale à la racine de la cuisse; une irrigation à l'acide phénique tiède a complètement lavé la poche abdominale; quant à la collection lombaire elle avait été raclée avec la curette de Volckmann et désinfectée par une solution de chlorure de zinc au dixième. Un pansement à l'iodoforme a été pratiqué. Nous l'avons déjà renouvelé trois fois en six jours; il n'y a ni suppuration ni odeurs.

Ce fait est encore trop récent pour être cité à l'appui d'une telle entreprise. Mais les cas sont déjà nombreux dans la science où le succès est venu couronner cette tentative audacieuse. M. Walther, interne fort distingué du service, nous a communiqué l'observation d'un enfant de onze ans, entré pour un mal de Pott caractérisé déjà par une gibbosité lombaire. L'état général était mauvais, l'amaigrissement considérable; il existait un énorme abcès du volume d'une tête de fœtus et qui s'étendait des fausses côtes à la crête de l'os coxal qu'il débordait. La fluctuation se propageait des lombes à une collection semblable de la fosse iliaque.

Le 8 juillet, on fait une incision transversale de 20 centimètres. La poche est grattée, et, bien qu'on pénètre jusque dans la fosse iliaque, on ne pratique pas de contre-ouverture à la racine de la cuisse; mais on enfonce deux tubes à large calibre jusqu'aux limites de la cavité. La suppuration est d'abord très abondante et, jusqu'au 12, la température reste élevée. Mais bientôt l'écoulement se modère et l'état général s'améliore. L'énorme poche est maintenant presque entièrement comblée, et nous constatons tous les jours un pas nouveau vers la guérison.

Dans son livre, M. Jules Bœckel nous donne sept observations de ce genre. Comme M. Lannelongue, et comme nous, il ne ménage pas les incisions larges qui permettent le facile écoulement du pus, l'extraction des séquestres, le grattage de la poche fouillée jusque dans ses moindres recoins. Pour cela il fait, parallèlement au ligament de Fallope, une ouverture de 10 à 15 centimètres; il extirpe les parois de l'abcès avec la cuiller tranchante et, s'il existe des prolongements en arrière, il pratique une contre-ouverture par où passe le drain qui traverse la fosse iliaque en allant d'une poche à l'autre. Mais auparavant M. Bœckel ne craint pas de désinfecter rapidement la cavité au moyen d'un bout d'éponge imbibé de chlorure de zinc au dixième. Le foyer osseux, lui aussi, doit être bien gratté, mais il n'est pas toujours possible de l'atteindre.

IV

On a vu, en effet, que dans plusieurs de nos observations, on n'est pas arrivé jusqu'à l'os; le foyer vertébral n'a pas été raclé et cependant la guérison a eu lieu. Ce point a de l'importance et nous devons y insister.

Il est fréquent, lorsqu'on fait, sur les membres, sur le

bassin, en un point quelconque du corps, l'incision d'un abcès ossifluent, de ne pas trouver le point d'ostéite originaire. Parfois la cavité paraît close de toutes parts et les mamelons de la membrane pyogénique cachent exactement, au fond de leurs sillons, l'orifice étroit du pertuis. D'autres fois on en reconnaît bien l'entrée, mais le trajet est si grêle et si tortueux qu'on le perd malgré une dissection minutieuse et l'on ne peut atteindre la lésion primitive pour la détruire ou pour la modifier.

On croit avoir fait une opération stérile, ou du moins incomplète; on s'imagine qu'une suppuration intarissable viendra baigner la cavité grattée, que la réunion ne s'obtiendra pas, qu'il restera une fistule, ou bien, si la suture réussit, que la guérison n'est qu'apparente et momentanée. Plus tôt, plus tard, un abcès nouveau soulèvera le tégument. Il n'en est rien et, dans ces cas, nous avons vu la guérison se maintenir. Il faut donc admettre qu'il s'agissait ou d'une périostite superficielle, ou d'une ostéite peu étendue et sans séquestre, ou bien, enfin, que l'os nécrosé s'est résorbé peu à peu et a disparu spontanément après l'évacuation de l'abcès et le raclage de la poche.

Nous croyons à la réalité de ces trois hypothèses. Dans certains cas, il s'agit de véritables abcès circonvoisins, sans communication directe avec un os; le fait est trop bien étudié depuis Gerdy pour que nous ayons à y revenir. Mais un point nouveau que nous effleurons seulement, car nous ne sommes pas encore en mesure d'en donner la démonstration absolue, c'est que les bourses séreuses périarticulaires ou sous-cutanées peuvent être, comme les synoviales et comme les gaines tendineuses, le siège de dépôts tuberculeux.

Nous avons gratté, à l'hôpital Trousseau, un abcès tuberculeux au niveau de la bourse séreuse de la malléole externe sans trouver, bien que la région soit superficielle et facilement accessible, la moindre dénudation osseuse, le moindre trajet, direct ou sinueux, qui nous permît d'arriver jusqu'à l'os. La poche était parfaitement close et indépendante du squelette. Chez une petite fille, qui est encore dans nos salles, nous avons ouvert une collection dont la bourse séreuse du grand trochanter était évidemment le siège, et là encore il nous a été impossible de reconnaître l'existence d'un foyer osseux. Aussi appelons-nous d'une manière formelle l'attention sur ces sortes d'hygromas d'origine tuberculeuse.

L'existence d'abcès dépendant d'ostéites chroniques sans nécrose est démontrée, et récemment encore M. Trélat nous parlait d'une collection de la cuisse, qu'il avait ouverte largement; il croyait mettre à nu un séquestre profond; or il arriva sur un périoste épaissi et sur un fémur rouge et hyperostosé, mais qui n'était point l'origine du foyer purulent formé à distance et dont l'inflammation osseuse n'était que la cause indirecte.

Enfin la résorption du séquestre n'est plus à discuter. On connaît les vieilles recherches de Dieffenbach sur les chevilles d'ivoire rongées par les bourgeons charnus, et les récentes expériences de Lannelongue. Nous devons aussi à Lister des observations remarquables qui nous donnent la preuve du fait et justement à propos des nécroses du mal de Pott. Il a vu des portions d'os recouvertes, enveloppées et absorbées par les bourgeons charnus. Pour lui, lorsque le pus est évacué, pourvu que le foyer soit à l'abri de toute inflammation septique, les tissus vivants circonvoisins se chargent de faire disparaître les fragments mortifiés de l'os. N'en résulte-t-il pas que si, dans le grattage d'un abcès par congestion, le chirurgien n'arrive pas sur la vertèbre malade, il peut espérer néanmoins une complète guérison, à condition toutefois que l'antisepsie soit rigoureuse.

Qu'on ne l'oublie pas, en effet, de pareilles opérations ne devront être tentées, — et ceci sera notre conclusion dernière, — que par un chirurgien instruit et qui possède à fond toutes les ressources de la méthode antiseptique. Il faut, pour conduire à bien l'ouverture et le grattage des abcès ossifluents d'origine vertébrale, une attention toujours en éveil jusqu'à cicatrisation parfaite de la plaie. Entre des mains ignorantes des accidents mortels seraient la conséquence rapide d'une intervention mal exécutée et surtout mal surveillée.

Paul Reclus.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

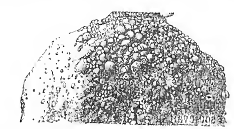
Fibromes mollusques congénitaux, multiples (neurofibromes de Recklinghausen), observation recueillie par le docteur E. Modrzejewski, médecin attaché à l'hôpital de l'Enfant-Jésus et membre de la Société médicale de Varsovie (Pologne).

L'observation sur laquelle je voudrais attirer l'attention des lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* me paraît intéressante et même rare sous le rapport pathologique, à cause de la quantité des fibromes mous ou mollusques dispersés sur toute la surface du corps.

Obs. — Julie M..., demoiselle, ouvrière, âgée de trente-sept ans, née à Czestochowa (Pologne), se fit admettre dans mon service de l'Enfant-Jésus, le 19 mars 1882, pour une tumeur de grand volume occupant la région claviculaire du côté gauche. Les parents de la malade et deux sœurs sont morts du choléra, et la malade, assez intelligente d'ailleurs, n'a observé chez eux ni excroissances, ni tubercules cutanés. D'autre part, elle se rappelle que, dès sa première enfance, elle avait toute la surface du corps comme couverte de graines de pavot. Elle n'a pas eu d'autre maladie, et les tubercules cutanés ne lui causaient d'autre souffrance qu'une démangeaison plus ou moins violente. Réglée à l'âge de seize ans, elle le fut d'une manière très irrégulière, les menstrues n'apparaissant quelquefois que d'année en année, et remplacées de temps à autre par des saignements de nez.

Une des tumeurs, dont le volume ne dépassait pas primitivement la grosseur d'un œuf de poule, augmentant, dans ces derniers temps, d'une façon extraordinaire et devenant très douloureuse, détermina l'entrée de la malade à l'hôpital. Ainsi que nous l'avons dit, cette tumeur occupait les environs de la clavicule gauche.

Examen de la malade. — Taille petite; corps émacié; la couleur de la peau normale, à l'exception de quelques endroits de couleur terreuse.



Toute la peau, ainsi qu'on en peut juger par un spécimen emprunté à la partie postérieure du tronc, d'après une photographie (exécutée par M. Brandel, photographe de l'Université de Varsovie) est couverte de tumeurs de forme et de volume différents. La distribution topographique de ces tumeurs atteint son maximum sur la tête, au cou et au dos, en diminuant vers les fesses.

Le visage n'en présente relativement qu'une petite quantité, mais en revanche elles fourmillent sur la poitrine, le ventre et les parties sexuelles externes. Les bras et les avant-bras en présentent un grand nombre, tandis qu'il y a à peine quelques boutons aux paumes des mains. Les extrémités inférieures en sont couvertes jusqu'aux genoux, au-dessous de ces derniers leur nombre diminue, et ils disparaissent complètement aux pieds.

Les boutons ont été comptés au moyen d'un point colorié. Sans tenir compte des tout petits (graines de pavot), ils atteignaient le chiffre de près de 3000, distribués approximativement de la manière suivante :

Tête, 600; dos et fesses, 800; cou, 300; poitrine, 300; extrémités supérieures, 110; ventre, 328; plis de l'aine et parties sexuelles, 60; extrémités inférieures, 222.

Le volume de ces tumeurs est variable. La plus grande, implantée sur un pédicule long de 27 centimètres, formé d'un repli de la peau de l'abdomen, atteint la grosseur des deux poings, tandis que le plus petit bouton se rapproche de la grosseur d'un pois ou même d'un grain de pavot. Les tumeurs de moyenne grandeur, relativement les plus nombreuses, sont de la grosseur d'une noix, pour la plupart arrondies, hémisphériques ou sphériques; les pédicules présentent également quelques variétés, et sont plus ou moins larges, ceux du cou et de l'abdomen dépassant les autres sous ce rapport.

La surface des tumeurs, lisse en général, présente cependant quelques inégalités, comme si elle était recouverte d'une couche plus superficielle de boutons. En outre, le plus grand nombre des tumeurs présente à leur surface de petits orifices plus petits qu'un grain de pavot, au contenu foncé (*comedo*). Ces orifices ou petits trous sont plus nombreux sur certaines tumeurs.

La consistance des tumeurs de petite dimension est molle et lisse au toucher; les plus grandes sont plus consistantes, et au toucher leur contenu produit l'impression d'un corps plus dur de la forme d'un bouton à couches superposées ou d'un nœud enchevêtré; ce contenu, qui constitue, en quelque sorte, le noyau un peu plus dur de la tumeur, est entouré d'une masse plus molle. Toutes les tumeurs, à l'exception de la grande, qui occupe la région claviculaire gauche, sont indolores et mobiles. Quelques-unes portent à leur superficie les traces d'une petite dilatation vasculaire.

En examinant les différentes régions du corps, nous pouvons facilement nous convaincre que sur le cuir chevelu et au dos le grand nombre et le rapprochement de ces boutons ont causé un aplatissement des surfaces latérales. Dans l'oreille gauche, derrière le tragus, une tumeur de la grandeur d'une noix, à pédicule long et mobile, émerge de la partie inférieure et postérieure du conduit auditif externe, et donne à ce dernier l'aspect d'une rainure supérieure étroite et triangulaire. Elle présente à sa superficie plusieurs petits boutons secondaires. A droite, une tumeur de la grosseur d'une noisette émerge de l'anthélix et bouche complètement l'orifice du conduit auditif externe, dont l'entrée n'est visible qu'en soulevant le néoplasme.

L'ouïe est bien conservée des deux côtés.

Le front, surtout aux environs des sourcils et près du cuir chevelu, est couvert d'excroissances.

Les paupières des deux yeux comptent de nombreux petits boutons, qui font défaut aux joues et sur le nez; il en existe cependant aux ailes de ce dernier, ainsi que sur la lèvre inférieure.

Sous le menton, un bouton en forme de marron, et dont la grosseur rappelle également ce fruit, se détache d'un pédicule assez large. Le mamelon droit est parsemé d'une quantité de boutons de différentes grandeurs.

La tumeur de la région claviculaire gauche, déjà mentionnée, plus grosse qu'une tête d'adulte, s'étend depuis la clavicule gauche jusqu'au bord supérieur de la septième côte, et occupe l'espace compris entre le côté interne du bras gauche, jusqu'au bord droit du sternum; cette tumeur, bosselée, est assez dure, peu mobile, et s'enfonce un peu sous le creux de l'aisselle gauche. A sa surface, on aperçoit de nombreux boutons de différentes grosseurs, plus ou moins mous au toucher. La peau qui recouvre la grande tumeur, de même que ses petites annexes, est d'un gris sale; elle est mobile, et présente à la partie extérieure et inférieure de la tumeur une forte teinte rouge sillonnée de nombreux ramuscules veineux et fortement tendus. En l'explorant au toucher, on y constate une fluctuation superficielle limitée.

Sur le côté gauche de l'abdomen, nous rencontrons trois tumeurs de la grosseur d'un œuf de poule greffées sur un large pédicule. Les grosses et les petites lèvres sont également couvertes de nombreux petits boutons, tandis que, par contre, la muqueuse du nez de la cavité buccale, du pharynx, du rectum et du vagin ne présente aucune altération pathologique.

A l'exploration digitale du bord interne du muscle biceps du bras droit, on constate à la partie inférieure des rugosités en forme de boutons qui paraissent être en relation avec le nerf médian. Il en est de même le long du nerf péroné à gauche, où l'on perçoit des boutons isolés dans le voisinage de l'extrémité supérieure de l'os.

Il m'a été impossible de constater la présence des boutons le long du parcours des autres nerfs des extrémités.

A l'exception d'une bronchite très légère, l'organisme ne présentait aucune altération sensible. L'état général de la malade était satisfaisant; le pouls marquait 80 pulsations à la minute; la température était de 37°,8 centigrades. Le 21 mars 1882, la malade a été présentée aux membres de la Société médicale de Varsovie en séance ordinaire.

Désirant connaître la structure microscopique de ces tumeurs, j'en ai excisé une sur la peau du dos, et grâce à l'examen fait par M. le docteur Elsenberg, prosecteur adjoint d'anatomie pathologique, nous arrivâmes au résultat suivant :

La tumeur, du volume d'une noisette, est recouverte d'une peau d'un brun sale, mobile au-dessus de la tumeur, et n'adhérant à cette dernière que sur un espace très restreint. A la coupe, nous trouvons une surface grise blanche, humide, ne présentant aucune homogénéité, mais plutôt formée de petits boutons de volumes différents, réunis entre eux au moyen de filaments d'un tissu semblable à celui des boutons mêmes, ou séparés par un tissu conjonctif plus relâché.

Au microscope, chaque bouton apparaît comme un fibrome de consistance variée, bien que toujours molle (*fibrome mou*). Ceux qui sont un peu plus gros contiennent un petit nombre de cellules fusiformes et une grande quantité de substance fibreuse intercellulaire; les petits boutons, plus riches en cellules, présentent plus de variété sous ce rapport : aussi y constatons-nous des cellules fusiformes, astéroïdes, et même quelques cellules rondes ou ovales; il y a moins de tissu intercellulaire, et sa structure fibreuse est moins prononcée. Les boutons situés plus profondément contiennent des vestiges d'anciennes cellules graisseuses privées de leur graisse.

Ainsi que nous l'avons indiqué, le tissu des néoplasmes contient de nombreux vaisseaux sanguins et des glandes sudoripares qui méritent une mention spéciale; la tunique externe (*adventice*) des petites artérioles paraît d'abord un peu grossie et riche en cellules, mais plus tard se confond complètement avec les tissus néoplasiques. Il en est de même des conduits des glandes sudoripares : leur paroi interne se confond avec les tissus de la tumeur, tout en conservant son épithélium spécial. Le contenu de la glande sudoripare est souvent granulé.

Les relations des tumeurs isolées avec la peau présentent cette particularité qu'elles émergent le plus souvent de la couche réticulaire, et se rattachent à la peau au moyen de filaments compacts de tissu conjonctif dépourvu de cellules, filaments qui s'entrecroisent en formant des réseaux à mailles très lâches.

Le bouton siège immédiatement sous la couche mamillaire, en forme de croissant à convexité tournée vers cette couche; cette dernière d'ailleurs, de même que l'épiderme, ne présente aucune altération sensible, tout en étant plus tendue et amincie. Les follicules pileux, de même que les glandes sébacées, sont en grande partie atrophiées.

En considération de toutes ces données, et basés sur l'observation clinique de la malade, de même que sur l'investigation microscopique des tumeurs et les descriptions analogues que l'on trouve dans la littérature médicale, nous avons diagnostiqué : *fibromes mollusques, multiples, congénitaux*. En outre, on pouvait admettre l'existence simultanée de tumeurs analogues le long du nerf médian droit et du nerf péronier gauche. Ajoutons que la tumeur de la région claviculaire gauche, immobile, à développement rapide, paraissant occuper des parties plus profondes, portait tous les caractères d'un néoplasme malin de nature sarcomateuse, et tirait son origine probable d'une transformation (hétéromorphie) d'un fibrome.

Au bout de huit jours passés à l'hôpital, la peau de la grande tumeur claviculaire se couvrit de quelques abcès gangreneux, qui

donnèrent issue à une sécrétion assez profuse d'un liquide séro-purulent, auquel s'adjoignirent bientôt des hémorrhagies qui épuisèrent le reste des forces vitales de la malade, décédée le 23 avril 1882.

L'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort par les soins du docteur Elsenberg, démontra ce qui suit :

Le cadavre est celui d'une femme maigre et de petite taille. La peau de la face, du cou et du tronc, jusqu'aux genoux, est criblée de nombreux boutons différents de forme et de volume, tels que nous les avons décrits précédemment.

La tumeur sous-cutanée de la région claviculaire gauche, dépassant le volume d'une tête d'adulte, est recouverte de petits boutons identiques avec ceux du tronc. Cette tumeur s'étend depuis la ligne mammaire gauche, au niveau de la cinquième côte, jusqu'à la septième du côté du creux axillaire, sans toutefois dépasser vers le haut la clavicule, et recouverte à l'extérieur de la peau de la moitié supérieure du bras gauche. La partie extérieure et antérieure de cette tumeur, de même que sa surface inférieure, présente des ulcérations de différentes largeurs, depuis celle d'une pièce de vingt sous jusqu'à celle de la paume de la main. Ces ulcérations servent de point d'émergence à de petites tumeurs recouvertes d'un enduit gris brun; les bords de l'ulcération sont formés de la peau gangrenée.

En pratiquant des incisions, nous trouvons que la tumeur est lobulaire, sillonnée de filaments fibreux; la couleur, d'un rouge foncé à la partie extérieure de la coupe, apparaît d'un jaune pâle en avançant vers l'intérieur. Le tissu de la tumeur, visqueux, homogène, sarcomateux, est cependant parsemé de petits foyers d'un jaune pâle de nature graisseuse, et offre, en outre, des poches du volume d'un pois ou d'une noisette remplies d'un liquide séreux et transparent. La tumeur envahit les muscles pectoraux en adhérant dans ses deux tiers externes au périoste de la clavicule.

Le *poumon* gauche ne présente aucune adhérence; il est assez pâle; les parties postérieures en sont de consistance pâteuse, tout en présentant de petites indurations au toucher. A la coupe, il en sort une quantité considérable d'un liquide rose spumeux, tandis que les petites indurations ont la forme de foyers récents limités, d'un rose pâle, faiblement granuleux, se désagrégeant facilement. La muqueuse des bronches, rougie et mince, montre très exactement le sillage longitudinal et transversal de sa texture.

Le poumon droit, adhérant à son sommet au moyen de fausses membranes très lâches, présente en même temps un œdème du sommet et des bords. Les parties postérieures contiennent de nombreuses indurations analogues aux précédentes. La muqueuse des bronches est recouverte d'un liquide muco-purulent.

Le péricarde contient une once (30 grammes) d'un liquide séreux transparent.

Le *cœur*, un peu agrandi dans son diamètre transversal, offre une musculature très pâle. Les parois du ventricule gauche un peu grossies. La cavité normale ; la valvule mitrale tant soit peu épaissie vers le bord.

L'artère pulmonaire normale; dans l'aorte, quelques traces du processus athéromateux d'origine récente.

La muqueuse du *larynx* et du *pharynx* pâle; celle de la *trachée* très rouge, boursouflée, épaissie, recouverte d'une sécrétion muco-purulente très épaisse.

La *rate* petite, dure, d'un rouge foncé.

Le *foie* très rouge à la coupe; sa structure lobulaire très prononcée; le centre des lobules rouge, leur périphérie d'un gris jaunâtre. A l'incision, il en sort beaucoup de sang (cirrhose). La vésicule biliaire remplie de bile épaisse et visqueuse, noirâtre. Les canaux biliaires libres. Le rein gauche augmenté de volume. Sa capsule s'enlève facilement. La substance corticale un peu épaissie, de couleur gris rose. Les pyramides fortement infiltrées de sang.

Le *rein* droit présente les mêmes altérations.

La *vessie urinaire* fortement resserrée.

Les *ovaires* ne présentent rien d'anormal.

La *matrice* un peu grossie; la cavité utérine présentant deux fois son volume ordinaire, à muqueuse très rougie, boursouflée, et parsemée d'une quantité de polypes muqueux de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un pois, et implantés surtout sur le fond et sur la paroi antérieure de la matrice. Le col considérablement allongé, sa cavité agrandie, la muqueuse présentant quelques petits polypes rouges et mous. La muqueuse du *vagin* offrant tous les signes d'une vaginite granuleuse.

L'*iléum*, et en particulier sa muqueuse, rougie et recouverte d'un enduit épais et trouble. A 1 mètre et demi de la valvule de Bauhin, on trouve sur la muqueuse une tumeur du volume d'une grosse tête d'épingle, blanchâtre, dure, à pédicule très large. Le *jéjunum*, à muqueuse très pâle, présente à l'approche du duodénum, sous le péritoine, une tumeur conique de la grosseur d'une noisette dure, lobulaire, gris rougeâtre, de structure fibreuse.

Le *côlon transverse* a sa muqueuse pâle, recouverte de mucus. Au commencement de cet intestin et sous la muqueuse on rencontre un néoplasme de la grosseur d'un petit pois, gris foncé, dur, et de structure fibreuse.

L'*estomac* est considérablement dilaté. Le *duodénum* ne présente rien de particulier.

Les *méninges* pâles et œdémateuses. Le *cerveau* de même. Les ventricules cérébraux augmentés du double de leur grandeur habituelle, remplis de sérosité. A la coupe, la substance du cerveau paraît pâle et brillante.

Les *nerfs* olfactifs, optiques, oculo-moteurs, pathétiques, auditifs ne présentent aucune modification, tandis que les nerfs sus-orbitaires des deux côtés, de même que le nerf facial droit, sont couverts de nombreux néoplasmes. La partie cervicale du nerf pneumo-gastrique gauche offre deux renflements plus considérables. Les nerfs médian, axillaire, perforant de Casserius et cutané interne du côté droit, présentent de nombreux néoplasmes. A la sixième paire cervicale, on trouve une tumeur de la grandeur d'une fève. Du côté gauche, nous en trouvons le long des nerfs médian, cubital et perforant de Casserius.

Les *plexus lombaires* des deux côtés offrent de nombreuses tumeurs le long de leurs ramifications. Sur le nerf crural droit, au-dessous du ligament de Poupart, on en trouve une du volume d'une aveline. De nombreuses tumeurs analogues se trouvent aussi sur la partie inférieure des deux plexus sacrés, sur le nerf sciatique, très augmenté de volume, surtout à droite, sur le nerf péronier, sur le nerf tibial antérieur et postérieur, et jusque sur les rameaux cutanés les plus minces.

Il en est de même des rameaux musculaires, qui présentent de nombreuses tumeurs parsemant le tissu des muscles.

Le diagnostic fait précédemment se complétait donc de la manière suivante :

« Fibromata multiplicia cutis et nervorum; pneumonia » lobularis acuta; gastritis chronica cum dilatatione ventri- » culi; fibroma in ileo et colo transverso; myoma in jejuno; » endometritis chronica polyposa; vaginitis granulosa; » œdema meningum et cerebri. »

La tumeur de la région cervicale gauche, examinée au microscope, paraît être un sarcome fuso-cellulaire. Une description détaillée des modifications que ces tumeurs ont fait subir au système nerveux, et l'état microscopique des nerfs, sera plus tard l'objet d'une étude spéciale que prépare M. le docteur Elsenberg, prosecteur adjoint de la Faculté de médecine à Varsovie.

Remarques.—Les fibromes mous multiples de la peau ont déjà été étudiés à différentes reprises. Le nom (*fibroma molluscum* ou simplement *molluscum*) donné par Virchow et employé par les autres auteurs désignait primitivement différentes tumeurs de la peau de nature athéromateuse ou sébacée dispersées sur toute la surface du corps. Bateman, qui leur attribuait une certaine contagiosité, les nomma *molluscum contagiosum;* des observations de cette maladie ont été publiées par Bazin, Hardy, Gibert et autres.

La première description des fibromes mous de la peau a été donnée en 1837 par Dick, médecin anglais; mais ce n'est que beaucoup plus tard que MM. Verneuil, Virchow, Michel et autres firent des études micrographiques sur ce sujet. Le point de départ de ce néoplasme était placé par Virchow dans le tissu conjonctif de la peau, et admettant que certains fibromes n'étaient qu'une dégénérescence éléphantioïde de la peau, il leur assignait les couches supérieures du tissu conjonctif de la peau comme point d'émergence.

D'autres auteurs (Beale) étaient d'avis que ces tumeurs n'étaient que des follicules pileux hypertrophiés; d'autres encore (Wedel) les croyaient provenir du tissu conjonctif sous-cutané. Au commencement de 1882, le professeur V. Recklinghausen (de Strasbourg) publia sur le même sujet

un travail hors ligne dédié au professeur Virchow à l'occasion du jubilé de l'Institut pathologique de Berlin.

Cette étude, remarquable sous tous les rapports, intitulée : *Ueber die multiplen Fibrome der Haut und ihre Beziehung zu den multiplen Neuromen*, et accompagnée de nombreuses planches, contient la description de deux cas de fibromes multiples de la peau, dont un observé chez une femme, ainsi que le résultat des autopsies.

En dehors des fibromes de la peau, l'auteur en a trouvé un grand nombre dans l'estomac, dans les intestins et le long de tous les nerfs, à l'exception des nerfs crâniens, dont seulement les branches frontales et sus-orbitaires offraient des renflements fibroïdes. Chez le sujet de l'autre observation, on a constaté l'existence de ces néoplasmes le long des nerfs des extrémités. Le sujet était de sexe masculin, et les observations ont été faites sur le vivant.

Les recherches micrographiques instituées, dans les deux cas précités, sur les néoplasmes cutanés et sur ceux qui longeaient les nerfs, de même que l'analyse de toute la bibliographie qui s'y rattache, ont été l'objet d'une étude aussi patiente qu'approfondie, et ont permis au savant professeur de formuler les conclusions suivantes :

1° Partout où les fibromes multiples se sont développés sur la peau, on en trouve également le long des différents rameaux du système nerveux, et en particulier sur les nerfs spinaux.

2° Ces tumeurs se développent dans le tissu sous-cutané qui entoure le faisceau de fibrilles nerveuses (*Nervenfaserbündel*), et que Key et Retzius désignent sous le nom de *endoneurium*. Le fibrome se trouve donc sur le nerf, greffé entre le névrilème et le faisceau fibrillaire du nerf même, et constitue une tumeur délimitée ou diffuse. Les fibres nerveuses ne subissent aucune modification, à l'exception d'un certain amincissement qui n'est même pas toujours constaté; quant au névrilème, il n'entre que beaucoup plus tard dans la formation de la tumeur.

3° Les fibromes de la peau émergent des parties profondes de la couche réticulaire, et se dirigent soit vers le haut, soit en bas, vers le tissu conjonctif sous-cutané.

4° Les gaines des follicules des conduits des glandes sudoripares, des follicules pileux, des petites artérioles, et surtout des nerfs cutanés, peuvent être considérées comme points d'origine de ces tumeurs, surtout dans les couches profondes de la peau.

L'auteur a réussi à constater dans de petites tumeurs superficielles de la peau, des filets nerveux qui les parcouraient dans toute leur épaisseur, et entourés de tissu mou très riche en cellules, non fibreux, et constituant la partie primordiale de la tumeur. La couche extérieure du néoplasme contenait beaucoup moins de cellules conjonctives, mais la disposition fibreuse était plus prononcée.

Les tumeurs atrophiées ne contenaient pas de filets nerveux, ce que l'auteur explique par la production continue d'un tissu conjonctif plus condensé, dur et fibreux.

Et enfin M. V. Recklinghausen en arrive à cette déduction finale :

Les fibromes cutanés sont d'abord des névro-fibromes, c'est-à-dire des fibromes qui se développent sur les petits nerfs de la peau, d'après le même type que l'on constate le long des nerfs principaux du corps. Les fibres nerveuses que l'on y rencontre d'abord disparaissent avec le développement de la tumeur et l'hypertrophie du tissu conjonctif. Les fibromes mous multiples de la peau sont donc, par leur origine, des fibromes névromateux ou des névrofibromes, et, envisagée comme entité morbide, cette maladie pourrait s'appeler névrofibromatose.

Notre observation nous a permis de vérifier toutes les données du professeur Recklinghausen, et pendant la vie de la malade et à l'autopsie. Les nombreuses tumeurs étaient de structure funiculaire et enchevêtrée; le long des différents nerfs, on pouvait constater leurs bosselures au toucher, à travers la peau.

Les recherches microscopiques ont démontré l'hypertrophie du tissu cellulaire autour des glandes sudoripares et de la tunique externe des petites artérioles. Il est très probable qu'on pourra également prouver l'existence des filets nerveux dans les petites tumeurs cutanées; mais le procédé de préparation demande, comme on le sait, un temps considérable.

L'autopsie nous a également fait connaître l'existence de nombreux fibromes sur les nerfs disposés en chapelet; même le nerf facial et ses rameaux présentaient des néoplasmes, ce que V. Recklinghausen n'a pas eu occasion d'observer chez ses malades. En étudiant d'une manière sagace l'origine de ces tumeurs, Recklinghausen dit : « Tant que nous ne sommes pas en mesure de connaître les causes de toute croissance organique, il nous sera impossible d'indiquer la cause primitive de l'exubérance des tissus qui donnent lieu à la formation de ces tumeurs; peut-être trouvera-t-on un jour une substance, un ferment, qui, accessible à nos moyens d'investigation, nous expliquera cette activité des tissus. Jusque-là, le mieux est d'avouer que nous ne savons rien sur la disposition organique des tissus conjonctif, vasculaire, nerveux, etc., chez des individus disposés à la formation des fibromes multiples. Vu la forme de quelques fibromes, leur disposition, la manière dont ils s'implantent sur le système nerveux, et enfin la disposition héréditaire constatée chez plusieurs malades, V. Recklinghausen émet l'avis que cette maladie pourrait bien être une sorte de lèpre dégénérée et affaiblie à travers les siècles.

La littérature médicale que nous avons pu consulter à ce sujet contient en tout 43 observations de ces fibromes, le premier ayant été décrit par Tilesius (1793). De ces 43 observations, 6 concernaient des fibromes congénitaux, et sont relatés par Hesselbach, Hitchcock (30 observations), Octerlony et Recklinghausen; la nôtre serait donc la septième observation des fibromes congénitaux. Une disposition héréditaire a pu être reconnue chez cinq malades. Dans l'observation de Hesselbach, les mêmes fibromes avaient existé chez le père du malade; dans celle de Virchow, chez le père, chez le grand-père et chez les frères; dans celle de Hecker, chez l'aïeul maternel et les plus proches parents; Hitchcock parle de la mère et de deux filles; Octerlony, d'une mère négresse et de sa plus jeune fille comme atteintes de ces néoplasmes.

Notre observation manque de précision sous le rapport des générations antérieures aux ascendants directs; ces derniers, toutefois, ne paraissent pas avoir été malades.

Le nombre de fibromes cutanés paraît avoir été assez considérable chez la fille de la négresse observée par Octerlony (2033), et dans l'observation de Wigglesworth (1193). Notre malade dépasse tous les cas précédents.

Bibliographie. — 1. Virchow. *Die krankhaftew Geschwuelste*, I Bd, p. 227. — 2. Bateman. *Maladies de la peau*. Paris, 1820. — 3. Michel. *Dict. encycl. des sciences méd.*, t. IX, p. 90. — 4. Dick. *Gaz. méd. de Paris*, 1837. — 5. Verneuil. *Comptes rendus de la Soc. de biolog.*, XXI, 1854-1855. — 6. Michel. *Mémoires de l'Ac. de médec.*, 1856, p. 371. — 7. Modrzejewski. *Gazeta lekarska*, 1882, numéros 19 et 20 (l'observation ci-dessus, texte primitif, en polonais).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 24 JUILLET 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

Moyen de conférer artificiellement l'immunité contre le charbon symptomatique ou bactérien avec du virus atténué. Note de MM. *Arloing*, *Cornevin* et *Thomas*. —

A. Le procédé d'atténuation réglé et appliqué par les auteurs a été inspiré par les travaux de M. Toussaint sur la bactéridie du sang de rate, travaux qui viennent d'être repris avec le plus grand succès par M. Chauveau. Il consiste à faire agir la chaleur sur la sérosité virulente extraite des tumeurs charbonneuses; seulement, cette sérosité est desséchée préalablement à la température de 32 degrés, dans un courant d'air qui permet d'obtenir la dessiccation avant l'arrivée de la putréfaction. Une longue série d'expériences a démontré aux auteurs qu'en triturant une certaine quantité de virus desséché, dans les conditions indiquées ci-dessus, avec deux fois son poids d'eau, de façon à hydrater également toutes les parcelles, et en portant ces mélanges dans une étuve chauffée depuis + 85 degrés à + 100 degrés, où on les maintient pendant six heures, on obtient une série de virus atténués à des degrés divers.

B. Lorsqu'on veut employer les virus atténués par ce procédé, il faut établir parmi eux un choix basé sur leur activité et la susceptibilité spécifique ou individuelle des sujets sur lesquels on désire les essayer, et fixer la dose pour un sujet d'après cette dernière considération.

Après tâtonnements, les auteurs se sont arrêtés à la pratique suivante : faire deux inoculations à six ou huit jours d'intervalle, la première avec du virus atténué par la température de 100 degrés, la seconde avec du virus atténué par + 85 degrés. On s'exposerait à des mécomptes si l'on employait d'emblée, même sur le bœuf, le virus le moins atténué. Lorsqu'on opère sur le mouton, on prend 1 centigramme de chaque virus à l'état sec; si l'on opère sur le bœuf, 2 ou 3 centigrammes, selon la taille. On associe ces doses à cent fois leur poids d'eau, et on les écrase dans un mortier jusqu'à ce que l'on obtienne une pulpe apte à être injectée sous la peau, à l'aide d'une seringue à canule piquante. Jusqu'à présent, nous avons poussé ces injections sous la peau de la face latérale de l'encolure ou de la face interne de la cuisse. Les vaccinés seront éprouvés quinze jours après la seconde inoculation avec cinq ou six gouttes de sérosité extraite fraîchement d'une tumeur et délayée, pour plus de facilité, dans 1 centimètre cube d'eau.

C. Présentement, les auteurs ont employé les virus atténués sur trois séries d'animaux, savoir : un lot composé de trois moutons, un autre de trois veaux, et un troisième comprenant une génisse de dix-huit à vingt mois et une vache de quatre ans. Les inoculations ont déterminé sur les bovidés une légère tuméfaction locale, qui a disparu graduellement; sur les moutons, un gonflement plus considérable. La première inoculation a provoqué une élévation de température de 0°,2 à 0°,7; la seconde, une hyperthermie de 0°,5 à 1 degré; quelquefois, l'élévation la plus considérable s'est présentée après la première inoculation. Tous ces animaux furent vaccinés avec succès; car, inoculés en même temps que des sujets témoins, avec du virus naturel, ils présentèrent des accidents légers ou insignifiants, tandis que les suites de l'inoculation furent graves et presque toujours mortelles sur les témoins.

Nouvelles recherches, au point de vue physiologique et thérapeutique, sur les globulaires. Note de MM. *Ed. Heckel*, *J. Mourson* et *Fr. Schlagdenhauffen*. (Voy. *Gaz. hebd.*, 1882, n°s 25 et 26.)

Académie de médecine.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 2 AOUT 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

M. *Bergeron* secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés pour l'année 1881. Ce rapport est accueilli par les plus vifs applaudissements.

M. *le Président* proclame ensuite le nom des lauréats et communique le programme des prix pour l'année 1882.

PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1881.

Prix de l'Académie. — Question proposée : *Déterminer la valeur clinique des procédés antiseptiques dans la pratique chirurgicale.* — Ce prix était de la valeur de 1000 francs. Un seul mémoire a concouru.

Il n'y a pas lieu à décerner le prix.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Question : *État de l'utérus et de ses annexes dans la fièvre puerpérale.* — Ce prix était de la valeur de 1200 francs. Un mémoire a concouru.

L'Académie décerne le prix à son auteur, M. le docteur A. Mayor, chef du laboratoire d'histologie à l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — Question : *Des accidents épileptiques dans l'hystérie.* — Ce prix était de la valeur de 1500 francs. Deux mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Ballet (Louis-Gilbert), médecin à Paris, auteur du mémoire inscrit sous le n° 2, avec cette épigraphe : *L'épilepsie est, de toutes les névroses, celle avec laquelle il est le plus facile de confondre et avec laquelle on a le plus souvent confondu l'hystérie.*

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Question : *Indications et contre-indications de l'usage des eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie pendant la grossesse.* — Ce prix était de la valeur de 2000 francs. Quatre mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Belugou (Alphonse), médecin aux bains de La Malou (Hérault), auteur du mémoire inscrit sous le n° 2, portant pour épigraphe : *Eripit interdum, modo dat medicina salutem : nil prodest quod non lædere possit idem* (Ovide).

Elle accorde des mentions honorables : à M. le docteur Caulet, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), auteur du mémoire inscrit sous le n° 3, ayant pour épigraphe : *Primum non nocere;* — à M. le docteur Queirel, chirurgien de la Maternité, à Marseille, auteur du mémoire inscrit sous le n° 4, portant pour épigraphe : *Quo natura vergit, eo ducendum* (Arétée).

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Ce prix devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus (extrait du testament). Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. — Ce prix était de la valeur de 6000 francs. Cinq ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. Toussaint, professeur de physiologie à l'école vétérinaire de Toulouse, pour ses travaux sur le charbon, le choléra des poules et la septicémie expérimentale aiguë, inscrits sous le n° 4.

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix devait être décerné au meilleur travail sur la pathologie externe. Il était de la valeur de 1500 francs. Quatre ouvrages ou mémoires ont été envoyés pour ce concours.

Il n'y a pas lieu à décerner le prix.

Prix fondé par M. le docteur Desportes. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pouvaient être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature. Il était de la valeur de 2000 francs. Six ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas de prix; mais elle accorde, à titre de récompense : 1° 500 francs à M. le docteur Vidal (Emile), de Paris, pour son travail intitulé : *Traitement du prolapsus rectal par les injections hypodermiques d'ergotine*, inscrit sous le n° 4; 2° 500 francs à M. le docteur Campardon, pour son *Mémoire sur l'emploi thérapeutique de deux plantes indigènes*, inscrit sous le n° 5.

Prix fondé par M. Henri Buignet. — Ce prix, qui est de la valeur de 1500 francs, doit être décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il n'était pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages impri-

més; étaient seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers, et les traductions. — Trois ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Radal (de Bordeaux) pour son travail intitulé : *Leçons d'ophthalmologie*, inscrit sous le n° 1.

Elle accorde une mention honorable à M. le docteur Vincent, de Guéret (Creuse), pour son mémoire inscrit sous le n° 2.

Prix fondé par M. le docteur Daudet. — Question : *De l'épithélioma des lèvres*. — Ce prix était de la valeur de 1000 francs. Deux mémoires ont concouru.

Il n'y a pas lieu à décerner le prix.

Prix fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du travail, ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Il était de la valeur de 2000 francs. — Quatre ouvrages ou mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix ainsi qu'il suit : 1° un prix de 1200 francs à M. le docteur Lucas Championnière pour son ouvrage : *Sur la trépanation du crâne*, inscrit sous le n° 2; 2° un prix de 800 francs, à M. le docteur Toussaint (Henri), pour son *Mémoire sur l'anatomie de l'artère pédieuse et sur ses anévrysmes*, inscrit sous le n° 1.

Elle accorde une mention honorable à M. le docteur Larger (de Maisons-Laffitte).

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — Ce prix devait être décerné au meilleur ouvrage contre la mélancolie. Il était de la valeur de 2500 francs. — Deux mémoires ont concouru.

L'Académie décerne un prix de 1500 francs à M. le docteur Liénard (de Sedan), auteur du mémoire portant pour épigraphe : *Laboremus*, inscrit sous le n° 2.

Elle accorde, en outre, une récompense de 1000 francs à M. le docteur Emile Duponchel, médecin aide-major de 1re classe, au 18e escadron du train, à Bordeaux, pour le mémoire inscrit sous le n° 1, ayant pour épigraphe : *Statuar tumulo, non mastus et atrox, sed hilarus et coronatus* (Tacite).

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, devait être décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre pendant cette sixième période (1876 à 1881), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. — Ce prix était de la valeur de 10 000 francs. Cinq concurrents se sont présentés.

L'Académie partage les prix ainsi qu'il suit : 1° 6000 francs, à M. le docteur J. Bigelow, de Boston (Amérique), auteur du travail inscrit sous le n° 2, intitulé : *Cure et prophylaxie des rétrécissements de l'urèthre par la dilatation urodyname;* 2° 4000 francs à M. le docteur Th. Anger, auteur des travaux inscrits sous le n° 4 : *Nouveaux instruments pour faire la taille avec le thermo-cautère.— Hypospadias péno-scrotal.*

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une » somme de 1500 francs, pour la fondation d'un prix de pareille » somme, destiné à récompenser l'expérimentation qui aura pro- » duit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux » animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à en- » démies goîtreuses. »

Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique. Il n'y a pas eu de concurrents.

Prix fondé par M. le docteur Alfaro, correspondant a Madrid. — Note déposée par le fondateur : « J'offre à l'Académie » la somme de 2000 francs, pour la fondation d'un prix à accorder » au meilleur mémoire sur la question suivante : rechercher par » quels moyens on pourrait, dans les asiles publics et privés des- » tinés aux maladies mentales, faire une plus large part au trai- » tement moral et augmenter les moyens d'action. Indiquer surtout » les inconvénients d'un isolement rigoureux dans les affections » mélancoliques. S'appuyer sur des faits assez nombreux et bien » constatés par la science. » — Un mémoire a été envoyé pour ce concours.

L'Académie décerne le prix à son auteur, M. le docteur Lagardelle.

Prix fondé par M. et Mme Saint-Paul. — M. et Mme Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25 000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérite*. Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérite lui auront paru mériter cette récompense. — Six ouvrages ou mémoires ont été présentés pour ce concours. Aucun d'eux n'a été jugé digne de récompense.

Fondation Auguste Monbinne. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins.

Prix de la commission de l'hygiène de l'enfance. — Question : *Faire connaître par des observations précises le rôle que peut jouer dans la pathologie infantile le travail de la première dentition.* — La valeur de ce prix était de 1000 francs. Deux mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : 1° des médailles d'argent à MM. les docteurs Lavergne, médecin des Enfants assistés du département de l'Allier, et Sagnier, médecin à la Grand'Combe (Gard); 2° des médailles de bronze à MM. les docteurs Juventin (de Beaurepaire); Ory, sous-inspecteur des Enfants assistés du département de la Loire; Pippingskold, de Helsingfors (Finlande).

Médailles accordées a MM. les médecins des épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre du commerce a bien voulu accorder, pour le service des épidémies de 1880 :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur Daga, médecin principal de 1re classe, pour son *Rapport sur la fièvre typhoïde qui a régné à Nancy en 1879.*

2° *Rappel de médailles d'or à :* M. le docteur Pilat, de Lille.

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Amat (Louis), aide-major de 1re classe; Aufrun (de Saint-Pierre d'Oleron); Aron, médecin-major au 19e de ligne; Bos (d'Aurillac); Fournier (de Soissons); Vignes (de Tarbes); Pennetier (de Rouen); Mignot, de Chantelle (Allier); Paris (de Versailles); Perroud (de Lyon).

4° *Rappel de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Barbrau (de Rochefort); Benoist (de Guingamp); Daniel (de Brest); Pestel (de Saint-Chartier); Ch. Viry, médecin-major à Aumale; Geraud, médecin aide-major au Mans; Prestat (de Pontoise); Manouvriez (de Valenciennes).

5° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Bardy (de Belfort); Bodélio (de Lorient); Briouval (d'Oléron); Decool (de Hazebrouck); Delacour (de Quimperlé); Giustiniani (d'Ajaccio); Guibert (de Saint-Brieuc); Jablonski (de Poitiers); Diard (de Rambouillet); Durand, de Marseillau (Hérault); Mantel (de Saint-Omer); Rousseau (de Vouziers); Malichecq (de Mont-de-Marsan).

Médailles accordées a MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre du commerce a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales, pendant l'année 1879 :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur Caulet, médecin-inspecteur à Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées).

2° *Médailles d'argent à :* MM. les médecins-inspecteurs des eaux Billout, à Saint-Gervais (Haute-Savoie); Bordes-Pagès, à Aulus (Ariège); Achille Bouyer, à Cauterets.

3° *Rappel de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Cazalis, à Challes (Savoie); Collin, à Saint-Honoré (Nièvre); Japhet, à Enghien.

4° *Médaille de bronze à :* MM. les docteurs Balbedat; Boudet, à Châteauneuf; Bourgarel, à Pierrefonds (Oise); Coignard, à Cusset (Allier); Dupourqué, à Salines de Béarn (Basses-Pyrénées); Longuet, médecin-aide-major au 2e spahis; Regnault (Bourbon-l'Archambault); Ernest Renard (Algérie).

Prix et médailles accordés a MM. les médecins vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1880. — L'Académie a proposé, et M. le ministre du commerce a bien voulu accorder :

1° *Un prix de 1500 francs à partager entre :* MM. les docteurs Géraud (Louis), médecin aide-major de 1re classe au 31e régiment

d'artillerie, au Mans (Sarthe); Perret (Félix), de Rennes (Ille-et-Vilaine), professeur à l'École de médecine, médecin de la Maternité, conservateur du vaccin; Weill (Jacob), médecin-major de 1re classe au 3e régiment d'artillerie, à Châlons-sur-Marne (Marne).

Rappels. — M. le docteur Antony, médecin aide-major de 1re classe; Mme Subra, veuve Boric, sage-femme à Alger.

2° *Des médailles d'or à :* MM. les docteurs Aubert, médecin-major de 2e classe au 28e régiment d'infanterie; Boivin, médecin du bureau de bienfaisance du Xe arrondissement; Longet (E.), médecin-major de 1re classe au 93e régiment d'infanterie, à la Roche-sur-Yon (Vendée); Schmit, médecin-major de 1re classe au 64e régiment de ligne.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs dont les noms suivent et qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par les observations ou mémoires qu'ils ont adressés à l'Académie :

M. Adhéran, Mme Albussac, MM. Alison, Artanee, Augé, Mme Astrue, MM. Baillez, Bancel, Bar (Henri), Barharin, Mme Batisse, Mlle Bauduin, M. Bazin, Mme Belette, M. Benoit (Léopold), Mme Berthomieux, MM. Besnier, Bertrand (Léopold), Beurnier, Mme Bezard, Mlle Bisson, MM. Bosc, Bucquoy, Chalmeilles, Cazahan, Champreux, Chebrou, Mmes veuve Damemme, Dard, M. Dégos, Mmes Desplanques, veuve Deverdun, Dominique, Dreux, Dumoulin, MM. Dufour, Dupéré, Mlle Dupré, MM. Faure-Lacaussade, De Fleury, Mme Forino, MM. Fréry, Galangau, Genoud, Geschwind, Gonnet, Gravier, Grinda, Guillemaud, Mmes Helin, veuve Hély, veuve Henner, M. Héraud, Mmes Hiérard, Laforest, MM. Lannes, Laroche, Mmes Larray, Laudren, M. Laurens, Mme Le Bloaz, M. Leca, Mmes Leclerc, Léger, Lelarge, MM. Lelièvre fils, Mahélin, Mmes Malmezac, Miedzychwska, Missard, M. Moaligou, Mlle Naizin, Mme Noiller, M. Pagny, Mme Papi, M. Pattriti, Mme Pelissier, M. Petit, Mme veuve Pernelle, MM. Phalippou, Rebulet, Mme Rihoux, Richard, Rivairol, Rondeau, Mme Rossignol, Mlle Rousseau, Mme Roussel, MM. Sagnier, Saulgeot, Mme Saulnier, MM. Silve (Paul), Sortais, Souloumiac, Mme Trotignon, Vantalon, M. Velten, Mme Viannet, MM. Vignes, Villard.

(Nous publierons dans le prochain numéro la liste des prix proposés.

(*A Suivre.*)

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 28 JUILLET 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Intégrité de la circonvolution de Broca dans un cas d'aphasie : M. D'Heilly. — Tuberculose miliaire aiguë du pharynx guérie par l'iodoforme : M. Gouguenheim. — Transfusion du sang : M. Roussel (de Genève). — Hématochylurie; filaire du sang humain : MM. Ferrand et Damaschino.

M. *D'Heilly* présente le cerveau d'une aphasique morte dans son service, à l'hôpital Beaujon. Il s'agit d'une jeune fille de vingt-quatre ans, atteinte de tuberculose pulmonaire, et qui fut prise subitement de perte de la parole, sans apoplexie, sans troubles du mouvement ou de la sensibilité; l'ouïe, la vue et l'odorat étaient demeurés intacts. Cette malade restait impassible lorsqu'on lui adressait la parole ou qu'on l'appelait par son nom; elle disait à tout propos : « oui, Monsieur » ou bien « parce que..., parce que... ». Si elle parvenait à ébaucher un commencement de phrase, elle ne paraissait pas s'apercevoir de l'incohérence de ses paroles et n'avait nullement à ce sujet les impatiences des aphasiques ordinaires. Elle ne pouvait ni lire, ni écrire. Cependant l'intelligence semblait avoir conservé une intégrité relative; elle jouait aux cartes sans commettre d'erreurs, ne se trompait jamais sur la valeur d'une pièce de monnaie, et reconnut un jour, de façon non douteuse, une amie qu'elle n'avait pas vue depuis longtemps. — Elle succomba, au bout de trois semaines, aux progrès de la cachexie tuberculeuse. A l'autopsie on constatait l'intégrité absolue de la circonvolution de Broca, mais on trouvait un vaste foyer de ramollissement cortical, intéressant le lobule pariétal inférieur, le lobule du pli courbe, le pli courbe et une portion de la première circonvolution sphéno-occipitale; le ramollissement était limité à l'écorce grise. La quatrième branche de la sylvienne gauche renfermait un caillot du volume d'un petit grain de plomb; les autres branches de la même artère étaient libres. — Les troubles de la paroles résultaient-ils, dans ce cas, d'un affaissement de l'intelligence, ou de la localisation de la lésion à une région spéciale de l'écorce cérébrale? Cette dernière hypothèse est de beaucoup la plus vraisemblable, et l'on s'est trouvé, sans aucun doute, en présence d'un de ces cas décrits depuis quelques années sous le nom de *cécité* et *de surdité verbales*, et dans lesquels on a signalé des lésions intéressant les centres sensitifs corticaux en relation physiologique avec la circonvolution du langage articulé.

— M. *Gouguenheim* rapporte une observation de *guérison par l'iodoforme d'une tuberculose miliaire aiguë du pharynx*. Il fut appelé à donner ses soins à une femme enceinte qui avait été atteinte d'angine au début de sa grossesse; on constatait une ulcération étendue au pilier antérieur gauche du voile du palais et à une partie de ce septum, ainsi qu'une hypertrophie énorme de la luette qui pendait jusqu'à l'orifice supérieur du larynx. Les caractères non douteux de l'ulcération rendaient le diagnostic facile; il fut d'ailleurs confirmé par l'examen histologique de la luette, excisée dans le but de soulager la malade, pour laquelle ce volumineux appendice était une cause de gêne et de souffrance : le microscope révéla d'une façon incontestable la nature tuberculeuse de l'affection. Il n'y avait d'ailleurs aucun signe de tuberculose pulmonaire. La lésion était extrêmement douloureuse et le pronostic, ainsi qu'Isambert l'a établi dans des cas semblables, paraissait alarmant. M. Gouguenheim prescrivit l'éthérolé d'iodoforme, et sous l'influence de ce topique l'ulcération fut rapidement modifiée; elle disparut même complètement et la malade put de nouveau s'alimenter. Elle était dans un état de santé satisfaisant, lorsque, à la suite d'un écart de régime, de nouveaux accidents se montrèrent vers l'isthme du gosier; bien qu'ils ne fussent pas ulcéreux, l'iodoforme fut de nouveau prescrit, mais sans succès; cependant, l'ulcération s'étant reproduite, le même traitement eut de nouveau une action curative remarquable. La malade est aujourd'hui entièrement guérie depuis une quinzaine de jours.

M. *Zuber* emploie l'iodoforme, dans son service du Val-de-Grâce, à l'état de poudre, de crayons, de glycérolé; il a constaté que c'est un antiseptique puissant et un calmant remarquable pour les ulcérations douloureuses, c'est du reste un excellent modificateur de tous les ulcères atoniques, quelle qu'en soit la nature. Kussner, qui a publié en Allemagne, il y a deux ans, un important travail sur la tuberculose ulcéreuse du pharynx, a obtenu du traitement par l'iodoforme d'excellents résultats; il prétend que c'est un *antituberculeux* par excellence et pousse la confiance dans ce médicament jusqu'à l'employer en inhalations contre la tuberculose pulmonaire.

M. *Damaschino* a obtenu il y a deux ans la guérison d'une angine tuberculeuse au moyen des attouchements avec la teinture d'iode et du traitement interne par l'iodure de potassium et l'iodure de fer. Depuis lors, la malade a succombé à la tuberculose pulmonaire, après avoir présenté des symptômes de laryngite et d'œdème de la glotte ayant nécessité la trachéotomie.

M. *Gouguenheim* a constaté à diverses reprises que l'iodoforme employé seul, dans le cas d'ulcérations syphilitiques phagédéniques de la vulve, ne donne pas de résultats satisfaisants; il n'agit que si l'on administre en même temps l'iodure de potassium.

— M. *Roussel* (de Genève) lit une note sur plusieurs cas de transfusion du sang pratiquée au moyen de son appareil. Six opérations ont fourni deux succès, et les quatre autres

malades ont succombé plus ou moins rapidement à des accidents divers. M. Roussel demande la nomination d'une commission chargée d'examiner les différents appareils à transfusion actuellement employés et de faire connaître celui qui semblera devoir être préféré. — Une commission composée de MM. Hayem, Quinquaud et Zuber est nommée, mais le président de la Société fait observer qu'elle n'a pour mission que d'examiner la valeur scientifique du mémoire présenté par M. Roussel.

— M. *Ferrand* a donné ses soins à un jeune nègre de Zanzibar, âgé de quinze ans et habitant la France depuis une dizaine d'années; au mois d'août dernier, ce jeune homme, jusque-là très bien portant, fut pris d'une diarrhée sanguinolente avec phénomènes d'entérite assez intense : trois jours plus tard, il rendait des urines renfermant du sang. C'est à ce moment qu'il entra dans le service de M. Ferrand; il accusait une fatigue générale assez marquée, accompagnée d'un léger mouvement fébrile, et ses urines, sanguinolentes au moment de la miction, se prenaient par le refroidissement en une gelée lactescente colorée par le sang surtout dans les couches inférieures; cette hémato-chylurie persista depuis le 15 août jusqu'au 25 décembre, mais la quantité de sang mélangée à l'urine diminua progressivement, et ce liquide devint de moins en moins épais. Il renfermait vingt millièmes d'albumine, de la fibrine en notable proportion, et surtout des globules rouges et des leucocytes en nombre considérable. On y constatait également, en faisant usage d'un fort grossissement, une énorme quantité de graisse en émulsion d'une finesse extrême. Les mêmes accidents se montrèrent de nouveau le 15 avril, suivirent une marche identique et disparurent assez rapidement; l'urine offrait une composition toute semblable, mais renfermait un peu moins de fibrine. Pendant toute la durée des accès de chylurie elle contenait en outre le parasite caractéristique de l'affection; il a été, dans ce cas, étudié par M. Damaschino.

M. *Damaschino* a constaté à diverses reprises la présence de la *filaire du sang humain* dans l'urine et dans le sang du malade dont M. Ferrand vient de rapporter l'observation. Dans l'urine, ce parasite n'est plus vivant; il se présente sous l'aspect d'un corps filiforme, arrondi à l'une de ses extrémités, très effilé à l'extrémité opposée; il est composé d'une enveloppe mince ou cuticule, et d'un protoplasma amorphe facilement colorable par le violet de méthyle : on ne voit aucune trace d'organes digestifs ou sexuels, c'est bien une larve, ainsi que Ch. Robin l'a spécifié. Dans le sang, on trouve le même parasite vivant, offrant une forme sinueuse ou contournée en spirale, et nageant tantôt à la façon d'une anguille, tantôt en décrivant un rapide mouvement d'hélice, tantôt en donnant à droite et à gauche de grands coups de queue qui chassent les globules sanguins. Pour le rencontrer à coup sûr, il faut recueillir la nuit le sang à observer, car le parasite disparaît absolument pendant le jour; il faut en outre avoir soin de laisser tomber une ou deux gouttes de sang dans un verre de montre renfermant de l'eau et du violet de méthyle : il se forme au fond du vase, par le repos, un réticulum fibrineux emprisonnant les globules blancs et le parasite, qui sera dès lors facilement reconnu à l'examen microscopique. M. Damaschino a retrouvé le même parasite dans le liquide chyliforme d'une hydrocèle opérée par M. Le Dentu chez un individu ayant habité la Martinique, et aussi dans l'estomac d'un moustique ayant sucé le sang d'un malade atteint de chylurie : dans ce dernier cas, la préparation histologique est due à M. Sonzino. Pourquoi ce parasite ne se rencontre-t-il dans le sang que la nuit? Est-ce l'obscurité, la position horizontale du malade ou l'état de sommeil qui peuvent être regardés comme la cause de cette curieuse particularité? Il existe d'ailleurs un rapport constant entre les crises d'hémato-chylurie et l'apparition du parasite qui disparaît entièrement pendant l'intervalle des accès. Il doit y avoir un animal adulte dont ce parasite est la larve, et peut-être, chez le malade de M. Ferrand, se trouve-t-il dans un ganglion volumineux et douloureux de la région inguinale.

M. *Rendu* demande à M. Ferrand s'il a essayé, ainsi que cela a été tenté en Angleterre, de faire dormir son malade pendant le jour et de le tenir éveillé et en mouvement pendant la nuit, afin de constater si le parasite et l'altération des urines pourraient être observés le jour et disparaîtraient la nuit.

M. *Ferrand* n'a pu, à cause de l'indocilité de son jeune malade, faire jusqu'ici une semblable expérience. Il a constaté à plusieurs reprises que, le soir, l'urine était à peine modifiée, tandis que l'hématurie apparaissait vers minuit, pour disparaître progressivement à mesure que la chylurie s'accentuait : celle-ci était à son maximum vers le matin et décroissait graduellement dans la journée.

M. *A. Robin* a étudié l'urine d'individus atteints de chylurie en France et à Genève : il n'y a jamais rencontré de parasites. Une malade, observée également par le professeur Jaccoud, ne rendait des urines chyleuses que la nuit, lorsqu'elle se couchait; M. Jaccoud la fit mettre au lit dans la journée et la chylurie se montra très manifeste, mais il n'y avait dans son urine aucune trace de filaire. On se trouve par suite conduit à admettre deux variétés de chylurie : 1° la *chylurie simple* de nos climats avec absence de filaire et de fibrine dans l'urine, et qui n'est sans doute qu'une exagération de la *pimélurie* décrite par Gubler; 2° l'*hématochylurie* des pays chauds, dans laquelle les urines renferment de la fibrine et le parasite observé par M. Damaschino.

M. *Ollivier* a examiné, il y a quelques années, l'urine d'un malade, originaire des pays chauds, et qui était atteint de chylurie, sans pouvoir y rencontrer le parasite. Le sang n'en renfermait pas davantage, mais il avait été recueilli dans la journée.

M. *Damaschino* est entièrement de l'avis de M. A. Robin; il rappelle qu'une observation de chylurie simple nocturne a été récemment présentée à la Société clinique par M. Boissard, interne des hôpitaux, et que, dans ce cas, il avait lui-même reconnu l'absence de filaire dans le sang et les urines. — Il pense que, si M. Ollivier n'a pas rencontré le parasite chez son malade, c'est qu'il l'a cherché dans la portion liquide de l'urine; il faut, en effet, pour le trouver, examiner les caillots ou les fragments fibrillaires de linge et les poussières diverses qu'elle renferme.

— A cinq heures et quart la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 26 JUILLET 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodées. — Nouveau procédé d'ostéoclasie. — Extraction d'un tube à drainage tombé dans la plèvre. — Présentation d'un trocart à drainage. — Élongation du nerf médian. — Dilatation artificielle du col de l'utérus.

M. *Boinet* énumère les kystes de l'ovaire qui ont chance de guérison par l'injection iodée, et ceux qui doivent être réservés pour l'ovariotomie. Autrefois on injectait tous les kystes de l'ovaire, même les multiloculaires. C'est en 1847 que M. Boinet fit sa première injection iodée dans un kyste de l'ovaire, après avoir retiré 35 litres de liquide; la malade guérit. Plus tard, il renonça à injecter les kystes multiloculaires, puis, les uniloculaires à liquide filant, après avoir fait une centaine d'opérations. Il réserva pour les injections iodées les kystes séreux uniloculaires. Dans un cas, il fit 25 injections avant d'observer la guérison.

Parmi les kystes séreux uniloculaires, quelques-uns ne pouvaient pas guérir par les injections iodées, parce que dans la poche il y avait des végétations qui reproduisaient le liquide. M. Boinet fit sa première ovariotomie sur une femme qui avait subi cinq injections iodées; l'opérée guérit. M. Robin, qui examina la pièce, trouva dans la paroi du kyste une masse végétante de nature cancéreuse. Deux ans après, cette femme mourut d'un cancer généralisé.

M. Boinet a fait peut-être 600 fois l'injection iodée dans les kystes de l'ovaire. Quand le kyste est uniloculaire et que le liquide est citrin, la guérison est presque certaine. M. Boinet a fait l'autopsie de deux femmes mortes dix ans après une injection iodée dans un kyste de l'ovaire; l'un des kystes avait le volume d'une noix, et l'autre le volume d'une pomme. On pouvait déplisser ces masses et retrouver les parois; il n'y avait pas d'adhérences.

— M. *Robin* (de Lyon) lit un mémoire sur un nouveau procédé d'ostéoclasie applicable au *genu valgum* des adolescents et des adultes. Au moyen d'un appareil spécial il produit une fracture transversale juxta-articulaire, sous-périostée, à deux travers de doigt au-dessus de l'articulation du genou, sans agir sur cette même articulation. (Commission composée de MM. Terrillon, Terrier, Tillaux.)

— M. *Duboué* (de Pau) lit une observation d'extraction sans opération sanglante d'un tube à drainage tombé accidentellement dans la plèvre, dans un cas de pyopneumothorax ancien.

— M. *Guyon* présente au nom de M. Delaisement (de Saint-Quentin) un trocart à drainage destiné à faciliter le passage des drains.

— M. *Le Fort*. Un homme reçut à la chasse un coup de fusil chargé de gros plomb. Paralysie subite du bras gauche avec douleur vive au dessus du coude; le nerf médian était paralysé. Au bout de quelques mois, les muscles de la main et de l'avant-bras s'étaient atrophiés; les douleurs étaient excessives. Sur le trajet du nerf médian, on sentait un point induré. M. Le Fort mit ce nerf à découvert; il le trouva volumineux et entouré de tissu induré. Il le disséqua sur une certaine longueur et ne trouva pas de grains de plomb. Il fit ensuite l'élongation et sutura la plaie. Les douleurs se modifièrent et peu à peu cessèrent. Faradisation et courants continus. La guérison est aujourd'hui complète.

— M. *Poulet* (de Lyon) lit une note sur la dilatation artificielle du col de l'utérus par une poche des eaux artificielle, dans les accouchements.

L. Leroy.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 26 JUILLET 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Extrait de Convallaria maialis. — Note sur un cas d'empyème : M. Moutard-Martin. — Efficacité de la caféine dans l'asystolie : M. Huchard. — Borate de bismuth : M. Delpech.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Moutard-Martin* signale un fait intéressant, relatif à l'action de l'extrait de muguet chez le malade dont il a rapporté l'observation et qui avait tout d'abord obtenu, de l'usage de ce médicament, le bénéfice d'une diurèse extrêmement abondante. Ce malade, lorsqu'on lui administra pour la première fois le *Convallaria maialis*, prenait depuis quelques jours une potion chloralée pour combattre l'insomnie persistante : c'est à ce moment que la diurèse se produisit. Depuis lors, la potion de chloral ayant été supprimée, l'extrait de muguet fut encore employé à plusieurs reprises, mais sans aucun résultat. Une fois, cependant, le chloral fut prescrit de nouveau pour quelques phénomènes d'agitation en même temps que le diurétique, et la quantité d'urine fut de nouveau notablement accrue. On pouvait, par suite, croire que la diurèse résultait de l'action combinée des deux médicaments, mais on aurait commis sans aucun doute une erreur d'interprétation, car elle s'est de nouveau montrée, chez le même malade, depuis vingt-quatre heures sans cause appréciable, tout médicament ayant été supprimé depuis plusieurs jours.

M. *Dujardin-Beaumetz* a essayé dans son service l'extrait de muguet chez un certain nombre de cardiaques : la diurèse, nulle chez quelques-uns, s'est montrée très nette chez les autres; les urines dans ce cas ont pris une légère teinte brunâtre. Le médicament, donné à la dose de 1 gramme, n'a jamais déterminé aucun accident toxique.

— M. *Moutard-Martin* lit une note sur un cas fort instructif d'empyème pratiqué par lui pour un épanchement pleurétique, dont il avait constaté tous les signes et qui cependant n'existait en aucune manière. Il pense, à juste titre, qu'il appartient « aux doyens de la profession » (il eût pu dire : aux maîtres) de publier les erreurs de diagnostic qu'ils peuvent commettre, pour servir d'enseignement à d'autres, plus jeunes et moins expérimentés. — Un jeune homme de 19 ans, feuillagiste, entrait le 28 avril dernier à l'Hôtel-Dieu, pour une colique saturnine datant d'une douzaine de jours. Les symptômes étaient très nets, le liséré des gencives évident. On lui administra le traitement classique; mais le 8 mai, il se plaignit d'un point douloureux dans le côté droit du ventre et l'on constatait, pour la première fois, au-dessous du rebord costal, une tuméfaction avec rénitence élastique, faisant songer à un kyste du foie. La matité s'étendait jusqu'à l'ombilic et remontait en arrière jusqu'à la partie moyenne du thorax; à ce niveau, le murmure vésiculaire, normal dans la moitié supérieure demeurée sonore, disparaissait brusquement. Les commémoratifs ne révélaient qu'une péritonite (?) traitée quelques années auparavant et ayant laissé à sa suite un peu de tuméfaction et d'induration du flanc droit. Des phénomènes inflammatoires assez intenses décidèrent M. Moutard-Martin à intervenir, et une ponction fut pratiquée le 10 mai : elle donna issue à 250 grammes d'un pus verdâtre, crémeux, assez fétide, ne renfermant aucun crochet d'échinocoque. Le 11 mai, le malade fut pris, pendant la nuit, d'une vomique abondante de pus rougeâtre, sanieux, extrêmement fétide. La toux et l'expectoration continuèrent les jours suivants; des sueurs, des vomissements apparurent, et le malade très affaibli présentait un état général assez alarmant. La matité avait notablement diminué; la respiration, encore affaiblie, s'entendait presque jusqu'à la base, et de gros râles dans l'aisselle indiquaient le siège de la fistule pulmonaire. Cependant, la tumeur abdominale augmenta de nouveau, et l'on retira, par une seconde ponction, 250 grammes de pus semblable au premier mais très différent de celui de la vomique. Le 28 mai, douleur vive dans le côté, anxiété, oppression extrême : on constate du tympanisme et du souffle amphorique très nets, impliquant l'existence d'un pyo-pneumothorax; aussi l'empyème est décidé pour le lendemain 29 mai. Le lendemain, la matité et le silence respiratoire ont reparu et l'opération semble d'autant plus nécessaire que la plèvre paraît s'être remplie de liquide. Elle est pratiquée par M. Moutard-Martin, qui, après avoir traversé la paroi thoracique, arrive sur un tissu mollasse qui n'est autre que le poumon; instruit par une opération analogue déjà ancienne, il incise le poumon sur une profondeur de quatre centimètres environ, pensant rencontrer enfin l'épanchement purulent : il n'en existe pas trace. A la suite d'un pansement approprié, la cicatrisation de la plaie eut lieu sans accidents et fut complète le 29 juin. Pendant ce temps la toux, l'expectoration diminuaient, la fièvre disparaissait et le malade, guéri *malgré* l'intervention

opératoire, était en état de quitter l'hôpital le 30 juin. L'opération de l'empyème, dit M. Moutard-Martin, semblait nettement indiquée, mais elle n'aurait dû être pratiquée qu'après une ponction exploratrice; cette précaution est absolument indispensable et l'on évitera ainsi des erreurs qui pourraient parfois être très préjudiciables aux malades.

M. *C. Paul* rappelle que des cas d'atélectasie pulmonaire, simulant l'épanchement pleurétique, ont été publiés à l'étranger; la ponction seule a permis de fixer le diagnostic. Il a lui-même observé un cas analogue l'année dernière.

M. *Dujardin-Beaumetz* demande à M. Moutard-Martin comment il interprète les signes fournis par l'examen de son malade, en regard des lésions constatées directement par l'incision.

M. *Moutard-Martin* pense que la matité et le silence résultaient de l'atélectasie du poumon comprimé par l'abcès du foie ouvert dans les bronches. Quant au tympanisme et au souffle amphorique, ils avaient sans doute pour cause une perforation pleurale, rapidement oblitérée. — L'atélectasie pulmonaire n'est pas très rare et, bien que simulant l'épanchement pleurétique, elle peut s'en distinguer par le retrait des espaces intercostaux, qui se produit pendant l'inspiration : ce phénomène n'a pas lieu lors d'épanchement dans la plèvre. On constate assez facilement ce retrait à la vue, mais on le sent d'ailleurs très nettement sons l'oreille lorsqu'on ausculte le thorax.

M. *Créquy*, avant de pratiquer la thoracocentèse ou l'empyème, assure toujours son diagnostic par une petite ponction aspiratrice avec la seringue de Pravaz. Ce procédé est d'une innocuité absolue en cas d'erreur.

M. *Dally* croit que le retrait de la paroi thoracique pendant l'inspiration, lors d'adhérences pleurales sans épanchement, est plus apparent que réel. Ce qui le simule, c'est l'immobilité des côtés inférieures, pendant que la partie supérieure du thorax subit un mouvement d'élévation qui agrandit ses diamètres.

M. *Dujardin-Beaumetz* a observé chez un malade tous les signes d'un épanchement pleurétique abondant, à une époque où il professait que cet ensemble de symptômes ne pouvait induire en erreur. Une ponction fut faite sans aucun résultat, et l'autopsie, pratiquée quelque temps après, fit reconnaître un cancer en masse du poumon.

M. *Moutard-Martin* a publié, en 1854, une note sur ces erreurs de diagnostic inévitables. Il y relatait un cas de cancer pulmonaire tout semblable à celui qu'a observé M. Dujardin-Beaumetz, et un cas d'abcès volumineux de la capsule surrénale.

M. *C. Paul* a constaté les mêmes phénomènes chez une femme atteinte de cancer pulmonaire, mais le diagnostic fut éclairé par l'existence d'un cancer du sein récidivé après opération.

— M. *Huchard* donne lecture d'un travail sur l'emploi de *la caféine dans l'asystolie*. Ce médicament a pour effet d'augmenter la tension artérielle et de diminuer, après une courte période d'accélération, la fréquence des pulsations cardiaques. Elle ne peut être appliquée à tous les cas d'asystolie, pas plus que les autres médicaments préconisés dans les affections du cœur, mais elle rend parfois de grands services, surtout lorsque la digitale est impuissante et que la morphine est contre-indiquée à cause de l'oligurie qu'elle détermine. La caféine amène promptement la diurèse, qui atteint deux et trois litres; en outre, son élimination est rapide et prévient tout danger d'accumulation des doses. M. Huchard cite l'observation d'une malade emphysémateuse, atteinte de rétrécissement mitral et d'insuffisance tricuspidienne avec anasarque, pulsations hépatiques manifestes, œdème pulmonaire et albuminurie, offrant en un mot tous les symptômes de l'asystolie grave par cardioplégie, et qui présentait une intolérance très marquée pour les préparations de digitale sous quelque forme qu'elles fussent administrées. La morphine avait procuré quelque soulagement, mais avait réduit encore la quantité des urines déjà très minime. La caféine pure fut prescrite à doses progressivement croissantes de 25, 50, 75 centigrammes, puis 1 gramme, 1 gramme et demi et jusqu'à 2gr,30, dans une potion prise en plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Ce fut « une véritable résurrection »; l'amélioration se montra dès le second jour, s'accentua rapidement, et tous les accidents asystoliques disparurent. Cette malade a eu depuis lors quelques nouvelles alertes, mais l'usage du même médicament l'a toujours promptement rétablie, tandis que la digitale, essayée de nouveau, a toujours été mal supportée. Cette observation, et quelques autres tout analogues, portent M. Huchard à croire que la caféine peut être regardée comme le médicament de l'asystolie vraie, la digitale étant celui de la dyssystolie, ainsi que l'a montré M. Fernet. Les doses ont d'ailleurs une grande importance : il est prudent de commencer le traitement par des doses faibles, mais il faut les augmenter rapidement, pour atteindre 1 gramme ou 1 gramme et demi. La caféine ne paraît du reste avoir aucune action sur l'albuminurie indépendante des troubles cardiaques, ni sur les hydropisies relevant d'autres causes; elle est en particulier très mal supportée, même à faible dose, chez les cirrhotiques.

M. *Dujardin-Beaumetz* emploie, en injections hypodermiques, le benzoate double de caféine et de soude, obtenu par M. Tanret; la caféine pure serait trop peu soluble pour être administrée par cette voie. — L'intolérance des cirrhotiques pour la caféine semblerait indiquer que cet alcaloïde a besoin de traverser le foie pour avoir une action efficace. Peut-être le *guarana*, qui contient une plus forte proportion de caféine que le café, pourrait-il rendre des services dans le traitement des affections cardiaques.

M. *Landousky* rappelle que Gubler employait avec succès le valérianate de caféine.

M. *Martineau* a donné, à l'exemple de Pelletan, l'infusion de café vert (40 grammes pour une tasse) comme diurétique; il en a tiré quelques avantages.

M. *Huchard* fait remarquer que l'action physiologique de la caféine est encore mal connue. Ainsi, suivant les uns, elle augmente l'excrétion de l'urée, suivant d'autres, elle la diminue. Ces deux opinions sont exactes, car elle la diminue, après l'avoir tout d'abord augmentée d'une façon passagère.

— M. *Delpech* fait connaître à la Société qu'il est parvenu à préparer du *borate de bismuth* par la calcination de l'azotate de bismuth en présence de l'acide borique. On obtient ainsi un sel absolument stable, avec lequel on n'a pas à redouter les mêmes inconvénients qu'avec le nitrate; ce dernier, d'après M. Regnault, donnerait, par décomposition, de l'acide azotique libre pouvant avoir sur l'intestin une action fâcheuse.

— A cinq heures trois quarts, la séance est levée.

— La Société s'ajourne au mercredi 11 octobre.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Punaise fixée sur la membrane du tympan, par le docteur Noquet.

Il s'agit d'un ouvrier qui fut réveillé pendant la nuit par une petite douleur qu'il éprouvait au fond de l'oreille, avec des bourdonnements intenses comparables à ceux d'une

grosse mouche ; il percevait, en outre, des espèces de grattements et de frottements. Sachant que la chambre où il couchait était infectée par de nombreuses punaises, il pensa aussitôt à l'introduction d'un de ces insectes dans son oreille. A l'examen, l'acuité auditive était diminuée de ce côté, et l'on voyait sur le tympan une sorte de corps noir ellipsoïde de 3 millimètres environ, fixé perpendiculairement au manche du marteau, un peu au-dessous de son apophyse externe; du centre de ce corps noir partaient, en divergeant, plusieurs petits vaisseaux, signes d'irritation locale. La petite masse fut détachée avec une curette, et aussitôt l'animal, car c'était bien une punaise, se mit à remuer les pattes, et fut ensuite ramené au dehors. Le conduit auditif du sujet était large et absolument sec, conditions qui avaient permis l'entrée de la punaise, qui était, il est vrai, de petite dimension. On trouve un fait analogue dans le *Traité des maladies d'oreille* d'Urbantschitche. Hénocque a également montré à la Société de biologie (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1874, p. 485), une punaise bien développée mais morte qui était fixée sur un bouchon cérumineux situé assez profondément au fond de l'oreille. (*Bulletin médical du Nord*, 10 octobre 1881, et *Journal de médecine de Paris*, 1er juillet 1882.)

Néphrectomie antiseptique, par incision abdominale, guérison, par F. B. Archer.

Il s'agit d'une opération pratiquée à l'hôpital de Bridgetown (La Barbade, Antilles), le 14 septembre 1880, sur une femme de cinquante ans, chez laquelle on avait antérieurement diagnostiqué un kyste de l'ovaire. Après l'incision on trouva que le kyste semblait adhérer au rein droit, et en voulant essayer de séparer le kyste de cet organe, le poids du kyste déchira le rein, une hémorrhagie considérable s'ensuivit alors, on fit une ligature en masse avec un clamp, et on enleva le rein avec la tumeur. Le 1er novembre, la plaie était presque entièrement guérie, et le 14 mars, la malade quittait l'hôpital en bonne santé. Le kyste pesait 5 livres et contenait 16 pintes de liquide.

Cette observation, qu'on pourrait intituler « une néphrectomie improvisée » mérite d'être signalée, mais elle eût été bien plus intéressante encore si l'auteur avait donné des renseignements plus précis sur le siège et la nature de la tumeur. (*The Lancet*, 1er juillet 1882.)

Nouveau moyen de reconnaître la pierre dans la vessie, par transmission du son, par James Mackergie-Davidson.

Le procédé est fort simple, il consiste à adapter à une sonde creuse, munie d'un appendice disposé à cet effet, un tube de caoutchouc dont l'autre extrémité est placée dans l'oreille. L'auteur emploie de préférence un tube long de 2 pieds et de 3 huitièmes de pouce en diamètre. Des expériences faites sur le cadavre ont donné des résultats très favorables, et les docteurs Makinnon et Sinclair ont pu par ce moyen diagnostiquer facilement un calcul dans un cas où les moyens ordinaires n'en avaient pas indiqué la présence.

Il sera facile de vérifier ce moyen de diagnostic ; il paraît beaucoup plus pratique que les explorations micro-téléphoniques de la vessie. (*The Lancet*, 1er juillet 1882.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité des névroses, par Axenfeld ; deuxième édition, augmentée de 700 pages par M. H. Huchard. — Paris, Germer Baillière, 1883.

Il est plus difficile et partant plus méritoire de compléter, en le mettant au courant de la science, un livre déjà ancien, que d'écrire un traité nouveau, en empruntant beaucoup, comme on le fait d'ordinaire, aux ouvrages les plus complets et les plus récents. Pour arriver à rendre facile la lecture d'un livre augmenté de notes intercalées dans le texte et plus que doublé de volume en raison des chapitres additionnels qui y ont été introduits, il faut se résigner à suivre page par page l'auteur primitif, à adopter son plan, à relire incessamment tous les chapitres qu'il a écrits et à insérer à la bonne place, sans double emploi comme aussi sans oubli, les documents recueillis d'autre part. C'est devant ce pénible labeur que n'a point reculé M. H. Huchard. Depuis plusieurs années déjà il s'est imposé la tâche de compléter le *Traité des névroses* de son maître Axenfeld. Il n'a pas voulu le refaire ; et, hâtons-nous de le dire, dans cette tâche si ardue, si difficile, il a complètement réussi. Son choix d'ailleurs était excellent. On ne pouvait trouver un ouvrage plus approprié à cette sorte de restauration. Comme tous les livres qui ont été sérieusement étudiés et consciencieusement écrits, le traité primitif contenait bien des pages utiles à conserver. Les considérations générales sur les névroses et la classification qu'avait tentée Axenfeld ne sont pas sans intérêt, aujourd'hui même que le domaine des névroses tend à se restreindre de plus en plus et que l'on pourrait, si cette tentative n'était pas un peu prématurée, rayer de leur cadre plusieurs des maladies que M. Huchard s'est efforcé de décrire plus complètement. Il en est de même pour la plupart des pages qu'avait écrites il y a près de vingt années le maître regretté dont M. Huchard, dans son introduction, a fait l'éloge en termes si justes et si dignes de sa mémoire. La science a marché ; les faits se sont accumulés ; quelques-uns des problèmes indiqués par Axenfeld ont été résolus ; mais une grande obscurité règne encore dans le domaine si souvent exploré cependant des maladies nerveuses, et les considérations développées au commencement des principaux chapitres du *Traité des névroses* n'ont perdu ni leur originalité, ni leur mérite. Le livre reste donc homogène malgré les innombrables [ ] qui interrompent à chaque instant le texte primitif pour y introduire de nouveaux chapitres. Mais ce livre, si homogène qu'il soit, comment l'analyser ? Il faudrait, pour y parvenir, passer en revue les principaux chapitres et établir la part qui revient à l'inspirateur de l'ouvrage, à celui qui en a tracé les principales divisions, et au collaborateur aussi instruit que laborieux qui s'est efforcé de faire rentrer dans un cadre qu'il aurait peut-être pu rétrécir, ou tout au moins modifier, tous les documents qu'il avait recueillis dans les traités modernes de neuropathologie. Une revue aussi complète d'un livre aussi volumineux excéderait de beaucoup les limites d'un simple compte rendu bibliographique. Nous nous bornerons donc à un aperçu général.

Trois parties distinctes composent le *Traité des névroses :* le livre I traite des névroses de la sensibilité ; le livre II des névroses de la motilité et le livre III de quelques névroses complexes. Dans la première partie, l'étude des névralgies a été faite avec le plus grand soin. Complétant l'œuvre d'Axenfeld, M. H. Huchard a développé au sujet des névralgies les considérations d'anatomie et de physiologie pathologique, que plusieurs expérimentateurs distingués ont fait valoir pour démontrer l'existence de névralgies d'origine centrale et de névralgies exclusivement périphériques. Nous nous sommes déjà expliqué si longuement sur cette question des névralgies, qu'il nous paraît inutile

de relever ici quelques points de détail sur lesquels nous différons d'opinion avec notre distingué confrère. Nous ne pouvons cependant nous dispenser de le contredire quand il parle de la névralgie générale, de l'irritation spinale et du nervosisme, et qu'il regrette de se voir obligé, pour suivre le plan tracé par Axenfeld, de décrire à part des maladies ou des états morbides qu'il voudrait confondre sous une même dénomination. Nous pensons, au contraire, que l'irritation spinale et la névropathie cérébro-cardiaque sont deux maladies distinctes l'une de l'autre, et qu'il importe de séparer, de décrire à part et non de confondre sous la dénomination si vague de *nervosisme*. Dans l'irritation spinale la douleur rachidienne ne manque jamais; elle est pathognomonique de la maladie; les troubles sensoriels, si constants dans la névropathie cérébro-cardiaque, ne s'observent pas, les désordres circulatoires se bornent à quelques phénomènes vaso-moteurs. Distinctes au point de vue de leurs symptômes et de leur évolution, les deux maladies ne doivent pas être confondues par cela seul qu'une conception pathogénique très discutable (celle de la névropathie cérébro-spinale) prétend les identifier : « Une pareille méthode, c'est Axenfeld qui l'a dit, ne tendrait à rien moins qu'à bannir l'analyse d'une partie de la pathologie qui l'exige plus impérieusement que toute autre ». La névropathie cérébro-cardiaque, bien décrite par M. Krishaber, et l'irritation spinale mériteraient donc, toutes deux, une place à part dans le *Traité des névroses;* et l'on pourrait, sans regrets, en effacer le court chapitre consacré à la névralgie générale. Nous n'en dirons pas de même du chapitre que M. H. Huchard intitule *Neurasthénie* au lieu de *Nervosisme*. Nul ne niera qu'il n'existe un grand nombre de malades qui répondent au type que Cerise et après lui M. Bouchut ont essayé de définir. Souvent donc, en présence de ces états nerveux protéiformes, aussi variables dans leurs manifestations que dans leur marche, le clinicien se trouve forcé de reconnaître son impuissance à séparer les uns des autres des symptômes qui se rapportent à une maladie générale et non à une maladie localisée du système nerveux. Nous ne doutons pas que l'on arrive un jour à préciser la nature de la lésion (anémique ou dyscrasique), qui entraîne à sa suite cette *faiblesse irritable* du système nerveux et qui se caractérise par un si grand nombre de symptômes variés. Mais pour le moment la dénomination générale de nervosisme, de névrosthénie ou de neurasthénie doit être maintenue pour désigner cet ensemble de symptômes nerveux qui n'ont pu, comme la névropathie cérébro-cardiaque, l'irritation spinale, ou la migraine, être spécifiés par leur étiologie et leurs symptômes essentiels.

Dans le deuxième livre, consacré à l'étude des névroses convulsives et spasmodiques, nous signalerons les chapitres qui traitent de la crampe des écrivains et des spasmes dits fonctionnels, des palpitations d'origine nerveuse, des paralysies d'origine périphérique et en particulier de la paralysie diphthérique; chapitre un peu long et qu'il eût été aisé d'abréger en supprimant ou en fondant avec les notes qui l'accompagnent une citation un peu trop étendue. Nous avons aussi lu avec intérêt le chapitre consacré à la maladie de Parkinson. M. H. Huchard, à qui cette étude est due, a su mettre à profit les travaux les plus récents. S'il faut toujours ranger la paralysie agitante parmi les maladies du système nerveux dont l'anatomie pathologique est douteuse ou mal définie, au moins peut-on espérer, si l'on parcourt le tableau des lésions déjà reconnues dans le cours de la maladie, que tôt ou tard son histoire sera plus complète et qu'elle pourra être mieux classée au point de vue nosologique.

Parmi les névroses complexes la description de l'épilepsie et surtout celle de l'hystérie, — nous avons déjà cité la neurasthénie, — ont été faites avec un soin et un luxe de détails qui prouvent que, loin de se fatiguer, M. H. Huchard, au fur et à mesure qu'il se voyait arriver à la fin de sa tâche, s'efforçait de rendre son travail plus complet et plus profitable. La *Gazette hebdomadaire* (n° 17, p. 274) et, après elle, la plupart des journaux de médecine, ont déjà reproduit divers extraits de l'étude consacrée à l'hystérie. On a pu, en le lisant, se faire une idée de la méthode adoptée par l'auteur et de l'attention qu'il a mise à ne pas oublier les recherches contemporaines sur une maladie malheureusement trop fréquente et trop rebelle aux ressources thérapeutiques. Une notice bibliographique complémentaire et des tables alphabétique et analytique très bien faites contribuent à augmenter la valeur d'un traité que M. H. Huchard a voulu rendre aussi complet que les plus volumineux ouvrages, et qui doit être recommandé aux étudiants et aux médecins comme une œuvre des plus consciencieuses et des plus utiles.

L. Lereboullet.

Index bibliographique.

Leçons de clinique ophthalmologique, par M. Ch. Abadie. — Oct. Doin.

Après son intéressant *Traité des maladies des yeux*, M. Abadie commence la publication de ses cliniques d'ophthalmologie. Le premier volume vient de paraître, et nous l'avons lu avec fruit. Très au courant des travaux nouveaux et des recherches contemporaines, M. Abadie ne se laisse point aller cependant à une érudition facile; il ne nous donne des découvertes modernes que ce dont la clinique peut utilement s'emparer, et s'il invoque la physiologie, c'est pour nous expliquer nettement et graver dans notre mémoire quelques faits importants de pathologie. Dans un court *Avant-propos*, M. Abadie nous dit qu'il a recherché « la simplicité et la clarté ». Nous lui affirmons qu'il a pleinement réussi.

Nous ne saurions analyser ces vingt leçons : *ulcères de la cornée avec hypopyon; ophthalmie purulente; conjonctivite purulente; névrite optique des tumeurs cérébrales; kératite parenchymateuse; glaucome; ténotomie partielle des muscles de l'œil; troubles oculaires de l'hystérie, etc., etc.* Nous ne pouvons qu'en recommander la lecture. Les praticiens y trouveront des indications thérapeutiques précises.

P. R.

Recherches pour servir a l'histoire de l'hydramnios, par le docteur P. Bar, ancien interne des hôpitaux. — Thèse de Paris, 1881. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Ce travail est divisé en deux parties distinctes : la première comprend une intéressante étude des origines du liquide amniotique; l'excrétion urinaire, les sécrétions cutanées du fœtus, l'exosmose du sang maternel ou du sang fœtal à travers les vaisseaux de l'œuf ou du cordon, la sécrétion propre de l'amnios, sont successivement passées en revue, et leur importance, comme source du liquide amniotique, minutieusement discutée. Dans un dernier paragraphe, l'auteur recherche les causes des variations individuelles dans la quantité du liquide amniotique, et montre qu'il peut être assez rapidement résorbé par l'organisme maternel. La seconde partie comprend la pathogénie de l'hydramnios, basée sur des observations cliniques et sur des expériences. L'exagération de la sécrétion urinaire ou les affections cutanées du fœtus ne peuvent être admises comme causes indiscutables; il en est de même de l'amniotite. L'influence des troubles circulatoires chez la mère et surtout chez le fœtus ont une importance étiologique bien plus évidente. Quant à la grossesse gémellaire, aux malformations fœtales et à la syphilis, cette dernière seule agit d'une façon indiscutable par les lésions viscérales qu'elle entraîne chez le fœtus. Cinq planches en chromolithographie sont annexées à cet important travail.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de Paris. — Le concours du clinicat des maladies cutanées et syphilitiques vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Leloir comme chef de clinique titulaire.

— Le concours du clinicat obstétrical vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Maygrier, comme chef de clinique titulaire, et Bar, comme chef de clinique adjoint.

Aspirants au doctorat. — Par décret en date du 23 juillet 1882, l'article 5 du décret du 20 juin 1878 est modifié ainsi qu'il suit :

« Art. 5. — Les aspirants au doctorat, élèves des écoles préparatoires, sont examinés devant les Facultés, aux époques fixées au précédent article; ils peuvent toutefois, sans interrompre leurs cours d'études, ne passer le premier examen qu'après la douzième inscription. Dans ce dernier cas, ils subissent le deuxième examen (1re et 2e partie), avant la treizième inscription, et sont soumis, chaque semestre, à partir de la seconde année d'études, à des interrogations dont le résultat est transmis aux Facultés, pour qu'il en soit tenu compte dans les examens de doctorat.

» Les aspirants au doctorat, élèves des écoles de plein exercice, sont examinés devant les Facultés aux époques fixées par l'article 4; ils peuvent, toutefois sans interrompre leur cours d'études, ne passer le premier examen et les deux parties du deuxième examen qu'après l'expiration du seizième trimestre d'études; dans ce cas, ils sont soumis, dans les écoles de plein exercice, à des interrogations semestrielles, dont le résultat est transmis aux Facultés pour qu'il en soit tenu compte dans les examens de doctorat. Les élèves des écoles de plein exercice, qui ont opté pour subir le premier examen après l'expiration du seizième trimestre d'études, doivent se présenter à cet examen à la session de novembre; mais, en cas d'échec à cette épreuve, ils sont soumis, en ce qui concerne la durée des ajournements, au régime des élèves ayant seize inscriptions. »

Examen probatoire. — Par décret en date du 23 juillet 1882, vu le décret du 20 juin 1878, le paragraphe 1er de l'article 4 du décret du 20 juin 1878 est modifié ainsi qu'il suit : « Le premier examen est subi après la quatrième inscription et avant la cinquième; la première partie du deuxième examen après l'expiration du dixième trimestre d'études et avant la douzième inscription; la deuxième partie de cet examen après la douzième et avant la quatorzième inscription. »

Clinicat. — Le concours du clinicat des maladies des enfants s'est terminé vendredi matin, 28 juillet 1882, par la nomination de M. Henri Leroux comme chef de clinique titulaire, et M. Variot (G.), — le frère de notre regretté confrère de Neuilly, — comme chef de clinique adjoint.

Baccalauréat. — Le baccalauréat nouvellement institué dans l'enseignement secondaire spécial pourra remplacer, pour les étudiants en médecine, le baccalauréat ès sciences restreint. On ne peut s'empêcher de faire cette réflexion que si le premier peut remplacer le second, celui-ci aurait pu rendre le premier inutile.

Clinique médicale. — Le docteur L. Landouzy, agrégé, suppléant le professeur Hardy, à la Charité, commencera le 8 août les conférences de clinique qu'il continuera le samedi et le mardi de chaque semaine, à dix heures. Visite tous les jours à neuf heures.

Faculté de médecine de Paris. — M. L.-G. Richelot, professeur agrégé, suppléant M. le professeur Richet, commencera ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu le samedi 5 août 1882, et les continuera les mardis et samedis suivants.

Hospice général de Tours. — Un concours pour la nomination à une place d'interne en pharmacie et à quatre places d'interne provisoire du même service, aura lieu, cette année, le mardi 22 août, à neuf heures du matin.

Légion d'honneur. — A été nommé chevalier, M. Ardouin (Jules-Paolin), inspecteur général du conseil sanitaire à Alexandrie.

Service de santé de la marine. — A été promu au grade d'aide-médecin titulaire : M. Vigné (Paul-Etienne), étudiant en médecine, aide-médecin auxiliaire de la marine.

Monument Schutzenberger. — Un incident dont les journaux n'ont pas parlé, a marqué l'inauguration de ce monument, pour lequel nous avions, on se le rappelle, ouvert, avec d'autres collègues de la presse, une souscription. Il a fallu garantir par écrit au gouverneur qu'il n'y aurait aucune allusion politique dans les discours. Encore l'autorisation n'est-elle arrivée que la veille de l'inauguration et le soir. Le gouverneur voulait aussi exiger que l'inscription fût en allemand, en vertu d'un décret de 1825. On s'est dès lors borné à mettre le nom, les dates et *prof.* en abrégé. Le prénom Charles était déjà gravé en français; il est resté.

Souscription Crevaux. — Une souscription publique est ouverte à l'Ecole de médecine navale de Brest, pour l'érection, dans l'une des salles du Musée d'histoire naturelle, d'une plaque commémorative en l'honneur de notre regretté confrère, le docteur Crevaux, médecin de première classe de la marine, le courageux explorateur de la Guyane.

Suisse. — Vaccine obligatoire. — L'obligation légale de la vaccination et de la revaccination vient d'être rejetée en Suisse par un plébiscite.

Mortalité a Paris (30e semaine, du vendredi 21 au jeudi 27 juillet 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 925, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 34. — Variole, 7. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 1. — Diphthérie, croup, 38. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 9. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 46.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 168. — Autres tuberculoses, 8. — Autres affections générales, 59. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 30. — Bronchite aiguë, 18. — Pneumonie, 49. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 79; au sein et mixte, 34; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 83; de l'appareil circulatoire, 51; de l'appareil respiratoire, 47; de l'appareil digestif, 40; de l'appareil génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 3; infectieuse, 1; épuisement, 1; causes non définies, 0. — Morts violentes, 45. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 30e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1235 naissances et 925 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 960, 1041, 884, 986. Le chiffre de 925 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir : une atténuation pour la fièvre typhoïde (34 décès au lieu de 37 pendant la 29e semaine), la variole (7 décès au lieu de 15), la scarlatine (6 au lieu de 8), la coqueluche (1 au lieu de 2), l'érysipèle (9 au lieu de 11); une aggravation pour la diphthérie (38 décès au lieu de 28), la rougeole (19 au lieu de 16), l'infection puerpérale (9 au lieu de 6).

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique (tabes spécifique). Leçons cliniques professées à l'hôpital Saint-Louis, par Alfred Fournier, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8. Paris, G. Masson. 7 fr.

Mémoires de chirurgie. Tome troisième : États constitutionnels et traumatisme, par M. le docteur A. Verneuil, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8 de 704 pages. Paris, G. Masson. 12 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 10 août 1882.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : ALLAITEMENT ARTIFICIEL. CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : Allaitement artificiel.

La lecture du rapport de M. Parrot sur les résultats fournis par l'allaitement artificiel institué depuis huit mois à l'hôpital des Enfants assistés a amené à la tribune, dans la dernière séance, M. le professeur Bouchardat. M. Tarnier doit prendre prochainement la parole. La question de l'allaitement artificiel, repoussée en 1877 avec une sorte de fin de non recevoir, est remise de nouveau à l'étude. Nous espérons qu'elle y restera jusqu'à ce qu'on ait définitivement accepté l'exécution des mesures qui doivent généraliser l'établissement des nourriceries, à titre d'institution auxiliaire, mais rigoureusement nécessaire.

Nous n'avons plus à revenir sur la supériorité habituelle de l'allaitement par la mère ou par la nourrice. Dans les villes particulièrement, cet allaitement n'est pas toujours possible. La maladie, la misère, certaines habitudes sociales multiplient les cas malheureux, mais inévitables. Les observations de M. Parrot portent presque exclusivement sur des enfants syphilitiques admis aux *Assistés*. Ici le choix n'est pas libre. La mère fait défaut. Il ne peut être question de nourrices. Reste l'allaitement par les animaux.

Un des côtés les plus intéressants de la communication de M. Parrot réside dans la comparaison des laits différents employés, et dans la constatation de la supériorité du lait d'ânesse. On a vu dans le dernier numéro combien la mortalité des enfants est atténuée par l'usage exclusif de ce lait. M. Bouchardat s'est attaché à préciser les causes de cette supériorité depuis longtemps reconnue et qu'on peut regarder comme indiscutable. L'alcalinité du lait d'ânesse est une des principales. Sous ce rapport le lait d'ânesse se rapproche beaucoup du lait de femme. Le lait de vache est souvent acide, même pris au pis de la bête. Pour peu qu'il ait été exposé à l'air, surtout s'il a été agité, l'acidité y est constante. Il n'est pas besoin de dire l'importance capitale des conditions atmosphériquec sur cette réaction. Le lait de chèvre, qui, pourtant, donne souvent de beaux résultats, est encore plus acide que le lait de vache.

M. Bouchardat fait remarquer que cette acidité constante du lait des vaches nourries dans les étables parisiennes tient surtout à l'abus de la drèche qui entre pour une grande proportion dans le régime de l'animal. D'après lui cette acidité serait une des principales causes de la diarrhée et du muguet chez l'enfant. L'ânesse est bien plus facile à nourrir et se contente parfaitement du régime sec qui donne à son lait des qualités particulières. M. Parrot avait remarqué que les ânesses mises au vert fournissaient un lait moins assimilable. D'après M. Bouchardat, des recherches déjà anciennes ont dénoté la présence dans le lait de la femme et dans celui de l'ânesse d'une certaine quantité d'urée qu'on ne trouve pas dans le lait d'autres animaux. Quoi qu'il en soit, l'ânesse doit figurer au premier rang dans les animaux d'une nourricerie.

Est-ce à dire que les autres n'y doivent pas avoir accès ? Il est probable que le lait d'ânesse convient tout particulièrement aux enfants faibles, à ceux qui sont débilités par une maladie héréditaire. Les succès de M. Parrot ne laissent guère de doutes à cet égard. En outre, ce lait s'adapterait peut-être mieux aux organes digestifs de l'enfant dans les premiers mois de la vie. Mais il est incontestable que, dans bien des cas, le lait de vache administré avec soin et intelligence suffit à l'alimentation des enfants. C'est surtout dans les familles que ces succès peuvent être constatés. Nous en avons, pour notre part, recueilli de nombreux exemples. En province, on ne fait aucune difficulté de mettre l'enfant au biberon dès que, pour un motif quelconque, l'allaitement par la mère doit être suspendu, et le succès justifie habituellement cette conduite. Nous croyons donc qu'il faut accepter avec quelque réserve ce discrédit où tombe aujourd'hui le lait de vache. Il tient selon toute apparence aux conditions où se trouvent les animaux dont le lait est employé à Paris : conditions de stabulation permanente, de nourriture toute spéciale. L'analyse chimique ne donne pas le dernier mot de la qualité d'un lait et il y a sous les rapports du goût, de l'arome, des différences très appréciables entre le lait de la vache vivant librement dans les pâturages et celui de l'animal

nourri de racines concassées de drèche, d'herbe fanée, échauffée par le transport, qui constituent le régime des animaux des étables parisiennes ou suburbaines. Si nous insistons à ce sujet, c'est qu'il nous paraît que l'exclusion du lait de vache rendrait fort difficile l'extension de l'allaitement artificiel. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question quand il s'agira des conditions les plus favorables pour l'installation des nourriceries. Il est évident que les résultats, déjà si remarquables, obtenus par M. Parrot, dans les conditions où il se trouvait placé, c'est-à-dire dans le voisinage d'un hôpital d'enfants et dans l'enceinte parisienne, devraient encourager une expérience faite sur une plus grande échelle, hors de Paris et même de la zone suburbaine, dans une sorte de ferme d'allaitement, où les animaux seraient largement installés et vivraient dans les pâturages, et où l'on confierait aux soins d'un personnel suffisant, non seulement des enfants syphilitiques ou affaiblis, mais un certain nombre de nourrissons bien portants. Ce régime leur serait peut-être plus favorable que celui qu'ils trouvent chez la plupart des nourrices auxquelles ils sont confiés. Il convient toutefois de ne pas anticiper et de laisser la question de l'allaitement artificiel évoluer sous la direction des praticiens éminents qui l'ont prise sous leur patronage. Nous la suivrons avec un vif intérêt.

BLACHEZ.

L'Académie a encore entendu la lecture 1° d'un mémoire très intéressant de M. A. Voisin, tendant à établir que les idées de suicide, chez les aliénés sont liées à des lésions matérielles très appréciables de la substance du cerveau, et siégent dans les circonvolutions pariétales (des réserves nous paraîtraient devoir être faites au sujet des explications tirées de la théorie des localisations cérébrales); 2° d'un mémoire de M. Félizet sur la guérison de la glycosurie et du diabète sucré par le bromure de potassium, pratique déjà suivie par Gubler, et qui paraîtrait avoir donné, entre les mains de M. Félizet, de très heureux résultats; 3° d'un rapport très favorable de M. Polaillon sur un travail de M. Daniel Mollière relatif à la réduction des luxations anciennes de l'épaule au moyen de la section sous-cutanée de brides fibreuses.

Contributions pharmaceutiques.

GLYCÉRINE ET GLYCÉRÉS.

Je désire aujourd'hui attirer l'attention de nos lecteurs sur l'emploi de la glycérine en thérapeutique.

Je ne parlerai ni de sa découverte par Scheele à la fin du siècle dernier, ni de son étude par M. Chevreul, en 1820, ni de sa composition chimique comme alcool triatomique, ni même de son application en pharmacie et parfumerie en 1850, par Cap et Garot; l'étude complète de ce corps demanderait presque un volume; je ne m'occuperai ici que de son utilité en tant que médicament.

A ce point de vue, la glycérine s'emploie de deux manières: 1° comme topique *sui generis;* 2° comme véhicule et excipient.

1° Comme topique, elle a réalisé toutes les espérances qu'elle avait fait concevoir dès le début; elle les a même dépassées, grâce à la perfection de sa préparation.

En effet, les pharmaciens, les parfumeurs et beaucoup d'industriels en font un usage aussi varié qu'étendu, à la satisfaction du public qui s'est promptement habitué à son usage.

C'est l'agent le plus précieux que nous possédions contre les gerçures de la peau et des muqueuses. La propriété qu'il possède de tenir la peau longtemps lubréfiée, de se dissoudre dans l'eau, de ne pas graisser, le rendent bien supérieur aux corps gras.

Aussi, le prix de la glycérine est-il deux fois plus élevé qu'autrefois, malgré l'augmentation du nombre de fabriques de bougies, par conséquent de sources de production.

Une autre raison de ce renchérissement est, je crois, dans la grande consommation de dynamite que nécessite le percement de l'isthme de Panama; on sait que la dynamite est un mélange presque à partie égale de brique pilée et de nitroglycérine. Il est vrai qu'on réserve pour cette fabrication les glycérines les plus communes; mais, comme pour obtenir la glycérine officinale, il faut distiller deux ou trois fois celle du commerce dans le vide, l'équilibre n'a pas tardé à s'établir entre ces deux qualités. Pour le moment, malgré l'extinction des brevets de rectification et les efforts des fabricants français, c'est toujours la glycérine dite de Price, qui est la meilleure, et celle que l'on doit employer comme liniment et cosmétique. Elle a 30 degrés B. de densité et contient 4 à 5 pour 100 d'eau.

La glycérine officinale n'a que 28 degrés B. et doit être réservée pour les lavements, les mélanges et glycérés divers. La proportion d'eau qu'elle contient est indispensable à son passage à l'état d'empois quand on la chauffe avec un quinzième d'amidon pulvérisé. Cette dernière préparation porte le nom de glycéré d'amidon.

Jusqu'ici, on s'est servi indistinctement des mots: *glycérés, glycérolés*, pour désigner des médicaments dans lesquels il entrait de la glycérine. Quelques pharmacologistes avaient proposé d'appeler glycérolés ceux qui étaient liquides, et glycérés ceux qui avaient la consistance de pommade.

Le nouveau Codex, pour simplifier la nomenclature, les confondra tous sous le nom générique de glycérés, et, sur ce point, l'approbation deviendra unanime.

2° Comme véhicule et excipient, la glycérine a une réputation surfaite et n'a donné que de mauvais résultats.

On avait été séduit d'abord par sa remarquable propriété de dissoudre un grand nombre de corps médicamenteux (on était encore sous l'influence du vieil adage : *Corpora non agent nisi soluta*, qui, dans ce cas, s'est trouvé tout à fait en défaut), ensuite, par sa consistance de pommade à l'état de glycéré d'amidon, ce qui donnait la possibilité de remplacer l'axonge partout. Aussi, son emploi s'était-il rapidement généralisé. Aujourd'hui, malgré tous les résultats négatifs acquis, nous faisons un grand nombre de pommades et mélanges où la glycérine et le glycéré d'amidon remplacent les corps gras comme excipient; et c'est pour mettre en garde les praticiens contre cette substitution que j'ai rédigé cet article.

Il ne faut jamais oublier que :

« La glycérine ne mouille pas la peau et s'oppose à l'absorption des médicaments. »

Il y a près de dix-sept ans, je fis part à la Société de pharmacie de Paris, des trois expériences suivantes :

1° M'étant frictionné à plusieurs reprises avec une solution de 10 grammes d'iodure de potassium dans 30 grammes de glycérine, je n'ai jamais trouvé d'iode dans mes urines.

J'en ai trouvé, au contraire, en remplaçant la glycérine par l'axonge. D'ailleurs, l'application seule de ces mélanges sur la peau y produit des effets opposés. Celui à la glycérine

est d'une innocuité parfaite, tandis que l'autre est très irritant, et ne peut être continué qu'avec précaution.

2° M'étant frictionné avec une solution de 1 gramme de chlorhydrate de morphine dans 20 grammes de glycérine, ayant même tenu vingt-quatre heures une rondelle de flanelle imbibée de ce mélange sur la peau, je n'ai ressenti aucun effet narcotique.

3° Une solution de 1 gramme de sulfate d'atropine dans 100 grammes de glycérine, appliquée pendant six heures sur mes tempes, n'a pas occasionné de dilatation des pupilles. Ces faits ne furent pas publiés dans les journaux de médecine. A peu près vers la même époque, M. Mayet fils soutint une thèse à l'école de pharmacie sur ce sujet, et dont les conclusions étaient identiques.

En 1866, un pharmacien de Tours, s'appuyant sur la grande solubilité des alcaloïdes dans la glycérine, proposa la substitution de cet agent à l'huile dans la préparation des huiles médicinales.

Je répondis, et cela est consigné dans le *Journal de pharmacie*, que ce bouleversement du Codex était inutile, attendu que les produits que l'on obtiendrait ainsi n'auraient aucune valeur curative; et la proposition fut repoussée par la Société de pharmacie.

Depuis, j'ai fait une expérience encore plus frappante :

Je me suis enduit largement une partie du corps avec une solution ainsi composée :

Sublimé corrosif.	5 grammes.
Glycérine de Price	100 grammes.

Malgré la causticité du bichlorure de mercure, la peau n'a pas été irritée, et je n'ai pas trouvé de mercure dans mes urines. Deux de mes élèves ayant fait la même expérience ont obtenu le même résultat.

Je propose en conséquence cette préparation comme un excellent parasiticide. Elle me semble préférable à l'onguent mercuriel qui tache fortement et laisse absorber une grande quantité de mercure. Il est probable qu'elle pourra aussi trouver son application en médecine.

D'après ce qui précède je me crois donc en droit de conclure ainsi :

Toutes les fois que l'on recherchera l'absorption d'un médicament par la peau, il sera indispensable d'employer un corps gras comme véhicule ou excipient. Dans le cas contraire, où l'on voudra éviter cette absorption, on emploiera la glycérine et les glycérés.

Pierre Vigier.

HISTOIRE ET CRITIQUE

Du pansement par l'iodoforme.

(Fin. — Voyez le numéro 30.)

II. — Des inconvénients du pansement iodoformé.

Comment se fait-il qu'un médicament dont tout le monde reconnaît les hautes qualités antiseptiques, la stabilité, la simplicité de manipulation, ait pu déchoir si rapidement dans la faveur publique?

C'est d'abord une raison *politique*. Les praticiens, ceux des villes surtout, lui reprochent son odeur désagréable et persistante, qui permet de suivre le porteur à la trace, et l'on sait que l'iodoforme a mauvaise réputation!

Ce sont ensuite les dangers auxquels il peut exposer.

Toutefois, les victimes qu'on lui a imputées ne le sont pas toujours à raison, et lorsque c'est l'iodoforme sûrement qui a tué, il faut avouer qu'il a eu souvent pour complice l'imprudence, quelquefois inqualifiable, du chirurgien.

Que dire, en effet, d'inclusions de 200 et même de 300 grammes d'un corps dont la teneur en iode est de 96 pour 100, et cela dans des cavités suturées et tapissées de bourgeons charnus?

Voici les principales observations de cas mortels publiés jusqu'ici.

Hoefftmann (*Centralbl. für Chir.*, n° 7, 18 février 1882) :

Obs. III. — Mme X..., quarante ans, opérée trois fois en deux ans et demi pour un carcinome du sein. Résection d'une partie du sternum déjà à la deuxième opération.

La troisième opération ne fut entreprise que sur les instances pressantes de la malade, dans l'espoir de la délivrer des douleurs excessives dont elle souffrait, d'éviter la perforation de la peau et la fonte purulente de la tumeur. On ne pouvait déjà plus songer à une opération radicale.

Plaie de 25 centimètres de long sur 20 de large. Application de 25 grammes d'iodoforme finement pulvérisé. Suture cruciale. Drain à chacun des quatre angles; chaque drain recouvert d'iodoforme, 5 à 10 grammes tout au plus; puis par-dessus le pansement de Lister.

Le soir, état général bon; peu de douleurs; aucune fièvre; toutefois, un peu de coloration de la face. Le lendemain, état général bon, mais face très rouge; les yeux ont un éclat particulier. Pouls, 110. Vers le soir l'intelligence s'obscurcit.

Grâce à une injection hypodermique de 1 centigramme de morphine, la première partie de la nuit est assez bonne. Le lendemain matin la patiente est très animée; elle s'agite beaucoup, fréquemment pousse des cris, refuse toute alimentation, cherche à arracher le pansement, présente enfin tous les signes d'une manie aiguë. Rétention d'urine. Trois personnes sont nécessaires pour maintenir la malade pendant le cathétérisme. L'urine, *médiocrement phéniquée*, présente la réaction de l'iode; coloration normale; un peu d'albumine.

Le pansement est renouvelé; il était recouvert d'un peu de sang. On enlève les sutures là où elles paraissent couper la peau. Nouveau Lister, mais plus d'iodoforme. Même état général. Calme momentané obtenu par la morphine; mais dès que l'influence de la morphine cessait, la malade retombait dans son agitation primitive, recommençait ses cris et ses mouvements désordonnés et cherchait à se lever. Elle crachait continuellement autour d'elle et refusait toute alimentation.

Mort le neuvième jour, sans que la connaissance soit revenue. Le pansement fut enlevé ce jour-là; pansement salicylé. Pas la moindre apparence phlegmoneuse dans le voisinage de la plaie.

La température fut toujours au-dessus de 40 degrés; le pouls de 120 à 130.

La physionomie de la maladie resta telle qu'elle était au début, jusqu'au jour de la mort. La malade mourut d'épuisement. L'autopsie n'eut malheureusement pas lieu.

Obs. IV. *Ovariotomie chez une femme de quarante ans.*—La tumeur se présentait comme un carcinome presque adhérent à la paroi postérieure du bassin; il ne fut pas possible de tout enlever, parce que des adhérences s'étaient établies aussi bien avec l'intestin qu'avec le péritoine et la paroi postérieure du bassin.

La plaie fut saupoudrée avec 20 grammes environ de poudre d'iodoforme cristallisé; puis la plaie abdominale, qui s'étendait jusqu'au-dessus de l'ombilic, fut fermée par des sutures. On recouvrit également d'iodoforme la ligne suturée, et on fit par-dessus le pansement de Lister. L'opération fut faite sous le spray phéniqué.

Premier jour. — La température était montée environ une heure après l'opération à 39°,4; en outre, la malade était somnolente et répondait peu aux questions. Le pouls ne fut modifié que plusieurs heures après le pansement. La respiration était courte et fréquente.

Le soir, à huit heures et demie, température, 38°,7; pouls très faible; sueur abondante.

Deuxième jour.—Matin, température, 37°,8. Deux vomissements pendant la nuit; insomnie. La malade a été très agitée vers le matin; elle se tourne et se retourne constamment malgré toutes les exhortations; elle se plaint vivement de la soif. Cathétérisme vésical nécessaire; urine *très phéniquée*. L'abdomen est un peu douloureux à la pression. Pouls, 140; respiration, 32. Cette fréquence persista jusqu'à la fin. Douleur abdominale augmentée. Vomissements plus fréquents les jours suivants.

Le soir, température, 38°,9; pupilles contractées. La malade redit constamment les mêmes mots à haute voix. Urines (cathétérisme) toujours *très phéniquées*.

Troisième jour.—Matin, température, 37°,2. La malade a à peine dormi pendant tout le reste de la nuit; elle a fortement déliré et a constamment parlé. Urines *très fortement iodées*, peu d'acide phénique.

A deux heures et demie du matin, la mort survient au milieu de phénomènes dyspnéiques. L'autopsie fut limitée (à cause de la famille) à la cavité abdominale. Au fond on trouve 50 à 60 grammes de liquide opalescent qui ne peut guère être attribué à l'iodoforme; lésion de péritonite au début, et limitée aux anses voisines. L'iodoforme, manifestement inaltéré, recouvrait quelques circonvolutions intestinales et ce qui restait de la tumeur.

Les deux cas montrent ainsi une frappante analogie : peu de temps après l'opération (une fois après deux jours, l'autre après trois jours), manie aiguë, délire violent, puis inquiétude considérable; enfin, symptômes communs, l'élévation de la température et la rétention d'urine. L'absorption du médicament paraît suffisamment démontrée dans ces deux cas (cavité péritonéale close, ou plaie large et plane sur laquelle la peau est fortement suturée).

Dans le deuxième cas, la péritonite pourrait être incriminée; mais, dans le premier, on ne retrouve rien du côté de la blessure qui puisse expliquer l'aspect de la maladie et surtout sa fatale terminaison. Enfin Hoefftmann fait remarquer que la concordance de ces deux faits est d'autant plus surprenante qu'on n'a jamais observé à Königsberg, à la Clinique et à la Polyclinique, la moindre apparence de ces terribles symptômes.

Il cite environ mille cas traités par l'iodoforme sans la moindre intoxication, la moindre altération psychique, et cependant ce médicament a été appliqué à tous les âges, sur toutes les parties et dans toutes les cavités possibles du corps.

L'observation suivante est même assez curieuse pour être rapportée.

Obs. V. — Il s'agit d'un jeune homme qui s'était logé une balle de plomb dur dans le côté droit, de telle sorte que la cavité pleurale fut ouverte, le péricarde entamé, le poumon broyé dans une grande étendue; 50 grammes environ d'iodoforme (le double de la quantité employée dans les deux cas cités) furent introduits dans la plèvre. La guérison survint sans aucun accident, et cependant on ne peut guère nier que la cavité n'ait été très favorable à l'absorption.

Henry (*Deut. med. Woch.*, 34, 1881) rapporte deux cas appartenant à la clinique de Fischer, à Breslau.

Obs. VI. — Résection du coude chez un alcoolique âgé de cinquante-sept ans. On emploie de 150 à 200 grammes d'iodoforme, et le Lister par-dessus. Mort le neuvième jour.

Autopsie. — Reins et cœur gras, et d'autres lésions évidemment étrangères à l'iodoforme.

Obs. VII. — Abcès péri-articulaire du genou gauche ouvert chez une femme de soixante-trois ans, nettoyé à l'eau phéniquée 2,5 pour 100, puis bourré de poudre d'iodoforme de 100 à 150 grammes. Mort le vingt et unième jour, au milieu de symptômes d'œdème pulmonaire.

Autopsie. — Plaie en bon état; cœur petit; reins et foie gras.

Mikulicz (*Wien. med. Presse*, XXII, 1881), ayant rapporté les deux cas précédents dans sa communication, y joint les deux suivants, appartenant à la clinique de Billroth :

Obs. VIII. — Jeune fille de neuf ans, très affaiblie. Abcès froid du grand trochanter, ouvert, puis rempli avec 40 grammes d'iodoforme. Mort au vingt-huitième jour. — Autopsie négative, à part un peu d'urémie et des reins brightiques.

Obs. IX. — Enfant de cinq ans. Résection de l'articulation de la hanche; cavité remplie avec 120 grammes d'iodoforme. Mort au vingt-cinquième jour. — Autopsie négative.

Mikulicz range ces quatre cas dans la catégorie des intoxications chroniques, pour les différencier de la forme aiguë, survenant dès les vingt-quatre premières heures, guérissant, s'amendant ou tuant vers le quatrième jour. Les symptômes constants et particuliers notés dans ces quatre cas furent de l'abattement ou de l'agitation, des nausées et des vomissements.

Mosetig n'admet pas entièrement la façon de penser de Mikulicz, surtout dans le cas de la jeune fille, la mort pouvant être due à une méningite tuberculeuse, à lésions nécropsiques peu manifestes.

Czerny (*Wien. med. Woch.*, p. 149, 1882) attribue également à l'iodoforme deux cas de mort survenus à la suite de symptômes méningitiques. Voici ces observations :

Obs. X. — X..., soixante-deux ans, jardinier. Périarthrite du genou droit; le 10 novembre, raclage de deux trajets fistuleux conduisant jusque dans l'articulation; introduction d'environ 20 grammes d'iodoforme et pansement onaté.

Sécrétion assez abondante. Nouveau pansement le 14 et le 18 novembre. En tout, environ 40 grammes d'iodoforme.

Le 18 au soir, le malade commence à délirer; il a de la fièvre et se plaint de douleurs dans l'articulation du genou; l'iodoforme est enlevé.

Le 20, perte complète de connaissance, le malade n'avale plus, les muscles de la nuque sont contractés, ceux des membres inférieurs sont convulsivement fléchis, et des convulsions cloniques se manifestent dans les bras.

Les pupilles, resserrées, réagissent peu; mictions involontaires; l'urine renferme de l'albumine et 14 milligrammes d'iode par litre. Pouls, 128; température, 40°,5.

Le 21, même état; le pouls s'élève à 140, les contractures des bras diminuent.

Le 22, la mort survient accompagnée des symptômes d'œdème du poumon.

A l'autopsie, on trouve le crâne épais; la pie-mère offre, à la partie correspondante aux hémisphères cérébraux, une opacité, de l'œdème et de l'injection; l'opacité est plus considérable à la base, ainsi que sur les méninges qui recouvrent la fosse de Sylvius. Cerveau hyperhémié et œdématié, mais sans autres altérations. Rate énorme; foie légèrement hypertrophié; liquide purulent dans le genou droit.

Czerny fait remarquer que les lésions relativement peu importantes des méninges expliquent difficilement la mort, mais qu'il s'agit vraisemblablement d'intoxication iodoformique chronique.

Obs. XI. — *Amputation du sein droit: curage de l'aisselle, le* 27 *décembre* 1881, *chez une femme de cinquante-huit ans.* — La plaie fut lavée à l'eau phéniquée à 3 pour 100, puis saupoudrée avec 6 grammes d'iodoforme, suturée et recouverte avec de la

gaze iodoformée. Hémorrhagie consécutive le soir; nouveau pansement.

Le 30 décembre, la malade est apathique; il y a jusqu'à la mort rétention d'urine; l'urine obtenue par le cathétérisme présente la réaction iodique.

Le pansement est renouvelé les jours suivants, mais on cesse l'iodoforme le 1er janvier, à cause du bon état de la plaie. Température normale.

La malade est complètement apathique. Mouvements convulsifs des mains; il ne paraît point y avoir de paralysie; les réflexes sont normaux. Alimentation artificielle. — L'urine, opalescente, renferme 0gr,069 d'iode pour une quantité de 600 centimètres cubes.

Du 6 au 15 janvier, légère amélioration qui ne dure pas le 16. Les convulsions des bras reparaissent principalement du côté gauche. Les mains et les pieds sont œdématiés.

Le 19, le côté droit paraît paralysé. Coma, et mort le soir.

Autopsie. — Injection légère de la pie-mère; œdème léger; poumon droit comprimé par un épanchement pleurétique; carcinomes métastatiques dans la plèvre costale et diaphragmatique, le foie et l'aisselle gauche; foie gras; reins petits. La substance corticale est opaque, la droite est parsemée.

Görges (de Berlin) rapporte qu'il a également observé, même avec des doses minimes, des intoxications légères se traduisant par des symptômes typhoïdes ou par des troubles psychiques.

Pfeilsticker (clinique de Tubingen) rapporte un cas d'une longue intoxication chronique survenue chez un jeune homme de vingt et un ans, désarticulé de l'épaule gauche. Il avait employé environ 70 grammes d'iodoforme et le pansement de Lister.

Max Scheede (*Chir. Cent. bl.*, IX, 3, 1882) a observé un assez grand nombre d'intoxications. Il les présente et les classe en quatre catégories, suivant leur gravité. Il a observé presque tous les divers degrés, depuis les troubles les plus légers jusqu'aux intoxications les plus graves.

Il émet l'hypothèse suivante, dont nous reparlerons plus loin : « Il y aurait contre l'iodoforme une idiosyncrasie d'autant plus dangereuse qu'aucun indice ne permet de la prévoir; d'autre part, l'action toxique paraît être cumulative, puisque les phénomènes surviennent brusquement, et que l'éloignement même immédiat du médicament n'a pas toujours prévenu la fatale terminaison. »

A côté de ces manifestations générales plus ou moins graves les manifestations locales sont peu intéressantes. Nous en citerons cependant un exemple ;

Zeissl a observé deux cas intéressants d'exanthème iodique consécutifs à l'usage externe de l'iodoforme (*Allg. Wien. med. Zeit.*, n° 45, 1881).

Obs. XII. — Un enfant de trois ans fut opéré pour une nécrose du tibia droit; la cavité produite fut remplie avec de l'iodoforme. Une fièvre élevée et de la somnolence survinrent après le quatrième pansement; en outre, une coloration rouge clair, diffuse, s'effaçant sous le doigt, parsemée de quelques îlots de peau normale, apparut sur la peau du tronc, sur les extrémités des membres inférieurs, du côté de la flexion et à la face interne des deux cuisses. L'absence d'angine fit écarter l'idée de scarlatine.

La fièvre tomba trois jours après l'abandon de l'iodoforme, et l'érythème pâlit sous une desquamation légère. L'urine, très trouble, renfermait en abondance de l'iode et de l'albumine, ainsi que des cylindres épithéliaux. Un mois après on revint à l'iodoforme, et les mêmes phénomènes se reproduisirent de la même façon : érythème, fièvre, albumine et iode dans l'urine. Peu à peu, cependant, le patient s'accoutuma à l'iodoforme, et il fut renvoyé presque guéri.

Obs. XIII. — Un homme de trente-six ans fut opéré pour une carie de la quatrième côte gauche; en même temps les trajets fistuleux existant furent élargis, et on y introduisit tous les deux jours des cylindres d'iodoforme. Environ dix jours après, le malade se plaignit de vives démangeaisons, principalement aux extrémités. Le jour suivant, l'auteur trouva sur la peau du tronc un exanthème ressemblant aux plaques d'urticaire, composé de cercles de peau saine entourant des taches rouges de la grosseur d'une lentille jusqu'à celle d'un kreutzer, saillantes au-dessus du niveau de la peau et très nettement circonscrites. En même temps de l'iode dans l'urine, mais pourtant point d'albumine.

Malheureusement l'auteur n'a indiqué dans aucun des deux cas la quantité approximative d'iodoforme employé.

König (de Göttingen) (*Centr. bl. für Chirur.*, 7, 8, 17, 1882) range en trois catégories les diverses intoxications qu'il connaît, soit que les faits soient arrivés dans sa propre pratique, soit qu'il les doive aux communications qui lui ont été faites.

Le premier groupe renferme les intoxications légères et disparaissant promptement (15 observations); le deuxième, les cas graves, les manifestations durant longtemps, mais suivies de guérison (6 observations); le troisième enfin les cas de mort (7 observations); enfin 4 observations ayant trait à des enfants. En tout 32 cas, 19 chez des hommes et 13 chez des femmes.

Les adultes déjà âgés et les vieillards paraissent les plus atteints : 11 cas jusqu'à trente-cinq ans, et 21 de trente-cinq à soixante-quinze ans.

La fréquence croît avec l'âge, tandis que de trente-cinq à cinquante ans on trouve 6 cas, de cinquante à soixante il y en a 4, et après soixante ans 11.

La gravité des manifestations varie également. Des 15 cas légers, 9 appartiennent à des individus au-dessous de cinquante ans; tandis que, sur 13 cas graves ou mortels, 9 ont été observés après cinquante ans. L'intoxication paraît donc favorisée par la diminution de la puissance fonctionnelle de tous les organes, et principalement du cœur.

Reste à savoir quelle dose peut devenir toxique. Les troubles graves ne paraissent pas avoir été observés avec des doses inférieures à 10 grammes.

Dans un cas, il est vrai, 1 gramme provoqua des troubles passagers; mais dans la majeure partie des intoxications on a employé de 10 à 100 grammes.

On ne sait encore rien de certain touchant le moment qui s'écoule entre l'application du médicament et les premiers symptômes toxiques. Tantôt des troubles graves surviennent après un jour, tantôt les troubles ne surviennent que le quatorzième jour, et même plus tard, sans même qu'une nouvelle application d'iodoforme ait été faite.

Les symptômes notés *chez les adultes*, d'après les observations qui ont été publiées, ont le plus souvent quelque chose de très caractéristique.

Le plus souvent c'étaient d'abord des changements de caractère; puis des symptômes plus graves de troubles cérébraux survenaient pendant la nuit. Les malades, en proie à des illusions ou à des hallucinations, bondissaient ou cherchaient à s'élancer hors du lit et à s'enfuir. Ils déchiraient leurs draps, arrachaient leur pansement, et parlaient continuellement; des accès de délire furieux étaient les indices précurseurs d'une agitation intellectuelle et corporelle considérable, que les narcotiques augmentaient le plus souvent ou étaient impuissants à calmer.

Ces malades étaient fréquemment délivrés le matin, mais

ils restaient plus ou moins hébétés. Chez d'autres, les hallucinations, l'agitation, les accès de délire furieux persistaient pendant le jour, avec redoublement la nuit, et duraient pendant plusieurs jours et même pendant plusieurs semaines.

L'abandon de l'iodoforme faisait assez souvent brusquement cesser toutes ces manifestations, ou les amélioraient de façon à n'en laisser aucune trace au bout de quelques jours. On observa fréquemment la répulsion pour les aliments, souvent elle fut accompagnée de symptômes de catarrhe abdominal; l'appétit fut diminué chez la plupart des malades. On mentionna souvent des sueurs abondantes; des sels iodiques en quantité variable, ainsi que de l'albumine, furent observés dans l'urine.

Rien de constant du côté de la température, souvent de la dyspnée. Le pouls et l'action cardiaque étaient ordinairement déprimés. La mort paraît avoir été causée, le plus souvent, par un affaiblissement considérable des mouvements du cœur et du poumon.

Chez les enfants, l'intoxication revêt une forme plus apathique et plus comateuse, offrant les symptômes de la méningite ordinaire. Jusqu'ici la cause de la mort n'est pas parfaitement nette chez les petits enfants ou les jeunes sujets succombant rapidement après une opération et avec les symptômes de la paralysie du cœur et du poumon.

Il est difficile de savoir, dans ces cas-là, si la mort est due à l'acide phénique, à l'hémorrhagie, au chloroforme, à l'iodoforme ou enfin à tous ces agents réunis.

Ce sont les intoxications légères qui, même relativement, ont été observées le plus souvent.

Voici les principaux symptômes observés : perte de l'appétit, vomissements, exanthème papuleux; du côté du système nerveux : céphalalgie, faiblesse intellectuelle et autres troubles cérébraux variables. La fréquence du pouls a été presque toujours notée, et même sans autres troubles, une fréquence de 130 à 140 pulsations par minute. Chez l'adulte, cette progression, même sans élévation de la température, serait l'indice d'un danger menaçant.

Pour ce qui est de la fièvre iodoformique, elle n'a pas été observée aussi souvent que cela est de coutume pour la fièvre aseptique du pansement phéniqué. Quant à l'antisepsie parfaite produite par le pansement iodoformé, König ne l'a jamais contestée.

Lorsqu'on doit employer une dose assez considérable d'iodoforme, il est nécessaire d'examiner sérieusement l'état fonctionnel des divers organes, principalement du cœur, du cerveau et des reins. On ne peut guère expliquer par une idiosyncrasie la diversité de l'action du médicament.

König pense que les divers individus mentionnés sont morts par suite de l'affaiblissement de l'action du cœur, et que l'on pourra trouver dans diverses altérations, des reins, par exemple, ou d'autres organes, la raison d'intoxications dues à de faibles quantités du médicament.

On peut cependant dire, en général, que la gravité des manifestations a été en raison directe de la quantité employée.

Que résulte-t-il de ces observations malheureuses, et quelle influence ont-elles sur l'emploi de l'iodoforme? König pense qu'on peut l'employer sans inconvénient dans les tuberculoses locales, principalement des os ou des articulations, et chez les enfants surtout, où les risques sont moins grands.

Chez les adultes, il faut toujours se souvenir que des doses massives peuvent compromettre plus ou moins gravement la vie du sujet. Certains cas sont absolument indiqués, c'est lorsqu'on ne pourra assurer l'asepsie qu'à ce prix, et qu'on pourra le faire avec des doses minimes : dans les opérations autoplastiques de la face, de la bouche, du vagin, par exemple.

Il faudra préférer la gaze iodoformée à la poudre chez les sujets âgés, soumis à de grosses opérations intéressant la bouche, le vagin ou le rectum.

Pour être complet, nous devons rapporter ici une communication d'Aschenbrandt (*Deut. med. Woch.*, VIII, 1882). La proposition qu'il a émise nous paraît pour le moins exagérée.

« On ne doit, dit-il, employer l'iodoforme qu'avec de grandes précautions, ou même on ne doit pas l'employer du tout, dans toutes les opérations pratiquées dans le voisinage des voies respiratoires. »

Voici, à titre de curiosité surtout, les faits sur lesquels il s'appuie : trois chats auxquels l'auteur avait extirpé les parotides et les glandes sous-maxillaires, et qui avaient été pansés par l'iodoforme, périrent de pneumonie aiguë pendant que d'autres animaux soumis aux mêmes opérations, mais pansés sans iodoforme, avaient survécu.

Aschenbrandt, attribuant la mort aux vapeurs d'iodoforme qui, mélangées à l'air inspiré, sont venues irriter la muqueuse, fit une quatrième expérience. Il mit un chat sain sous une cloche dans laquelle il fit arriver de l'air mélangé à des vapeurs d'iodoforme. La mort survint au bout d'une heure environ. A l'autopsie, les voies respiratoires répandent une forte odeur d'iodoforme; on trouve un exsudat abondant grumeleux dans la trachée et dans les bronches, principalement à l'entrée des petites bronches. On reconnaît à l'œil nu des particules jaunâtres qui, sous le champ du microscope, sont manifestement des parcelles d'iodoforme. Les poumons eux-mêmes sont rouge sang et ne surnagent point.

Pourquoi et comment l'iodoforme peut-il devenir toxique? Ce sont là évidemment des problèmes à résoudre. La solution est aussi difficile à trouver qu'elle serait utile pour assurer l'avenir de ce mode de pansement. Nous exposons ci-dessous toutes les données que nous possédons actuellement d'après une revue très intéressante de Deahna (*Schmist's Jahrb.*, fasc. 1 et 2, 1882), à laquelle nous avons eu souvent recours. Sont-elles suffisantes et devrons-nous nous en contenter? L'avenir le dira.

Antoine Bum (*Wien. med. Presse*, XXIII, 7, 8, 1882) fait remarquer que les intoxications dont il s'agit ne ressemblent pas à celles obtenues expérimentalement par les sels iodiques, mais beaucoup à celles produites par l'iode libre et décrites par Bernartzig et Rilliet.

Si, par conséquent, il y a suffisamment de bases libres dans l'économie pour combiner l'iode libre, il n'y aura pas d'intoxication.

Dans de certaines conditions, la quantité d'iode à l'état naissant n'a pu être combinée par les alcalis du sang, soit que la quantité d'iodoforme ait été trop considérable, soit qu'il y ait eu une certaine altération du sang, soit enfin que les deux facteurs aient été réunis.

Or, on retrouve dans presque toutes les observations malheureuses ces deux conditions : iodoforme en grande quantité et malades très affaiblis. Aussi Mosetig, grâce à sa prudence, n'a-t-il depuis quatre ans observé aucun accident. Il a environ cent lits et emploie à peu près 300 grammes d'iodoforme par mois.

Mosetig Moorhof (*Cent. Bl. für Chir.*, 11, 1882) pose en principe que l'on ne doit jamais employer simultanément l'iodoforme et le pansement phéniqué.

L'emploi simultané de ces deux toxiques est non seulement

superflu, mais très dangereux. En voici la raison : l'action nocive de l'iodoforme se produit lorsque la quantité d'iode à l'état naissant ne peut être saturée par les bases, ou lorsque son élimination de l'organisme est entravée.

Or, l'acide phénique provoque souvent des lésions rénales pouvant aller jusqu'à la néphrite carbolique; l'élimination de l'iode est entravée, et l'accumulation peut se faire à un point suffisant pour nuire.

Le deuxième cas d'Hoefftmann, entre autres, en est un exemple frappant; l'urine, très phéniquée, ne présente la réaction iodique qu'au bout de trois jours, tandis que dans son service Mosetig l'a toujours constatée le premier jour.

Behring (*Deuts. med. Woch.*, p. 146, 1882), étudiant expérimentalement les propriétés de l'iodoforme et la façon dont il se comporte, est arrivé à des résultats assez remarquables. L'iode n'est pas facilement séparé de l'iodoforme; les acides ordinaires employés comme réactifs ne peuvent opérer la décomposition.

L'iodoforme perd son iode à une température assez élevée. Les oxydants chimiques actifs le décomposent également, par exemple l'huile de térébenthine, la benzine, lorsque ces liquides ont été longtemps exposés à l'air, puisqu'un pouvoir absorbant puissant réside en eux. L'acide phénique, les différents éthers, l'alcool agissent de même, mais d'une façon moins évidente.

La recherche des propriétés de l'iodoforme en contact avec les substances organiques donne les résultats suivants :

Le sang sépare rapidement l'iode de l'iodoforme, ce qui s'explique par la mort continue des globules rouges, en qui réside un élément d'absorption très actif.

Toutes les autres substances organiques ne décomposent point l'iodoforme. Toute la série des tissus conjonctifs laisse l'iodoforme complètement inaltéré. Les graisses à l'état liquide suspendent l'iodoforme cristallisé, mais lorsqu'elles se solidifient les cristaux réapparaissent; une légère décomposition a eu lieu cependant, mais la nouvelle combinaison ne met point d'iode en liberté. L'iodoforme reste inaltéré sur les granulations non irritées et ne les modifie point; cependant les granulations actives et le sérum dissolvent l'iodoforme, mais sans mettre d'iode en liberté. Le pus de mauvaise couleur, d'odeur fétide, met l'iode en liberté.

L'iodoforme n'abandonne son iode que dans les plaies où évoluent des processus de décomposition. L'iode à l'état naissant produit une action chimique énergique qui assure l'asepsie.

La production d'iode à l'état naissant serait donc la propriété essentielle du médicament, et elle n'a lieu qu'en présence de phénomènes de décomposition organique. Il s'ensuit qu'on ne doit employer ce corps que cristallisé et pur, sans y ajouter les déodorisants. Il s'ensuit que l'acide phénique ne doit pas être employé simultanément, et que l'iodoforme est contre-indiqué dans les plaies saignantes étendues, puisque l'iode libre serait produit en quantité suffisante pour nuire.

Les détails multiples et quelque peu fatigants dans lesquels nous avons cru devoir entrer ont pour but de montrer la question sous toutes ses faces. L'impression qui s'en dégage est que, malgré des qualités de premier ordre, l'iodoforme court risque d'être délaissé, surtout à cause de ses propriétés toxiques. Il est vrai de dire que c'est là un défaut grave pour une méthode de pansement. Il y a quelques années à peine, tout *pansement toxique* aurait été immédiatement rejeté sans plus ample examen; ces deux mots hurlaient de se trouver ensemble. Aujourd'hui que le besoin de l'antisepsie à tout prix domine la matière ; que l'on demande à un topique infiniment plus qu'autrefois, il n'est pas étonnant que l'on ait recours à des agents énergiques et même dangereux. L'acide phénique a fait son chemin malgré les nombreux cadavres dont il a semé sa route. L'innocuité d'un pansement reste une qualité maîtresse, mais non une condition *sine qua non*. Cette réflexion s'applique d'autant mieux à l'iodoforme que la toxicité de cette méthode est peut-être due à l'emploi simultané du pansement de Lister et de l'iodoforme, combinaison qui n'a aucune raison d'être et devra être dorénavant évitée.

Cette réserve faite, nous arrivons aux conclusions suivantes :

1° L'iodoforme, plus stable (et partant moins coûteux) que l'acide phénique, beaucoup plus facile à manier, mérite d'être essayé comme méthode générale de pansement. L'expérience montrera si la prudence la plus élémentaire ne permettra pas d'éviter les intoxications.

2° Même en supposant que cette expérimentation soit défavorable à l'iodoforme, il n'en reste pas moins avéré que cet agent est absolument indiqué dans le traitement de toutes les variétés de *plaies de mauvaise nature* (ulcérations chroniques, fongueuses, virulentes, tuberculoses locales, etc.).

3° Reste enfin l'emploi dans l'armée et spécialement sur le champ de bataille. Les médecins militaires se préoccupent depuis longtemps de faire pénétrer jusqu'au lieu du combat les méthodes antiseptiques. Malheureusement c'est l'antiseptique qui manque, antiseptique qui devra être forcément peu coûteux, inaltérable, commode à manier, même par des infirmiers peu instruits. Nous ignorons si l'iodoforme sera cet antiseptique, mais nous pensons avec Mundy que jusqu'ici c'est le seul qui paraisse possible et qui mérite d'être expérimenté à ce point de vue spécial.

Dr Hassler,
Médecin aide-major à l'hôpital du Val-de-Grâce.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique médicale.

Note sur la médication éthérée-opiacée dans la variole, par le docteur L. Dreyfus-Brisac.

Ce n'est pas sans une certaine incrédulité que fut accueillie l'intéressante communication faite le 30 août 1881 à l'Académie de médecine par M. Ducastel, sur les effets d'une médication complexe, dite éthérée-opiacée, dans la variole. M. Marotte se fit l'écho de la pensée générale, lorsque, dans son rapport d'ailleurs fort élogieux, il demanda un supplément d'information. Chargé, depuis le 1er mai dernier, du service des varioleux à l'hôpital Saint-Antoine, nous avons employé pendant les trois derniers mois le traitement préconisé par M. Ducastel; aussi nous semble-t-il aujourd'hui permis de formuler des conclusions sur la valeur de cette méthode thérapeutique. Elles sont, je me hâte de le dire, conformes, sur bien des points, à celles de notre distingué collègue.

Deux mots d'abord sur la ligne de conduite que nous avons suivie. Au début de cette enquête, on observa dans toute leur rigueur les prescriptions de M. Ducastel et le traitement *pro die* resta institué dans les conditions suivantes :

1° Six cuillerées de la potion éthérée-opiacée (1).

(1) Chaque cuillerée de la potion éthérée-opiacée contient : extrait d'opium, 0gr,035; éther, 0gr,500; alcool, 2gr; sirop, 17gr,45; extrait de menthe, Q. S.

2° 20 gouttes de perchlorure de fer dans 125 grammes d'excipient.

3° Une injection sous-cutanée de 1 centimètre cube d'éther, matin et soir.

4° 40 à 80 grammes d'alcool.

Chez la femme, la dose de la potion éthérée-opiacée est de moitié moindre.

Mais, médiocrement convaincu de l'utilité de la potion au perchlorure de fer qui complique le traitement et répugne souvent aux malades, je ne tardai pas à la supprimer, sauf dans la variole hémorrhagique, pour m'en tenir à l'emploi simultané de l'opium, de l'éther et de l'alcool.

Abandonnant les varioloïdes discrètes d'une évidente bénignité à leur évolution spontanée, je ne recourus au traitement que dans les cas suivants : variole chez les sujets non vaccinés, varioloïde cohérente chez les individus vaccinés, ou discrète chez les individus placés dans des conditions désavantageuses, alcoolisme, gestation, puerpéralité. Enfin la médication fut appliquée aux malades, d'ailleurs très peu nombreux, entrés à l'hôpital dans la période de prodromes.

La médication présente par elle-même de réels inconvénients. En général le traitement interne ne donne lieu à aucun accident et est très bien supporté. Dès le début de la dessiccation, l'appétit renaît et les fonctions digestives reviennent à la norme. Cependant certains malades ne tolèrent pas la potion et en rejettent la presque totalité immédiatement après l'avoir ingérée; il en est ainsi surtout pour les alcooliques. D'autre part, trois de nos sujets eurent, pendant toute la maladie, des vomissements répétés; mais comme, dans ces trois cas, il s'agissait de femmes enceintes, on ne saurait rapporter aux agents thérapeutiques seuls ce phénomène très pénible et particulièrement tenace.

Ce sont surtout les accidents locaux dus aux injections qui méritent d'attirer l'attention. La douleur provoquée par les piqûres est vive, mais supportable; très peu de malades l'appréhendent assez pour se refuser opiniâtrément au traitement. Par contre, il se produit souvent au niveau des piqûres une induration inflammatoire, assez douloureuse, du tissu cellulaire et, en particulier, dans les varioles noires, une suffusion hémorrhagique plus ou moins étendue. Parfois, pendant la convalescence, cette induration persiste quelque temps; plus rarement il se forme à ce niveau un petit foyer purulent qu'il faut ouvrir ou une eschare superficielle qui guérit rapidement. Jamais de suppuration diffuse, ni d'ulcération envahissante : aussi ces inconvénients ne sont-ils pas de nature à faire rejeter ce mode d'administration si rapide, si sûr d'un des agents actifs.

Ceci posé, quels furent les résultats obtenus ? ils sont très concluants, si l'on s'en tient aux cas où le traitement put être employé dans toute sa teneur, *dès le début de l'éruption jusqu'au début de la dissiccation.*

A cet égard il faut distinguer dans le processus variolique deux éléments: l'intoxication générale et l'exanthème. L'action du traitement sur le premier de ces facteurs est des plus problématiques. Dans tous les cas malins, lorsque la maladie évoluait sur un terrain défectueux, comme chez les alcooliques, les cachectiques, chez les femmes enceintes ou récemment accouchées, la médication se montra à peu près inefficace. Les phénomènes généraux, la fièvre en particulier, ne m'ont pas paru sensiblement modifiés, et, à part les accidents ataxiques ou le délire, justiciables de l'opium, je n'ai guère eu l'occasion d'observer cette euphorie rapide signalée par M. Ducastel.

De même nos sept cas de variole noire ont eu tous un dénouement fatal, du fait d'hémorrhagies multiples et surtout de complications pulmonaires (1).

(1) Cependant on peut citer à l'actif du traitement la guérison d'une jeune femme actuellement encore dans le pavillon des varioleux, elle fut atteinte de variole hémorrhagique d'emblée avec œdème de la glotte qui nécessita la trachéotomie, la maladie générale est aujourd'hui terminée; il ne reste plus que la lésion laryngée.

Mais, si l'on ne peut voir dans cette médication l'antidote du poison variolique, son influence sur la marche de l'éruption est indéniable et, à ce titre, la description donnée par M. Ducastel est de tous points exacte.

Les cas où l'exanthème suit sa marche habituelle, malgré le traitement, sont exceptionnels; et je ne craindrais même pas d'affirmer que le processus éruptif est toujours plus ou moins modifié.

Lorsqu'on intervient au début de l'éruption, celle-ci présente un véritable arrêt de développement. Prenons un type pour préciser notre description. Un individu non vacciné entre à l'hôpital au troisième jour de la maladie; la face, les membres présentent déjà des papules cohérentes; l'état général est grave; le traitement est immédiatement institué.

Le lendemain les phénomènes généraux ne sont pas modifiés; mais déjà l'éruption présente un aspect tout particulier. Si quelques papules se sont remplies de liquide pour passer à l'état vésiculeux, la plupart se sont affaissées, racornies en quelque sorte, donnant à la main une sensation comparable à celle du cuir de Russie. Les jours suivants, les vésicules, toujours peu nombreuses, se remplissent de pus et forment des pustules de petit volume disséminées surtout sur les extrémités ou au pourtour du nez. Mais, partout ailleurs, la suppuration est à peine prononcée; les papules se sont étalées, ont pris un aspect blanchâtre, sans qu'il se soit formé à leur niveau d'élevure pustuleuse. La fièvre a subi une légère recrudescence, dépasse rarement 39 degrés, oscille d'habitude entre 38 et 38°,5. Le gonflement des extrémités et de la face est peu accusé.

Cet avortement de l'éruption est tout aussi sensible au moment de la dessiccation qui commence du quatrième au huitième jour de l'éruption. Au niveau des pustules clairsemées de la face se voient de petites croûtes jaunâtres, toujours moins épaisses, moins larges, moins humides que dans la variole légitime, et la face ne présente pas l'aspect hideux habituel; la peau des extrémités desquame par minces écailles grisâtres. Sur la presque totalité du corps, à la face en particulier, la dessiccation se fait d'une manière presque insensible. Les papules s'affaissent et s'indurent de plus en plus, et c'est à peine si l'on constate à leur surface un enduit furfuracé. La peau conserve ainsi pendant longtemps, plusieurs semaines, une teinte brunâtre ou violacée, un aspect plus ou moins chagriné et les cicatrices sont toujours moins profondes que dans la variole vraie.

Telle est la marche du processus cutané dans les varioles à exanthème intense; dans les varioloïdes cohérentes, ou les varioles discrètes, la suppuration est encore moins accusée et l'induration des papules plus prononcée.

Du côté des muqueuses l'éruption évolue *pari passu.* Les papules de la bouche, de la gorge, avortent comme celles de la peau; les phénomènes fonctionnels correspondants, salivation, dysphagie, sont singulièrement atténués. Aussi, depuis que ce traitement est institué, les gargarismes, naguère si usités, ont-ils à peu près disparu de nos salles; sauf dans deux cas, on n'eut à les prescrire que chez des malades non soumis à la médication.

Le trait dominant de cette évolution, à ce point caractéristique qu'à première vue les malades traités se reconnaissent des autres, est, on le voit, le peu d'intensité de la suppuration. La variole, considérée au point de vue de l'éruption seule, est, pour ainsi dire, transformée en varioloïde. Aussi les accidents si graves, propres à la dernière période de la maladie, font-ils défaut; un seul de nos malades a succombé de leur fait.

Il faut cependant relater une particularité assez remarquable : chez un grand nombre de ces malades, en particulier chez les Italiens qui abondent dans nos salles, il se produisit pendant la convalescence une poussée furonculeuse intense, qui n'eut jamais d'ailleurs de conséquences funestes. Doit-on imputer cette sorte de diathèse purulente au génie

épidémique, ou au traitement; faut-il y voir une conséquence de la perturbation apportée par celui-ci à l'évolution de l'exanthème, je pose la question, sans pouvoir la trancher.

En résumé la médication éthérée-opiacée est un *modificateur puissant de l'éruption variolique.* Notre conviction, à cet égard, est d'autant mieux établie que maintes fois nous avons assisté à une sorte de contre-épreuve. Je fais ici allusion à des cas de varioloïde, au début discrètes, devenues brusquement cohérentes, où l'on se décida trop tard à employer la médication, à ce moment à peu près inefficace. Le parallèle de ces malades avec ceux traités dès le début fournit le meilleur critérium de l'action thérapeutique.

Avant de terminer cet exposé succinct, je devrais répondre à une question qui se pose naturellement. Est-il nécessaire d'appliquer ce traitement minutieux et complexe dans sa rigueur? Une de ces substances actives, opium et éther, ne pourrait-elle être employée à l'exclusion de l'autre? Sur ce point l'expérimentation eût été facile; mais je ne me suis pas reconnu le droit d'entreprendre cette enquête sur des malades, comme *in animâ vili.* Cependant il paraît incontestable que l'opium joue dans cette médication un rôle beaucoup plus important que l'éther; car dans tous les cas où les malades refusèrent de prendre la potion ou la vomirent presque immédiatement, cas où le traitement se réduisit en réalité aux injections d'éther, on n'obtint qu'à un très faible degré les effets si satisfaisants de la médication mixte.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 31 JUILLET 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

SUR LE « CRENOTHRIX KUHNIANA » RABENHORST, CAUSE DE L'INFECTION DES EAUX DE LILLE. Note de M. *Alf. Giard.* — Depuis longtemps déjà, la couleur roussâtre, le mauvais goût et l'odeur désagréable que présentent par moments les eaux des sources d'Emmerin, qui alimentent la ville de Lille, sont un sujet de préoccupation pour la population de cette ville. Les eaux charrient à leur surface des écumes d'un roux ferrugineux, faciles à recueillir en tendant des toiles au travers du courant. Des dépôts ferrugineux se forment aussi dans les réservoirs et dans certaines parties des canaux de la distribution : leur abondance, au printemps dernier, fut telle, à certains jours, que les chevaux de la Compagnie des tramways refusaient de boire l'eau qu'on leur présentait; l'examen micrographique révéla bientôt à M. Giard que la cause de l'infection était un Schizomycète, le *Crenothrix Kühniana* Rabenhorst, dont les filaments se chargent, au contact de l'eau aérée, d'un précipité de sesquioxyde de fer, puis entrent en putréfaction et communiquent à l'eau une saveur des plus désagréables.

RECHERCHES SUR LA PRODUCTION DES MONSTRES, DANS L'ŒUF DE LA POULE, PAR L'EFFET DE L'INCUBATION TARDIVE. Note de M. *Dareste.* — L'œuf pondu conserve, pendant un temps plus ou moins long, sa faculté germinative. Puis il arrive un moment où la cicatricule se désorganise, et où l'œuf, par conséquent, devient incapable de produire un embryon. Or, entre la période qui suit immédiatement la ponte, et pendant laquelle la cicatricule, en état de vie latente, est apte à produire un embryon parfaitement normal, et l'époque où la cicatricule est frappée de mort, il y a une période pendant laquelle la cicatricule, bien que vivante, est atteinte dans sa vitalité, où elle ne donne, en évoluant, que des embryons anormaux ou monstrueux.

SUR LES PROPRIÉTÉS DES ANTISEPTIQUES ET DES PRODUITS VOLATILS DE LA PUTRÉFACTION. Note de M. *Gustave Le Bon.* — Le pouvoir désinfectant d'un antiseptique quelconque est d'autant plus faible que la putréfaction est plus ancienne. Il n'y a aucun parallélisme entre l'action désinfectante d'un antiseptique et son action sur les microbes. Le permanganate de potasse, qui est un des plus puissants désinfectants, n'exerce aucune action appréciable sur les microbes. L'alcool, qui entrave, au contraire, à la longue leur développement, n'exerce sur les produits de la putréfaction qu'une action désinfectante très faible. Il n'y a pas davantage de parallélisme entre le pouvoir d'empêcher la production de la putréfaction et celui de l'arrêter quand elle a pris naissance. L'alcool et l'acide phénique, qui sont des agents préservatifs par excellence, n'ont qu'une action très faible sur la putréfaction quand elle est commencée; et si l'acide phénique est si utile en chirurgie, c'est uniquement comme agent préventif. A l'exception d'un très petit nombre de corps qui sont des agents toxiques redoutables, tels que le bichlorure de mercure, la plupart des antiseptiques, et notamment l'acide phénique, n'ont sur les bactéries qu'une action très faible. La quantité très faible des produits de la putréfaction avancée nécessaire pour tuer un animal par simple mélange avec l'air qu'il respire montre que ces alcaloïdes volatils sont extrêmement toxiques. Les expériences qui précèdent expliquent les accidents qui ont accompagné l'exhumation de corps enterrés depuis longtemps, et prouvent que l'atmosphère des cimetières peut, contrairement à ce qui a été avancé en se basant sur sa faible richesse en microbes, être très dangereuse. Telles sont les principales conclusions à citer d'expériences sur lesquelles l'auteur doit revenir.

Académie de médecine.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 2 AOUT 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LEGOUEST.

(Fin. — Voy. le numéro 31.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1883.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — Question : *Déterminer la valeur clinique des procédés antiseptiques dans la pratique chirurgicale.* — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — Question : *Le tubercule est-il de nature parasitaire?* — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

PRIX FONDÉ PAR Mme BERNARD DE CIVRIEUX. — *Paralysies et contractures hystériques.* — Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON. — Question : *De l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants.* — Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER. — (Voyez dans le numéro 31 les conditions du concours.) — Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR GODARD. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie externe. Il sera de la valeur de 2000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR DESPORTES. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pourront, en outre, être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature. Il sera de la valeur de 1500 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. HENRI BUIGNET. — Ce prix, qui est de la valeur de 1500 francs, sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions

Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs

serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

Prix fondé par M. le docteur Daudet. — Question : *Du lymphadénome.* — Ce prix sera de la valeur de 1500 francs.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — Question : *Faire connaître par des observations précises, le rôle que peut jouer, dans la pathologie infantile, le travail de la première dentition.* — Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

Prix fondé par Mme Vernois. — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène. Il sera de la valeur de 800 francs.

Prix fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Il sera de la valeur de 2000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Stanski. — Ce prix, qui est bisannuel, sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.

Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables (extrait du testament). Il sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Huguier. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par les étrangers et les traductions.

Ce prix ne sera pas partagé. Il sera de la valeur de 3000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une » somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille » somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura pro- » duit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux » animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains des » pays à endémie goitreuse. »

Le prix ne devra être donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix fondé par M. et Mme Saint-Paul. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25 000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérite*.

Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement, qui sera décerné tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérite lui auront paru mériter cette récompense.

Fondation Auguste Monbinne. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

Nota. — Les mémoires et les ouvrages pour les prix à décerner en 1883 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er juillet de l'année 1883. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Godard, Barbier, Huguier, Desportes, Buignet, Amussat, Vernois, Saint-Paul et Stanski, pouvant adresser à l'Académie des travaux manuscrits ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Séance du 8 aout 1882. — Présidence de M. Gavarret.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet l'ampliation d'un décret de M. le Président de la République approuvant l'élection de M. Gariel dans la section de physique et de chimie médicales. — Sur l'invitation de M. le Président, M. *Gariel* prend place parmi ses collègues.

M. le ministre du commerce envoie une demande de M. *Vanneyre*, propriétaire à Prades (Ardèche), à l'effet d'être autorisé à exploiter, pour l'usage médical, la source d'eau minérale, dite « la Salutaire ». (*Commission des eaux minérales.*)

M. le professeur *Potain* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

M. le docteur *Hergott* (de Nancy) fait hommage d'un ouvrage sur *Soranus d'Éphèse considéré comme accoucheur.*

M. le docteur *E. Vincent* (de Guéret, Creuse) demande à être porté sur la liste des candidats au titre de correspondant national.

M. le docteur *E. Allot* (de Roeschwoog, Basse-Alsace) envoie une note manuscrite sur *le traitement de la diphthérie par le benzoate de soude*, pour le concours du prix Saint-Paul de 1883. (Inscrit sous le n° 1.) — Mme *A. Saüer* (de Nancy) envoie une note manuscrite pour le même concours. (Inscrit sous le n° 2.)

M. *le Président* présente divers ouvrages de M. le docteur *Bouchacourt* (de Lyon) à l'appui de sa candidature au titre de correspondant national.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, de la part de M. le docteur *Poupinel de Valence* (de l'île Maurice), un ouvrage intitulé : *La spédalskhed à l'île Maurice et à Saint-Lazare en particulier.*

M. *Dujardin-Beaumetz* offre, au nom de M. *Lailler*, pharmacien, une note sur *la poudre de graine de lin inaltérable.* (*Commission des remèdes nouveaux.*)

M. *Hervieux* dépose une brochure de M. le docteur *René Brian* intitulée : *Un médecin de l'empereur Claude.*

M. *Dechambre* offre, de la part de M. le docteur *Corivcaud* (de Blaye), un ouvrage ayant pour titre : *Hygiène de la jeune fille.*

M. *Brouardel* présente, au nom de M. le docteur *Lacassagne* (de Lyon), un livre intitulé : *Les tatouages, étude anthropologique et médico-légale.*

M. *Jules Guérin* dépose : 1° un pli cacheté de M. le docteur *de Larbès* (de Cauterets); 2° une brochure de M. le docteur *Girault* (de Paris) intitulée : *Conseils aux jeunes mères, aux nourrices et aux sages-femmes pour éviter la mortalité fréquente des nouveau-nés* (*Commission de l'hygiène de l'enfance*); 3° une note manuscrite de M. le docteur *Marquez* (d'Hyères, Var) sur *la valeur des cautérisations ponctuées dans le traitement des maladies de l'appareil respiratoire.* (*Commission de la tuberculose.*)

M. *Guéniot* dépose une *Note* manuscrite de M. le docteur *Gilberton-Dubreuil* (de Jouy-en-Josas, Seine-et-Oise) *relative à l'allaitement artificiel.* (*Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

M. *Noel Gueneau de Mussy* présente, au nom de M. le docteur *Ernest Hart* (de Londres), un rapport sur *la vaccination animale* et un mémoire sur *la propagation de la fièvre typhoïde par le lait*, à l'appui de sa candidature au titre de correspondant étranger.

M. *le Président* présente un *astigmomètre* imaginé par MM. les docteurs de *Wecker* et *Masselon*; cet instrument, exécuté par M. Crétès, se résume essentiellement en une figure carrée, en métal ou en carton noirci. Celle-ci offre sur son bord un liséré blanc de 1 centimètre et demi, et son centre est percé d'un trou (A, fig. 1). On se propose d'étudier comment le cadre blanc de ce carré vient se réfléchir sur la cornée dont l'inégalité de courbure est la cause presque unique de l'astigmatisme. Ce carré peut exécuter sur son manche un mouvement de rotation que mesure un cadran placé derrière l'instrument (B, fig. 1).

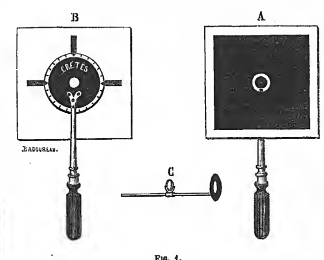


Fig. 1.

Le patient tournant le dos à la lumière, l'astigmomètre bien éclairé est tenu verticalement de façon à ce que son plan soit parallèle à celui de la face du sujet. En outre il faut veiller à ce que l'œil observé se trouve vis-à-vis du trou central qu'il doit fixer. En procédant ainsi, on observe dans un cas normal que le bord

blanc du carré vient se peindre sur la cornée suivant un carré exact, dont le côté est moindre que le tiers du diamètre de la cornée, lorsque l'on tient l'instrument à la distance habituelle de 20 centimètres environ.

Les dimensions de l'image réfléchie étant variables suivant le rayon cornéen, il en résultera, ainsi que M. Javal l'a aussi fait observer dans la description de son ophthalmomètre, que le carré se réfléchira sur la cornée, dans un cas d'astigmatisme régulier, sous la forme d'un rectangle, mais à condition toutefois que les côtés du carré de l'instrument correspondent aux méridiens principaux ; autrement on aurait un losange. On tournera alors la figure carrée jusqu'à ce que les angles deviennent droits, de manière à ce que l'image se montre exactement rectangulaire. On lira à ce moment sur le cercle divisé la direction des méridiens principaux. Ceux-ci connus, reste à apprécier d'après le degré d'aplatissement du rectangle le nombre de dioptries que mesure l'astigmatisme. C'est ce que permet de faire une petite échelle jointe à l'instrument, et qui, tenue au voisinage de l'œil, montre par comparaison, d'une façon très exacte pour la pratique ordinaire, à combien de dioptries s'élève l'astigmatisme. La figure 2, qui représente cette

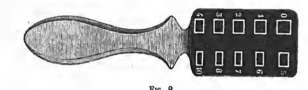


Fig. 2.

échelle, est la reproduction en grandeur des reflets cornéens que fournissent l'œil normal et les yeux astigmates.

Le degré de l'astigmatisme et les méridiens principaux ainsi déterminés en un instant, il suffit de placer dans la monture d'essai un cylindre égal, convexe à *axe perpendiculaire* au grand côté du rectangle dans le cas d'*hypermétropie*, concave à *axe parallèle* dans le cas de *myopie*, et à déterminer la réfraction sphérique s'il y a lieu.

Décès de M. Pidoux. — Sur l'invitation de M. le Président M. *Dujardin-Beaumetz* donne lecture d'un discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Pidoux. Il insiste particulièrement sur les recherches entreprises par ce regretté collègue dans sa pratique des eaux thermales et sur sa collaboration au *Traité clinique de thérapeutique* écrit en commun avec Trousseau, « livre où l'on trouve exposées dans un style si élevé les grandes indications qui président à l'administration des remèdes, indications toujours vraies parce qu'elles sont basées sur l'observation rigoureuse des forces vitales..... Généralisateur de premier ordre, M. Pidoux élevait toujours le débat aux grandes questions vitales et diathésiques qui président à la destinée de l'homme, et c'était de ce point culminant qu'il jugeait toutes les importantes questions de la thérapeutique; il cherchait toujours à combattre le mal, non dans la manifestation de ses symptômes, mais dans les grandes diathèses qui constituent l'origine et le fond même de ces manifestations. »

Nævi pigmentaires généralisés.— M. *Hardy* présente une jeune fille sur le corps de laquelle existent une grande quantité de nævi pigmentaires, très velus, surtout à la région dorsale, où la peau a l'aspect d'une véritable fourrure noire. Cette jeune fille étant exhibée depuis quelque temps dans les fêtes des environs de Paris, nous n'insisterons pas davantage.

Nourricerie pour syphilitiques et allaitement artificiel.— La discussion, dont la communication faite à l'avant-dernière séance par M. le docteur Parrot, sur les résultats excellents fournis par le lait d'ânesse dans la nourricerie de l'hospice des Enfants assistés doit être l'occasion, a été commencée par une courte note de M. *Bouchardat*, dans laquelle il insiste d'abord sur ce que le lait d'ânesse, comme le lait de femme et contrairement aux laits de vache et aux laits de chèvre, est légèrement alcalin, quelquefois neutre, très exceptionnellement acide; or, cette alcalinité peut non seulement s'opposer, chez le nourrisson, au développement de l'*oidium albicans*, mais il offre encore des conditions de coagulation et de digestion plus régulières. L'ânesse présente aussi cet avantage qu'on peut, en raison de sa grande sobriété, régler son alimentation et lui imposer facilement un régime convenablement approprié. M. Bouchardat a, de plus, démontré que les glandes mammaires de cet animal se laissent facilement, comme celles de la femme, traverser par des produits d'excrétion; c'est ainsi qu'il y a constaté la présence d'une notable quantité d'urée. Il fait enfin remarquer qu'on doit attribuer une large part des succès obtenus dans la nourricerie à l'isolement des nouveau-nés, isolement qu'il souhaite de voir se réaliser bientôt dans les autres hôpitaux d'enfants.

Localisation cérébrale des idées de suicide. — Les considérations développées dans le mémoire dont M. le docteur *Auguste Voisin* donne lecture, sont en concordance avec l'opinion qui a cours aujourd'hui sur la réunion, dans les mêmes circonvolutions, des centres psychiques et moteurs. Il tire de ses nombreuses observations cliniques et des quelques autopsies qu'il a pu faire, la conséquence que la rapidité des actes impulsifs est une preuve de la relation intime qui lie la pensée à la manifestation extérieure et inconsciente, et la réunion, dans une même partie de l'écorce cérébrale, des centres psychiques et des centres moteurs; il semble que la soudaineté des actes impulsifs s'explique par la transmission, à des cellules motrices, par l'intermédiaire des fibres nerveuses du reticulum, de l'irritation des cellules sensitivo-psychiques environnantes. La clinique et l'anatomie pathologique se sont accordées dans un certain nombre de cas, conclut-il, pour l'autoriser à localiser l'idée de suicide et l'impulsion au suicide, dans un territoire de l'écorce cérébrale, correspondant à la région bregmatico-iniaque et situé dans la partie la plus interne des circonvolutions frontales ascendantes, des première et deuxième circonvolutions pariétales et dans les lobules pariétaux, c'est-à-dire dans les parties moyennes et internes des hémisphères cérébraux. Le mémoire de M. Voisin est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Vulpian, Blanche et Luys.

Traitement du diabète sucré et de la glycosurie par le bromure de potassium. — M. le docteur *Félizet* a eu l'occasion d'administrer du bromure de potassium à un diabétique atteint de désordres nerveux très accentués ; en même temps que ces désordres s'amendèrent, la quantité de sucre diminua considérablement dans les urines. Aussitôt il pratiqua sur des animaux la glycosurie expérimentale à l'aide de la piqûre du plancher du quatrième ventricule, suivant l'expérience classique de Claude Bernard, et peu après l'injection dans le système veineux d'une solution du même médicament, le sucre disparut promptement dans les urines. Fort de ces résultats, il administra plus régulièrement le bromure de potassium et quinze malades soigneusement observés depuis six ans lui permettent d'affirmer la grande valeur de cette indication dans le diabète sucré et la glycosurie. Il en conclut aussi qu'il faut surtout, dans cette maladie, user de tous les moyens propres à entraver le désordre de l'organisme qui produit du sucre en excès et il recommande tout particulièrement à cet égard l'exercice musculaire persévérant et régulier. D'ailleurs il pense qu'il est possible de substituer un bromure quelconque au sel potassique lui-même, afin de supprimer les inconvénients que présente parfois ce médicament — Le mémoire de M. Félizet est renvoyé à l'examen de MM. Hérard, Lancereaux et Dujardin-Beaumetz.

Réduction des luxations anciennes de l'épaule après la section sous-cutanée des adhérences. — Une observation transmise à l'Académie par M. le docteur Mollière (de Lyon) il y a quelques mois, et soumise à l'examen de M. *Polaillon*, lui fournit l'occasion d'appeler l'attention sur un procédé « très oublié, s'il n'est nouveau, pour obtenir la réduction des luxations anciennes de l'épaule ». On sait que la solidarité des adhérences qui se forment autour de la tête humérale luxée depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois est la principale cause de l'irréductibilité ; la méthode la plus ordinairement suivie pour détruire ces adhérences, oblige trop souvent à abandonner le malade à son sort. M. Polaillon a montré (*Société de chirurgie*, 22 février 1882)

que l'on peut réduire cependant dans presque tous ces cas, grâce à la section sous-cutanée des adhérences. Après avoir rappelé les observations de Diffenbach et de G. Simon, qui ont eu recours autrefois à des sections sous-cutanées pour les luxations irréductibles de l'épaule, il fait connaître et montre à l'Académie les succès qu'il vient personnellement d'obtenir par les modifications qu'il a apportées à cette méthode et examine l'observation de M. Mollière. Il conclut que lorsqu'une luxation ancienne ou même récente de l'épaule a résisté à une extension de 100 à 150 kilogrammes, suivant la force du sujet et pendant la résolution musculaire produite par le sommeil anesthésique, il est indiqué d'avoir recours à la section des adhérences. Cette section doit être faite par la méthode sous-cutanée et avec les précautions antiseptiques. Après avoir fait un trajet à travers le deltoïde avec un ténotome pointu, depuis l'acromion jusqu'à la tête humérale, on glisse un long ténotome mousse entre la face antérieure de cette tête et le muscle deltoïde, et l'on coupe contre l'os tous les tissus fibreux; puis on retire un peu l'instrument pour le glisser en arrière de la tête humérale et couper en ce point les tissus fibreux. Cela fait, on contourne d'un côté à l'autre l'extrémité supérieure de l'humérus et on détruit la plupart des brides supérieures. Si le sujet est dans de bonnes conditions et que des accidents consécutifs ne soient pas à redouter, on peut, d'après la manière de Diffenbach et de M. Mollière, exécuter séance tenante les manœuvres de réduction. Dans le cas contraire, on attend deux ou trois jours que la plaie cutanée soit cicatrisée; on exerce les tractions pendant la chloroformisation, et si la luxation ne se réduit pas, on peut la considérer comme au-dessus des ressources de l'art.

— La séance de l'Académie ne pouvant avoir lieu le mardi 15 août, elle ne tiendra pas séance la semaine prochaine.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 2 AOUT 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Abcès du cerveau; application du trépan. — Sur la syphilis congénitale tardive. — Historique de la ligature de l'artère linguale. — Traitement des anévrysmes artérioso-veineux par la méthode sanglante.

M. *Polaillon* lit une observation d'abcès du cerveau. Le 18 avril, on apporta à l'hôpital de la Pitié un individu malade depuis vingt jours. Les antécédents recueillis par le docteur Bernard (de Saint-Mandé) étaient les suivants : coup reçu sur la tête; céphalalgie nocturne atroce; puis, tuméfaction au niveau de la suture pariétale; pouls à 42; le point tuméfié fut incisé et donna issue à deux cuillerées à café de pus épais. Le bras gauche s'engourdit.

Examiné le jour de son entrée à l'hôpital, on constate que cet homme est dans le prolapsus; réponses lentes; mémoire paresseuse; parole difficile; hémiplégie gauche; rétention d'urine; constipation. Au niveau de la suture fronto-pariétale droite se voit l'incision; l'os est à nu. Le lendemain, la prostration est plus accusée; pouls à 60; le bras gauche présente de la raideur. Le 20 avril, incontinence des matières fécales. L'hémisphère droit du cerveau est comprimé. La suppuration siège sous la dure-mère. Application d'une couronne de trépan; la dure-mère n'est pas incisée.

Le 25 avril, insensibilité de la cornée gauche. Le pus sort par l'ouverture faite par le trépan; application d'une seconde couronne; 60 grammes de pus s'échappent d'une perforation de la dure-mère. Le 26, le malade paraît mieux; un drain est placé à 3 centimètres de profondeur; grande amélioration. La famille enlève le malade de l'hôpital et le reconduit à Saint-Mandé, où il meurt le 5 mai. Pas d'autopsie.

— M. *Le Dentu* fait un rapport sur un travail de M. Ortéga (de Buenos-Ayres), sur la syphilis congénitale tardive. Famille de cinq enfants âgés de douze, huit, six, quatre ans et un an et demi; quatre présentèrent des lésions de la syphilis. Le dernier né, qui a dix-huit mois, a des nodosités, des tubercules saillantes et une roséole; coryza; plaques muqueuses à l'anus. Traitement par la liqueur de Van Swieten. Au bout de six mois, les accidents avaient disparu. La mère paraissait indemne.

Quatre mois après la naissance de cet enfant, la petite sœur tomba malade; douleurs aux tibias. Elle n'avait eu ni roséole ni plaques muqueuses. Traitement par l'iodure de potassium; guérison.

Le frère âgé de deux ans tomba malade à son tour. Comme sa sœur, il a la déformation des dents signalée par Hutchinson. Kératite interstitielle double. Douleurs aux deux genoux. L'iodure de potassium amena après deux mois une grande amélioration dans l'état des cornées et des genoux.

Autre enfant âgé de huit ans : coryza chronique dès l'âge de trois ans. On pourrait croire à un état scrofuleux. Le cinquième enfant n'avait rien.

De qui le dernier né a-t-il pris la syphilis? L'enfant n'a pas eu de nourrice. La mère était indemne. Le père déclare avoir eu la syphilis avant son mariage. On a publié des observations où la syphilis s'est manifestée douze à seize ans après la naissance. Dans la *France médicale*, il y a des faits de syphilis congénitale tardive. La syphilis congénitale peut être tardive par rapport à l'âge des enfants, ou par rapport à l'âge de la syphilis chez les procréateurs.

M. *Desprès* doute de l'existence de la syphilis chez ces enfants-là. C'est aussi l'opinion de plusieurs membres de la Société de chirurgie.

— M. *Farabeuf* fait l'historique des deux principaux procédés de la ligature de l'artère linguale. Charles Bell, le premier, aurait indiqué le lieu où on pouvait lier l'artère au-dessus de la grande corne (procédé ancien); et Pirogoff serait l'auteur du procédé nouveau : ligature dans le petit triangle.

— M. *Reclus* lit un mémoire sur le traitement des anévrysmes artérioso-veineux par la méthode sanglante.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 29 JUILLET 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE, VICE-PRÉSIDENT.

Présentation de trois crétins : MM. Bourneville et Gilles de la Tourette. — Micrococcus de la pustule vaccinale du veau : M. Strauss. — Altérations des phénomènes généraux de la nutrition dans la pleurésie expérimentale : MM. Bute et Quinquaud. — L'ouïe dans les écoles : M. Gellé. — Mécanisme de la respiration; action des nerfs intercostaux et des diverses racines du nerf phrénique : MM. Hénocque et Éloy. — Nouveau microtome et nouveau porte-loupe : M. Henneguy. - Appareil destinée à l'étude clinique du phénomène du tendon : M. Dalileau. — Conduit excréteur du pancréas : M. Ch. Remy.

MM. *Bourneville* et *Gilles de la Tourette* présentent trois sujets particulièrement intéressants tant au point de vue physique qu'au point de vue moral.

Le premier, âgé de dix-sept ans, ne mesure que $1^m,11$, et pèse 19 kilogrammes. Il est porteur d'un goitre volumineux: les testicules sont descendus, mais ils sont accompagnés d'une double hernie. Son vocabulaire se compose de quelques rares monosyllabes. L'aspect général est celui du crétin goitreux, si tant est qu'on doive admettre ce terme de crétin en dehors des conditions d'endémicité, ainsi que le font remarquer les présentateurs. Il est né à Charenton-le-Pont, de parents ayant toujours habité le département de la Seine: le père était alcoolique et cousin de sa femme; les grands

parents étaient cancéreux; trois autres enfants sont morts tuberculeux.

Le deuxième, âgé de vingt-quatre ans, mesure 1m,22; il est un peu plus intelligent que le premier, quoique fort obtus; il est né à Strasbourg, de parents parisiens, sa mère étant allée faire ses couches en cette ville. Il présente ceci de particulier, qu'au niveau des aisselles et de la base du cou, on voit des traces manifeste de cachexie pachydermique, *état crétinoïde*, de Gull. Les deux testicules sont descendus mais petits, la verge est rudimentaire comme dans le cas précédent; il existe également une hernie.

Le troisième est âgé de vingt-deux ans, et ne mesure que 1m,02. C'est un cas type de cachexie pachydermique. Le sujet est du reste bien connu sous le nom du *Pacha*, et a été plusieurs fois montré aux cours de MM. Charcot et Magnan. Sa physionomie rappelle entièrement celle du malade présenté dernièrement à l'Académie de médecine par M. Ball: mêmes joues flasques, même laxité des téguments. De même que les précédents, il est né de parents parisiens.

Ces trois malades rapprochés les uns des autres montrent que l'état crétinoïde n'est pas très rare, et que désormais en présence de cas de ce genre il faudra songer à la cachexie pachydermique.

— M. *Strauss* présente diverses préparations microscopiques de la pustule vaccinale du veau. On y voit de nombreux micrococcus colorés en bleu par le violet de gentiane, disposés en amas compact ou en série linéaire, suivant les espaces lymphatiques. Le nombre et la position de ces micrococcus dans l'épaisseur de la couche muqueuse de Malpighi et du derme lui-même varient suivant l'époque d'évolution de la pustule de cow-pox. Vers le sixième ou le septième jour toute l'épaisseur du derme est envahie par les colonies de micrococcus. Ces observations ne sont que le prélude d'une série de recherches que l'auteur se propose de faire chez le lapin, le rat, le cochon d'Inde, etc.

— M. *Bute* fait, en son nom et en celui de M. *Quinquaud*, une communication relative aux phénomènes généraux de la nutrition dans la pleurésie expérimentale. Après avoir provoqué chez les animaux des pleurésies artificielles par des injections irritantes, les auteurs ont fait l'analyse du sang. Constamment, contrairement à leur attente, ils ont trouvé une diminution de l'acide carbonique et des matériaux solides, diminution qui, dans certains cas, a atteint la moitié de la proportion normale de CO^2 et des matériaux solides du sang.

— M. *Gellé* a appliqué à l'audition les recherches déjà faites pour la vision, par ceux qui ont souci de l'hygiène scolaire, et que l'on a déjà pratiquées sur une vaste échelle en Allemagne. Ces investigations lui ont révélé, chez les enfants de huit à dix-huit ans des écoles municipales de Paris, l'énorme proportion de 20 à 25 pour 100 de sujets atteints de diminution de l'ouïe. M. Gellé rentre dans quelques détails de la technique employée, et qui se résume à deux ordres d'épreuves: *a*, l'épreuve classique de la montre; *b*, l'épreuve qui consiste à placer la personne en expérience devant un tableau noir, tandis que l'observateur placé derrière elle à 8, 10 mètres, etc., lui fait une dictée qu'elle doit reproduire sur le tableau. Les résultats donnés par ces deux épreuves sont quelquefois contradictoires: tel enfant qui entend bien la montre, n'entend que très imparfaitement la phrase dictée. Les fautes, dans ce cas, sont des fautes de prononciation, par exemple *bonde* pour *monde*. Certains mots sont pour ainsi dire plus pénétrants que d'autres et saisis d'emblée et par tous: par contre d'autres sont très difficiles à saisir, la phrase suivante, dont se sert habituellement l'auteur: « *le temps est un grand enseigneur* », est celle qui révèle le plus grand nombre d'enfants atteints d'affaiblissement de l'ouïe. De ces recherches, qu'il faut multiplier, M. Gellé conclut: que désormais il faudra dans la construction des salles de classe, tenir compte de l'acoustique; que, s'il se trouve des enfants atteints de trouble de l'ouïe, il faudra les placer près du maître, ou encore mieux les isoler, afin de chercher à améliorer leur audition par des exercices appropriés; que dans les concours les candidats placés par leur infirmité dans des conditions d'infériorité notoire devront recevoir imprimé ou autographié le texte de la composition.

— M. *Mégnin*, en son nom et au nom de M. *Laboulbène*, dépose sur le bureau de la Société un mémoire de M. le docteur Tholozan sur les *argas de Perse*. En 1878, M. Tholozan ne croyait pas aux dangers des piqûres de ces arachnides, qui, d'après les indigènes du pays où on les trouve, déterminent des accidents très graves et quelquefois mortels. Depuis, à la suite d'observations d'accidents arrivés à des officiers austro-hongrois voyageant en Perse, M. Tholozan a modifié son opinion et admet les dangers de la piqûre des argas, qui consistent en phlébites, fièvre, délire, etc. MM. Mégnin et Laboulbène n'admettent que sous toutes réserves pareille nocuité, car des expériences qu'ils ont instituées avec des argas envoyées de Perse il y a quelques années sont restées négatives.

— Dans une nouvelle série de recherches, MM. *Hénocque* et *Eloy* ont étudié l'influence réciproque de la section des nerfs phréniques et des nerfs intercostaux inférieurs et moyens sur les tracés respiratoires. Dans trois expériences sur des lapins et un chien, les huit nerfs intercostaux inférieurs ont été coupés tantôt d'un côté, tantôt de l'autre et enfin des deux côtés. De sorte qu'ils ont pu avoir les tracés, soit des intercostaux, les phréniques étant coupés, soit d'un des phréniques resté intact, tandis que l'autre et les huit derniers intercostaux de chaque côté étaient coupés.

Ces expériences ont montré que la section des nerfs intercostaux inférieurs n'apporte pas de changements très notables dans les effets produits par l'arrachement du nerf phrénique, sur le mécanisme de l'inspiration et de l'expiration, dans les premiers moments qui suivent l'opération; elles mettent en relief l'influence que la section d'un des nerfs phréniques peut exercer non seulement sur la moitié correspondante du diaphragme, mais encore sur l'autre moitié, modifiant le mécanisme respiratoire des deux côtés.

Voulant examiner quelle part peut prendre chaque racine du phrénique dans cette influence, MM. Hénocque et Eloy ont pratiqué séparément: 1° la section de la racine inférieure du phrénique d'un seul côté et des deux côtés; 2° la section des racines supérieures d'un seul côté et des deux côtés, chez le lapin et le cobaye; laissant de côté l'interprétation théorique de ces faits, ils en déduisent les conclusions suivantes, telles qu'elles résultent des expériences actuellement pratiquées, et dont ils poursuivront la démonstration.

Conclusions: 1° La section d'un nerf phrénique agit sur le rhythme respiratoire des deux côtés de la poitrine; 2° la section des racines inférieures des deux côtés, présente cette action à un degré moindre que la section de la racine supérieure d'un seul côté; 3° la section de la racine supérieure du phrénique, faite des deux côtés, présente au plus haut degré l'action modificatrice du rhythme respiratoire; 4° la section des racines supérieures des deux côtés produit une amplitude extrême dans les mouvements d'inspiration, et cet effet peut durer pendant plus de trois quarts d'heure; 5° la section, l'arrachement, le pincement, la ligature de la racine supérieure du nerf phrénique produisent une vive douleur; 6° il y a une différence dans l'action des deux racines du phrénique sur les contractions du diaphragme, et cette différence nous semble porter sur le rhythme de la respiration, et en particulier sur l'amplitude de l'inspiration.

— M. *Henneguy* présente à la Société un microtome qu'il a fait construire, et qui permet de voir aisément l'objet que l'on coupe, et à quelle hauteur et dans quel sens est pratiquée la coupe. Il montre également un porte-loupe, avec

lequel on peut porter la lentille grossissante dans tous les sens, tandis que le pied immobile est placé au loin et ne gêne pas l'observateur, pour pratiquer par exemple des dissociations ou des dissections fines dans le fond d'une cuvette.

—M. *Dalileau* a fait construire un instrument pour mesurer la force nécessaire pour provoquer le réflexe du tendon et acquérir en même temps la notion du temps qui s'écoule entre le moment de la percussion et la production du réflexe.

— M. *Ch. Remy* présente des pancréas de lapin dont il a injecté les conduits excréteurs. On voit nettement qu'il n'y a qu'un seul conduit excréteur venant s'aboucher dans l'intestin, et que, par conséquent, lorsqu'on a jeté une ligature sur ce conduit, on est sûr d'avoir interrompu toute communication entre la glande et l'intestin.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude des lésions cérébrales localisées au lobule de l'insula, par M. Raymond, médecin des Incurables, et M. Brodeur, interne des hôpitaux.

Trois observations qui sont des exemples types de lésions localisées au lobule de l'insula : deux cas d'hémorrhagie, un cas de ramollissement. Elles tendent à démontrer que ces lésions se traduisent cliniquement par une hémiplégie ayant les caractères suivants : hémiplégie portant sur les deux membres et non la face, où le bras est infiniment plus paralysé que la face; hémiplégie flasque sans contractures, ni troubles de sensibilité, avec les réactions électriques qu'on obtient dans les cas d'hémiplégie cérébrale vulgaire. Les trois malades moururent en quelques jours; dans un cas, la mort survint par le fait de lésions rénales et pulmonaires; dans les deux autres, rien à l'autopsie n'explique cette terminaison si prompte. (*Revue de médecine*, 1882, n° 6.)

Du paludisme congénital et du rôle de l'hérédité dans l'étiologie du paludisme infantile, par M. Ch. Leroux.

Les observations ne sont ni assez nombreuses ni assez probantes pour qu'il soit permis d'affirmer l'existence du paludisme congénital. Des faits d'hypertrophie congénitale de la rate trouvée chez des enfants nés de mères impaludées coïncidant avec des lésions caractéristiques de la cachexie palustre la rendent vraisemblable.

Certains enfants semblent avoir une prédisposition héréditaire telle qu'en dehors de tout empoisonnement venant du milieu, ils peuvent être pris peu après la naissance d'accès fébriles intermittents. L'auteur se demande si l'hypothèse de l'hérédité ne doit pas expliquer le caractère intermittent de certaines affections et la puissance de la médication antipériodique. (*Revue de médecine*, 1882, n° 7.)

BIBLIOGRAPHIE

Fragments de chirurgie antiseptique, par M. le docteur Jules Bœckel. — Germer Baillière, Paris, 1882.

Dans nos bibliothèques, le rayon de « la chirurgie antiseptique » commence à se faire lourd. Après le remarquable manuel de Lucas-Championnière, le livre de Lister, le volume de Mac-Cormac, voici un recueil qui ne leur cède en rien. Les *Fragments de chirurgie antiseptique* de Jules Bœckel doivent être lus par quiconque se tient au courant des questions de pratique contemporaine.

L'analyse de la *Gazette hebdomadaire* peut être brève, car nous nous sommes déjà expliqué longuement sur la plupart des problèmes qu'agite M. Jules Bœckel et pour lesquels il apporte sa part de documents. Nous avons déjà parlé de la *laparotomie dans les obstructions intestinales*, de la *cure radicale des hernies*, des *résections articulaires*, des *abcès froids* et des *abcès ossifluents*, et nos opinions se rapprochent trop de celles de l'éminent chirurgien pour que nous ayons besoin d'y revenir à nouveau.

Le volume contient cinq chapitres. Après une courte introduction où il nous initie à ses procédés particuliers d'hémostase, de drainage, de sutures superficielles et profondes, de compression de lambeaux et de pansement, M. Bœckel nous donne plusieurs séries d'amputation : jambe, cuisse, désarticulation coxo-fémorale. Il fait suivre ces observations de considérations générales et d'une statistique remarquable par son importance et le nombre de ses succès.

Le deuxième chapitre a trait aux opérations sur les os et les articulations : *résections du membre supérieur et du membre inférieur* avec une *statistique générale des résections articulaires; résections de l'omoplate et des côtes;* puis *les fractures compliquées des membres, l'arthrotomie antiseptique; la trépanation préventive du crâne,* et des mémoires importants sur l'*ostéotomie*.

Nous ne souscrivons pas complètement à certaines conclusions de M. Bœckel sur l'ostéoclasie : « A un degré plus avancé du rachitisme, les os ne cèdent plus; il faut les fracturer pour leur restituer la forme normale. On a inventé une série d'ostéoclastes pour arriver à ce but. Mais les mains seules peuvent suffire. J'estime même que, dans les cas où l'ostéoclasie manuelle a échoué, l'ostéoclasie mécanique ne réussit pas davantage. D'autre part, il arrive dans bon nombre de cas que l'incurvation siège très bas, à la jonction du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs du tibia, quelquefois même tout près du cartilage interdia épiphysaire. Or, à ce niveau la brièveté du bras du levier inférieur s'oppose à l'application de l'ostéoclaste. »

« Les mains seules peuvent suffire... » Les chirurgiens n'ont pas tous des poignets de fer et j'en ai vu qui ne réussissaient pas à rompre un os incurvé dont l'ostéoclaste avait facilement raison. Pareil affront, — si c'en est un, — m'est arrivé il y a peu de jours. J'irai plus loin; à moins que l'os ne soit très mou ou que la force du redresseur ne soit très considérable, je préfère l'instrument aux tentatives manuelles qui risquent d'être saccadées, brutales lorsqu'un effort considérable est nécessaire, on ne peut alors mesurer la quantité d'énergie qu'il faut déployer. Avec l'appareil de Collin, au contraire, on agit doucement, sans secousse; on surveille le membre et on le casse au point précis désigné à l'avance.

Nous n'avons jamais vu que « la brièveté du bras du levier inférieur s'oppose à l'application de l'ostéoclaste ». Il y a huit jours, à l'hôpital Trousseau, pour une déformation rachitique qui siégeait fort bas, à l'union des trois quarts supérieurs avec le quart inférieur, chez un enfant très jeune, — quatre ans, — mais à os éburné très résistant, M. Collin et moi avons appliqué l'ostéoclaste et fracturé les deux membres au point voulu. Le redressement a été parfait et tout nous fait espérer que le résultat définitif sera remarquable.

Cette digression nous entraîne loin. Nous voudrions dire cependant que le chapitre troisième, *ligatures des gros troncs artériels dans la continuité; ligature et résection des grosses veines dans la continuité*, renferme des observations du plus haut intérêt. Il en est de même du quatrième dont les titres montrent toute l'importance : *cure radicale de l'hydrocèle; cure radicale des hernies étranglées; hernie ombilicale épiploïque étranglée; étranglement interne par brides; ovariotomie; hystérectomie.* Le chapitre cinquième traite de l'ablation des tumeurs. Nous n'insisterons pas, bien que la thyroïdectomie à elle seule méritât de nous retenir longtemps.

Tel est le sommaire de ce livre important. M. Bœckel s'est

fait une place élevée parmi les chirurgiens contemporains par son activité, sa science, son ardent esprit de recherche. Ses *Fragments* ne peuvent qu'ajouter à la juste considération que l'auteur a su conquérir.

Paul Reclus.

VARIÉTÉS

Distribution des prix de l'École des infirmières laïques de la Salpêtrière.

Samedi dernier, 5 août, a eu lieu, dans l'amphithéâtre de la Salpêtrière, la distribution des prix de l'Ecole des infirmières laïques. M. Quentin, directeur de l'Assistance publique, la présidait; il était accompagné de son intelligent et dévoué secrétaire général, M. Brelet. A ses côtés on remarquait un certain nombre de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, entre autres les docteurs Blachez et Duret; des médecins des hospices d'aliénés, MM. Legrand du Saulle, Voisin et Bourneville. Mme Charcot, qui a beaucoup fait pour cette œuvre excellente, assistait à cette fête, toute de famille et charmante de simplicité.

M. Quentin a ouvert la séance par un discours ferme et net où il a défini avec beaucoup de tact le rôle de l'Ecole nouvelle. La société civile se doit à elle-même de secourir ses pauvres, ses infirmes, ses malades et ses vieillards. Elle ne veut plus, comme autrefois, déléguer pour ce soin, des corporations particulières, quels que soient leur zèle et leur compétence Il a rendu aux sœurs de charité l'hommage que méritent une sollicitude et un dévouement désintéressé sans conteste, car elles savent maintenant combien est précaire leur avenir parmi nous. Mais il a aussi relevé avec une grande force les calomnies dirigées contre les surveillantes laïques, et montré que « même..., surtout » pendant les dernières épidémies de variole et de diphthérie, rien n'avait lassé leur courageuse patience. Nous avons été heureux, pour notre part, de ces paroles sages, et qui ne se ressentent nullement des exagérations injustes que se renvoie la polémique courante.

M. Bourneville s'est levé après M. Quentin : il nous a donné des renseignements pleins d'intérêt sur les nouvelles écoles d'infirmières laïques. La Salpêtrière, qui a compté cette année plus de 140 élèves, a maintenant deux sœurs cadettes, la Pitié et Bicêtre. Grâce à ces trois pépinières, on a maintenant un personnel capable de parer à toutes les éventualités. Tenon, Lourcine, Bichat sont ou vont être laïcisés; les surveillantes, les sous-surveillantes, les infirmières sont prêtes.

Si, dans ces questions où la passion joue malheureusement — et fatalement — un si grand rôle, les « voix moyennes » pouvaient être entendues, nous dirions volontiers : Hâtez-vous d'instruire vos infirmières, préparez-vous et préparez-les sans relâche; mais ne laïcisez jamais un hôpital lorsque vous n'êtes pas en mesure de remplacer l'ancien personnel par un nouveau, je ne dis pas aussi bon, mais incontestablement meilleur. Comment' vous avez la chance inespérée de voir vos services assurés par des sœurs qui, sous le régime politique actuel, n'offrent plus, du moins à Paris, aucun des inconvénients graves que nous leur reconnaissions sous l'empire, et vous n'en profiterez pas pour attendre que vos laïques soient prêtes et bien prêtes! Ne donnez donc pas des arguments à vos adversaires, et ne leur laissez pas dire que votre organisation est incomplète!

Or, elle l'est encore. M. Bourneville lui-même nous signalait un écueil dangereux : le manque de stabilité des laïques, leurs mutations nombreuses et fréquentes : les infirmières changent souvent de salles et d'hôpital. Nous n'avons pu noter à la volée les chiffres que nous donnait l'orateur, mais, si nous ne nous trompons, les émigrations d'un service dans un autre seraient la règle plutôt que la très rare exception. Il faudrait, à tout prix, éviter ce malheur. L'expérience ne s'acquiert pas en un jour, et l'on sait tout ce que nous devons de gratitude à certaines sœurs qui, depuis dix ans, quinze ans, vingt ans et plus, n'ont pas quitté leurs salles; les hôpitaux d'enfants nous en fournissent de remarquables exemples. Quelle sécurité, pour le médecin et quel repos d'esprit ! Nous retirerions les mêmes bienfaits de laïques sédentaires; je n'en veux pour preuve que les services rendus par la surveillante du pavillon des ovariotomies à la Salpêtrière.

Parmi les réformes que réclame M. Bourneville, nous signalerons le remplacement intégral des infirmiers par des infirmières, dont l'habileté, l'attention, la douceur, la légèreté manuelle sont d'ordinaire bien supérieures; des hommes de peine seraient chargés des gros travaux, mais les soins au lit du malade seraient exclusivement réservés à des femmes. L'idée nous semble juste. Cependant la règle ne devrait pas être assez inflexible pour repousser certaines exceptions remarquables. Nous ne pensons pas qu'on puisse trouver mieux que l'infirmier actuel de la clinique chirurgicale de Necker et celui de la clinique médicale de la Pitié.

Le recrutement n'est point encore parfait. Il est vrai qu'il deviendra plus facile lorsque les positions seront mieux rétribuées. Il y a cependant un progrès énorme. En 1854, nous dit M. Bourneville, les infirmières ne recevaient que 10 francs par mois, et bien peu espéraient, au bout de très longues années, être promues au rang de sous-surveillante et de surveillante. Maintenant elles reçoivent 25 francs dès l'abord, et l'avancement est rapide. Après une ou deux années de travail et d'assiduité elles peuvent atteindre aux grades supérieurs.

On le voit, l'Assistance publique a pris à cœur l'amélioration des services hospitaliers. Nous avons déjà vu disparaître bien des abus criants, et, avec le zèle qu'on y met, nous espérons assister à une transformation radicale. L'Ecole des infirmières fera beaucoup pour le rapide avènement de cette ère nouvelle. Aussi ne pouvons-nous que remercier, avec son directeur, M. Bourneville, Mlle Nicolle, dont le dévouement est au-dessus de tout éloge, et les professeurs qui, eux non plus, ne marchandent ni leur temps ni leur peine. Parmi eux nous ne pouvons oublier M. Lebas, le sympathique directeur de la Salpêtrière.

P. Reclus.

Nécrologie : Pidoux. — Encore une perte bien sensible pour l'Académie de médecine et pour la science médicale. Le docteur Pidoux a succombé, le 2 août, aux Mureaux, près Meulan (Seine-et-Oise), dans sa soixante-quatorzième année. C'était le plus original des vitalistes de ce temps-ci; personne n'a pris plus à la lettre ce précepte d'Hippocrate, que la philosophie doit entrer dans la médecine comme la médecine dans la philosophie. Il s'était attaché à la doctrine de Leibniz, commentée et approfondie par Bordas-Demoulin, qui l'avait conduit à une doctrine médicale particulière, très proche de l'organicisme, et à laquelle il avait donné le nom d'organo-vitalisme. On trouvera dans le discours prononcé sur sa tombe par M. Dujardin-Beaumetz une juste appréciation des tendances cliniques de notre regretté confrère, si parfaitement en harmonie avec ses théories philosophiques, et dont le *Traité de thérapeutique* est l'expression la plus caractérisée. Si l'on voulait juger de ce point de vue ses tendances physiologiques, il faudrait les chercher surtout dans son livre *Sur la circulation du sang*.

Ses obsèques ont eu lieu samedi dernier à l'église Sainte-Clotilde, où se pressait un grand nombre de collègues, de confrères et d'amis, ainsi que des notabilités de la littérature. Pidoux était un catholique convaincu. La messe mortuaire a été dite par un de ses neveux et l'absoute donnée par son ami l'évêque de Sura.

Monument Schutzenberger, a Strasbourg. — Nous avons fait connaître, dans notre dernier numéro, l'incident qui a précédé l'inauguration du monument élevé par ses élèves et amis au professeur Schutzenberger. La cérémonie a eu lieu, le 6 juillet, dans la cour de l'hôpital civil, où le buste est érigé. Un discours a été prononcé, au nom des anciens collègues du défunt, par le professeur Hergott (de Nancy); un autre, au nom des anciens collègues des hôpitaux, par M. Eug. Bœckel, chirurgien de l'hôpital civil; et un troisième, au nom de l'Association de prévoyance, par M. le docteur C. Lévy, trésorier de l'Association et médecin de l'hôpital civil.

Notre affectionné et distingué collaborateur M. Lereboullet, élève de Schutzenberger, retenu à Paris pour un devoir pénible, s'était excusé par une lettre touchante, que reproduit la *Gazette médicale de Strasbourg*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le service de la bibliothèque est organisé de la manière suivante pendant les vacances : Du lundi 7 au lundi 14 août 1882, la bibliothèque restera fermée ; du 15 août au 15 octobre inclusivement elle sera ouverte trois fois par semaine, les mardis, jeudis et samedis, de midi à quatre heures. Il n'y aura pas de service du soir.

CLINIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE DE L'HÔTEL-DIEU. — M. le docteur Joffroy, professeur agrégé (suppléant M. le professeur G. Sée), a commencé ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu le mercredi 9 août, à dix heures, et les continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Richelot, professeur agrégé (suppléant M. le professeur Richet), a commencé ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu le samedi 5 août, à dix heures, et les continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

CONCOURS DU CLINICAT. — Les cours du clinicat médical et du clinicat chirurgical viennent de se terminer. Sont nommés dans l'ordre suivant : *Clinicat médical :* chefs de clinique titulaires, 1er M. le docteur Brissaud ; 2e M. le docteur Gaucher ; chefs de clinique adjoints, 1er M. le docteur Faisans ; 2e M. le docteur Juhel-Renoy. — *Clinicat chirurgical :* chefs de clinique titulaires, 1er M. le docteur Paul Second ; 2e M. le docteur Bazy ; chefs de clinique adjoints, 1er M. le docteur Petit (Charles) ; 2e M. le docteur Jullien.

BUREAU CENTRAL. — Le concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central s'est terminé mardi soir par la nomination de MM. Tapret et Barth.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices, et la nomination aux places d'élèves internes (année 1882). L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 9 octobre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3. MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de deuxième et de troisième année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices. Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 4 septembre jusqu'au samedi 23 septembre inclusivement.

— Concours pour la nomination aux places d'élèves externes, en médecine et en chirurgie, vacantes au 1er janvier 1883 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le mardi 10 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 4 septembre jusqu'au jeudi 28 du même mois inclusivement.

MAISONS MORTUAIRES. — Le Conseil municipal a approuvé le principe de la création dans Paris de maisons mortuaires, par ce motif spécial que les familles d'ouvriers n'ont souvent pour habitation qu'une seule pièce. L'administration municipale propose de construire trois maisons à l'intérieur ou à proximité des trois grands cimetières du Nord, de l'Est et du Sud. Les corps y seraient transportés, puis dirigés de là soit sur le cimetière voisin, soit vers l'un des cimetières extra-muros.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés officiers d'Académie : MM. Malassez, Boulart, Poirier, Becquerel, le docteur J. Besnier, Grévin.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE DE LYON. CONCOURS. — Cette Société met au concours la question suivante : *Hygiène et prophylaxie des affections de l'intestin chez les enfants du premier âge* (*diarrhée, dysentérie, choléra infantile*). Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de mars 1883, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet. Les mémoires devront être adressés *franco*, avant le 31 janvier 1883, à M. Léon Rieux, secrétaire général, rue Bourbon, 40.

LA PREMIÈRE INSCRIPTION. — Par arrêté en date du 20 juillet 1882 l'arrêté du 10 août 1877, qui permet aux étudiants de prendre, dans certaines conditions, la première inscription au trimestre d'avril, est et demeure rapporté. Conformément aux dispositions du statut du 9 avril 1825 et du règlement du 28 décembre 1880, les étudiants en droit, en médecine et en pharmacie ne peuvent, en aucun cas, commencer leur scolarité après le 15 janvier. Aucune dispense ne sera accordée.

Le ministre peut, pour des motifs graves, après avis des Facultés et Écoles, et sur le rapport des recteurs, accorder l'autorisation de prendre cumulativement les deux premières inscriptions au deuxième trimestre.

MORTALITÉ A PARIS (31e semaine, du vendredi 28 juillet au jeudi 3 août 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 929, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 11. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 38. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 46.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 173. — Autres tuberculoses, 8. — Autres affections générales, 75. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 54. — Bronchite aiguë, 13. — Pneumonie, 35. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 82 ; au sein et mixte, 46 ; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 65 ; de l'appareil circulatoire, 47 ; de l'appareil respiratoire, 54 ; de l'appareil digestif, 51 ; de l'appareil génito-urinaire, 17 ; de la peau et du tissu lamineux, 2 ; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1 ; infectieuse, 0 ; épuisement, 0 ; causes non définies, 0. — Morts violentes, 28. — Causes non classées, 4.

Conclusions de la 31e *semaine.* — Il a été enregistré cette semaine 1183 naissances et 929 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1041, 884, 986, 925. Le chiffre de 929 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir : une atténuation pour la fièvre typhoïde (31 décès au lieu de 34 pendant la 30e semaine), la rougeole (13 au lieu de 19), la scarlatine (3 au lieu de 6), l'érysipèle (7 au lieu de 9), l'infection puerpérale (7 au lieu de 9) ; une aggravation pour la variole (11 décès au lieu de 7), et pour la coqueluche (6 au lieu de 1) ; les décès par diphthérie ont atteint le même chiffre (38) que durant la 30e semaine. En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la variole (28 malades reçus du 24 au 30 juillet, au lieu de 34 entrés pendant les sept jours précédents) et supérieur pour la fièvre typhoïde (124 au lieu de 73) et pour la diphthérie (31 au lieu de 23).

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Leçons cliniques sur la syphilis, étudiée plus particulièrement chez la femme, par M. le professeur Alfred Fournier, 2e édition, revue et augmentée, avec figures dans le texte et 8 planches en chromolithographie. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 21 fr.
— Cartonné. 22 fr.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, suite et complément de tous les dictionnaires, par M. P. Garnier (17e année, 1881). 1 vol. in-18. Paris, Germer Baillière et Ce. 7 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 10 août 1882.

LE MICROBE DE LA TUBERCULOSE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Le microbe de la tuberculose.

L'annonce de la découverte du parasite de la tuberculose a remué le monde médical jusque dans ses couches les plus profondes. Il faut bien reconnaître que l'agitation produite par les magnifiques travaux de Pasteur était un peu superficielle : dans les cercles scientifiques, dans les villes on était tout enthousiasme ; dans les campagnes le praticien hochait froidement la tête et ajoutait : « Et la fièvre typhoïde? et la phthisie? » C'était l'expression d'une sorte de revendication populaire injuste : on en voulait au charbon d'être devenu si clair dans ses causes, si accessible comme prophylaxie, pendant que les deux pestes de la société moderne (de la société française surtout) continuaient leurs ravages et devenaient de jour en jour plus menaçantes. — Or, tout se lie dans la science, et la phthisie fera son profit des travaux dont le charbon a été l'objet. Si nous en croyons Koch, ce serait déjà une œuvre à moitié accomplie, la grande étape serait franchie, et nous entrerions enfin dans une période de prophylaxie rationnelle et de thérapeutique radicale de la plus grande plaie des temps modernes.

Il n'y a pas longtemps encore, l'idée d'un parasite de la tuberculose aurait fait hausser les épaules. Aujourd'hui les esprits y sont préparés et l'accepteront sans répugnance si elle se base sur des faits sérieux. Villemin n'y avait pas fait allusion, à notre connaissance du moins. Buhl avait recommandé dans la deuxième édition de son livre (*Briefe ueber Lungenentzündung*, etc., p. 64), de rechercher la cause prochaine de la phthisie dans des bactéries logées probablement au sein des foyers caséeux. Klebs écrivait en 1875 « que dans la tuberculose vraie, il ne serait pas impossible que l'on découvrît un contage animé ». Et, en effet, le professeur de Prague, loin de se laisser rebuter par les difficultés extraordinaires que présentait cette étude, y revint en 1877 et 1878 ; il inspira les travaux de Reinstadler et de Schüller. Ce dernier nom est surtout connu par des essais de thérapeutique expérimentale très intéressants et consciencieux, que d'autres ont malheureusement démonétisés par leur hâte malencontreuse à les appliquer à l'homme.

Les expériences de Klebs étaient faites dans un excellent esprit. On essayait des cultures sur la gélatine, le blanc d'œuf, le liquide de Bergmann, etc., on répétait jusqu'à la troisième ou quatrième génération, puis on inoculait à des

FEUILLETON

Sur la méthode à suivre dans les recherches bibliographiques.

A M. Ch. R..., *de la* « REVUE SCIENTIFIQUE ».

Mon cher ami,

Permettez-moi de vous appeler ainsi, car bien que vous n'ayez signé que de vos initiales l'article de la *Revue scientifique* (1), qui m'a engagé à écrire celui-ci, je n'ai pas hésité un seul instant pour savoir à qui je devais l'attribuer.

J'ai lu avec infiniment de plaisir et d'intérêt les réflexions que vous a suggérées la conférence faite par M. Billings au congrès de Londres et dont votre *Revue* a donné la traduction. J'ai moi-même, à diverses reprises, parlé des difficultés que rencontrent les étudiants, jeunes ou vieux, qui se livrent aux recherches bibliographiques, et si je reprends la plume à cette occasion, ce n'est pas pour réclamer une priorité qui, si on cherchait tant soit peu, remonterait peut-être bien haut, mais pour me féliciter de vous avoir pour allié dans la défense d'une cause que je considère comme d'une extrême importance.

Si vous voulez bien vous reporter à l'*Union médicale* de 1879 (t. XXVIII, p. 749), vous verrez qu'après avoir retrouvé une observation de Chopart perdue dans la littérature médicale depuis un siècle, j'ai indiqué la marche à suivre pour remonter avec plus ou moins de certitude aux sources cherchées. Je dis « avec plus ou moins de certitude » parce que, comme vous, je pense qu'on ne saurait avoir la prétention de donner une recette infaillible pour éviter tous les écueils semés sur la route du bibliographe. L'année suivante j'ai poursuivi ma campagne en publiant soit dans l'*Union médi-*

(1) De la méthode à suivre dans les recherches bibliographiques, in *Revue scientifique*, numéro du 1[er] juillet, p. 19.

lapins et des chiens. Le corps du délit se trouva être une granulation sphérique, extrêmement mobile, *monas tuberculosum* (Klebs).

Les résultats de ces expériences ne convainquirent personne; il serait trop long d'insister sur leurs défectuosités. Elles n'étaient ni assez nombreuses ni assez variées : les cultures étaient trop rapprochées de la culture mère et par conséquent les liquides inoculés ne différaient guère de ceux qu'employait Villemin et dont la virulence était bien connue.

Toussaint, qui a publié, en 1880-81, un grand nombre de notes dans les Comptes rendus de l'Académie des sciences, cultive dans le bouillon de lapin et observe, au bout de treize à quinze jours, « que la partie inférieure du liquide de culture est composée de très petites granulations isolées, géminées, réunies par groupes de trois à dix en petits amas irréguliers. Ce microbe est entouré par une atmosphère de matière gluante assez consistante; son diamètre est de 0m,0001 à 0m,0002; il est un peu plus petit que celui du choléra des poules. » Cette description ne concorde guère avec celle de Klebs, et par conséquent nous nous trouvions en possession d'un deuxième parasite de la tuberculose.

Ce sont là des travaux sérieux à côté desquels il serait peu digne de mentionner le mémoire d'Eklund ou d'autres observateurs de second ordre, qui cherchaient à l'aveuglette, sans ordre, sans méthode et surtout sans la profonde connaissance des organismes inférieurs indispensable en pareille matière. Notons cependant un mémoire d'Aufrecht (*Pathologische Mittheilungen*, Magdebourg, 1881), où l'on peut lire : « que le centre du tubercule d'inoculation n'est pas constitué par des détritus provenant de la destruction des cellules, mais par des micrococcus très petits, très fins; que ces micrococcus se rangent à deux ou trois en petits chaînons. De plus on rencontre des formes en bâtonnets, courtes, dont la longueur ne dépasse que de moitié la largeur. »

Au contraire, Baumgarten (*Cent. für die med. Wissensch.*, n° 15, 1882) prétend que l'on ne trouve ni coccus, ni diplococcus, « mais bien des bâtonnets semblables au *bacterium termo*, de 3-6 fois aussi longs que larges, arrondis aux extrémités, formant des zooglæas ».

Il n'est pas inutile de faire observer que pour Aufrecht et Baumgarten, la nature parasitaire de la tuberculose résulte d'une simple constatation anatomique. Il y a là une infériorité évidente vis-à-vis de Koch, dont il nous reste maintenant à faire connaître le travail (*Berl. klin. Woch.*, n° 15, 1882).

D'après le savant berlinois, le microbe de la phthisie est une bactérie, tellement petite qu'on ne la trouve qu'avec difficulté. La technique employée mérite d'être rapportée en détail.

Les objets à examiner sont traités par la méthode d'Ehrlich (étalés sur le porte-objet, séchés et chauffés) ou durcis dans l'alcool et soumis à des coupes. On place ensuite dans une solution ainsi composée : 200 centimètres cubes d'eau distillée sont additionnés d'un centimètre cube d'une solution alcoolique concentrée de bleu de méthylène, puis secoués, et l'on ajoute (toujours en secouant) 2 cent. cubes d'une solution de potasse à 10 pour 100. Ce mélange ne doit pas laisser de dépôt, même au bout de plusieurs jours. Les objets à colorer y sont placés de vingt à quarante heures, ou pendant une heure seulement si la solution est préalablement chauffée à 40 degrés. On arrose ensuite pendant une ou deux minutes le porte-objet avec une solution aqueuse concentrée de vésuvine (qui doit être filtrée chaque fois) et on lave à l'eau distillée. Au sortir du bleu de méthylène, la préparation paraissait bleu sombre; la vésuvine fait passer cette couleur et le tout semble brunâtre. Au microscope on reconnaît que tous les éléments organiques, noyaux et détritus cellulaires, sont colorés en brun; au contraire les bacilles de la tuberculose sont bleus. Cette réaction, spéciale à ces microbes et à ceux de la lèpre, est extrêmement sûre et fidèle.

Les coupes seront plongées de même dans le bleu de méthylène pendant quinze à vingt minutes, puis lavées à la vésuvine aussi longtemps que la couleur bleue n'a pas fait place à une teinte brune. On déshydrate avec l'alcool, on éclaircit par l'huile de girofle.

Le microbe ainsi révélé appartient au groupe des bacilles, c'est-à-dire des bâtonnets immobiles. Il est très mince, long comme le quart ou la moitié d'une hématie, et ressemble beaucoup à la bactérie de la lèpre, sauf que cette dernière est plus élancée et que ses extrémités sont moins arrondies.

Partout où le processus tuberculeux est récent ou en rapide évolution, ces bacilles sont en grande quantité, souvent à l'intérieur des cellules, à l'instar de ce qui se passe dans la lèpre.

Lorsque l'acmé de l'éruption tuberculeuse est dépassé, les bacilles deviennent plus rares; ils n'existent plus qu'à la périphérie des lésions et souvent ils sont difficiles à reconnaître, soit qu'ils soient morts ou en train de dépérir. Ils peuvent manquer totalement, mais seulement dans les endroits où le processus tuberculeux est silencieux.

Lorsqu'il existe des cellules géantes, les bacilles siègent de

---

cale, soit dans la *Gazette hebdomadaire*, plusieurs feuilletons *Sur les erreurs en bibliographie médicale* (1) et sur l'auteur de la première résection de l'épaule pour carie (2). Après chacune de ces études, je me suis efforcé de donner quelques conseils sur les procédés et la méthode bibliographique. Vous trouverez, je crois, qu'ils sont conçus dans le même esprit que les vôtres. Les feuilletons déjà publiés font du reste partie d'un plus long travail en voie de préparation qui paraîtra bientôt, si le temps me le permet; aussi n'ai-je pas l'intention d'insister beaucoup aujourd'hui sur la méthode à suivre dans les recherches bibliographiques; je viens seulement vous faire part de quelques remarques que la lecture de votre article m'a inspirées.

La première est relative à la manière dont il faut donner une indication bibliographique pour qu'elle soit bonne. Vous prenez comme exemple celle de l'expérience de Dupuy, que vous citez d'après Longet : *Traité de physiologie*, 3e édition, 2e tirage, page 558, note 4, tome III. J'écrirais cette indication autrement, et voici pourquoi. Supposez que vous vouliez consulter un ouvrage de votre bibliothèque, ayant plusieurs éditions et plusieurs volumes, celui de Longet, si vous voulez; la première chose que vous chercherez c'est l'édition de l'ouvrage, puis le volume de l'édition, puis la page de ce volume, et enfin le passage voulu. Il faut donc que vous conserviez cet ordre dans votre indication, et pour donner celle du passage de Longet, par exemple, je crois qu'elle doit être libellée comme il suit : Longet, *Traité de physiologie*, 3e édition, tome III, page 558, note 4 (1).

(1) *Union médicale*, 1880, t. XXIX, p. 453 et suiv.
(2) *Gazette hebd. de méd. et de chir.*, 1880, p. 145 et suiv.

(1) Je rappelle à ce sujet deux conseils que je donnais à mon ami G. H. « Lorsque vous citerez un texte, ayez la bonté : 1° de ne pas omettre les quelques mots dont la présence pourrait contrarier l'opinion que vous défendez ; 2° d'indiquer exactement la page du volume de l'édition de l'ouvrage auquel vous ferez l'emprunt » (*Gaz. hebd.*, 1880, p. 145). C'est le même ordre que celui que je vous propose, mais suivi en sens inverse pour les besoins de la phrase.

préférence au centre de ces éléments : dans les phthisies lentes, on ne les rencontre que là. Les cellules géantes bactérifères sont en apparence les plus jeunes. Par analogie avec les observations de Weiss, Friedländer et Laulamié (formation de cellules géantes autour de fibres textiles, d'œufs de strongle, etc.), on peut supposer que les bactéries sont absorbées en tant que corps étrangers par les cellules qui se déforment consécutivement.

On peut découvrir les bacilles sans réactif colorant. Il suffit de prendre un tissu qui les recèle en grande abondance, comme par exemple les granulations miliaires provenant de l'inoculation, d'ajouter un peu d'eau distillée ou de sérum et d'examiner dans l'objectif creux. On aperçoit alors des petits bâtonnets très fins qui n'ont que des mouvements moléculaires.

Tout récemment Baumgarten (*Cent. für die med. Wiss.*, 1882, 25) indiquait une méthode pour déceler *dans les crachats* le microbe de la tuberculose. On prépare, d'après la méthode d'Ehrlich, des préparations sèches de crachats tuberculeux que l'on mouille avec une solution faible de potasse (1-2 gouttes de la solution au tiers, pour un verre de montre d'eau distillée). Les bacilles deviennent visibles, mais si l'on veut les rendre très évidents, il faut laisser sécher la préparation, puis ajouter une goutte de la solution ordinaire de violet d'aniline. Au microscope on trouve tous les microbes ordinaires colorés en bleu intense, tandis que les bacilles tuberculeux restent incolores.

On consultera avec fruit, au sujet de cette technique délicate, une lettre de Vignal publiée récemment dans la *Gazette médicale de Paris* (1882, n° 30).

Déjà dans le cours de ses recherches anatomiques Koch a constaté l'existence de *spores* ovales qui, au nombre de 2-4, sont régulièrement placées sur la longueur du bacillus : cette découverte a été confirmée plus tard par le résultat des cultures.

Cette importante constatation anatomique, qui forme la base du travail et des recherches de Koch, a été répétée plusieurs centaines de fois, avec un succès plus ou moins rapide et complet, dans toutes les formes de phthisie, spontanée ou provoquée, de l'homme et des animaux, et même dans un certain nombre de manifestations dites scrofuleuses.

« Mais, ajoute l'auteur, cette coïncidence des bacilles et des affections tuberculeuses n'implique pas forcément une relation de cause à effet. Il était nécessaire de faire des cultures, puis de reproduire la maladie chez les animaux. » C'est là en effet la seule méthode qui puisse entraîner la conviction : tout autre procédé était d'avance frappé de stérilité.

Dans ses cultures, Koch emploie une méthode spéciale, qui lui a été inspirée à la suite des nombreux mécomptes des procédés de Pasteur. Au lieu du milieu de culture liquide, il emploie des milieux solides et transparents, faciles à surveiller à la loupe ou au microscope, où les impuretés sont moins à craindre, attendu qu'elles se multiplient au point même où elles sont tombées et peuvent être facilement reconnues. A priori, ce procédé semble bien devoir rendre de bons services lorsqu'il s'agit de faire la séparation des microbes : mais pour les cultures successives, les inoculations, les modifications de virulence, il paraît à peu près inacceptable. Aussi ne pouvons-nous cacher notre très grand étonnement des résultats obtenus par Koch avec un instrument aussi imparfait.

Méthode de culture. — Du sérum de sang de bœuf ou de mouton, aussi pur que possible, placé dans un verre à réactif bouché à la ouate, est chauffé à 58 degrés pendant une heure, cinq à six jours consécutifs. Par ce procédé on arrive, non toujours, à stériliser complètement le sérum. On chauffe ensuite à 65 degrés pendant plusieurs heures, assez longtemps pour qu'il devienne ferme : c'est alors une masse gélatineuse, jaunâtre, parfaitement transparente malgré un peu d'opalescence. Cette coagulation s'opère plus commodément dans des verres de montre ou des objectifs creux.

Le milieu de culture étant ainsi préparé, on prend un animal tuberculeux récemment sacrifié. On dissèque rapidement la peau, on sectionne les côtes, on met à nu les poumons, le tout avec des instruments soigneusement flambés. On sépare lestement une granulation miliaire et on la transporte au moyen d'un fil de platine flambé sur le sérum solidifié. L'expérience réussit plus difficilement avec le tubercule de l'homme.

Les verres ainsi préparés sont placés dans l'étuve à une température constante de 37 à 38 degrés. Dans la première semaine on n'observe aucun changement : s'il devait s'en produire, ce serait le fait d'une impureté.

Les cultures tuberculeuses n'apparaissent qu'après le dixième jour, sous forme de petits points ou de petites squames sèches... qui sont appliqués légèrement sur le milieu nourricier, qu'ils ne pénètrent et ne liquéfient jamais. Ces écailles forment une masse très ferme que l'on ne peut réduire en morceaux qu'en employant une certaine force. Cette croissance extraordinairement lente, dépendant si complètement d'une température de 37 à 38 degrés, la constitution squameuse et sèche des écailles ; tous ces caractères sont entièrement spéciaux au microbe du tubercule. Au bout de quelques semaines, la croissance des écailles est terminée, probablement parce que les bacilles n'ayant pas de mouvement propre ne peuvent gagner de terrain que par le processus lui-même, dont la lenteur empêche la facile progression.

Il est d'ailleurs facile de faire une seconde culture en transpor-

---

Vous remarquerez que je ne tiens pas compte du tirage. C'est qu'en effet le 2e tirage n'est que la reproduction intégrale d'une édition donnée, et l'indication du tirage n'a aucune importance. S'il faut donner dans une indication bibliographique tous les détails nécessaires, je pense qu'il est inutile d'y faire entrer ceux qui sont superflus, car une indication à cinq termes, comme celle qui nous sert d'exemple, est déjà assez compliquée pour qu'on soit excusable de n'y pas faire entrer un sixième qui n'y a que faire.

Par contre, il est un détail que vous avez omis et auquel j'attache une assez grande importance : c'est la date de la publication du volume cité. Cette date, mise au bout d'une indication, vous renseigne immédiatement sur les relations qui peuvent exister entre deux ou plusieurs documents dont vous n'avez que les titres sous les yeux, et cette notion devient de première nécessité quand il s'agit de faire l'histoire des progrès d'un point donné de la science ; je dirai même que la bibliographie n'est guère utile qu'à cette condition, ce qui augmente encore l'importance de la date dans une citation.

Deux colonnes plus loin vous revenez, il est vrai, sur les caractères que doit posséder une indication pour être exacte et complète, et cette fois je ne puis que vous louer : « Il faut, dites-vous, donner le titre du mémoire, le journal où il a paru, avec son année et sa tomaison, la page où se trouve le mémoire et celle où se trouve la citation. »

La date partage son importance avec la tomaison du volume lorsque, dans une publication périodique, plusieurs volumes paraissent dans la même année. Le *Journal de médecine* de Corvisart, par exemple, que vous avez cité à propos du travail de Dupuy, avait trois volumes par an, et ce travail se trouve dans le tome III de l'année, 37e de la collection, page 340. Ce qui est nécessaire pour un recueil dont trois volumes paraissent par année, l'est encore davantage pour ceux qui ont quatre volumes et plus dans le même laps de temps. D'autres collections sont divisées en séries, les *Archives de médecine*, les *Bulletins de la Société de chirurgie*, etc.

tant sur une autre plaque de sérum une portion des écailles décrites ci-dessus.

Les bacilles du tubercule peuvent être cultivés sur d'autres substances lorsqu'elles possèdent une constitution analogue au sérum solidifié (gélatine d'Agar-Agar, additionnée d'infusion de viande et de peptone).

La lenteur de ce développement n'a pas jusqu'ici d'analogue dans le monde des microorganismes. Peut-être le milieu de culture est-il peu favorable.

Quoi qu'il en soit, si l'on inocule les petites croûtes produites par la culture à des cabiais, on voit la petite plaie se fermer dès le lendemain et rester sans modification pendant une huitaine de jours. Alors apparaît un nodule qui continue à croître ou se transforme en un ulcère sec et aplati. Au bout de quinze jours les ganglions inguinaux et axillaires correspondants sont gros comme des pois. Sacrifiés au bout de quatre ou six semaines, les animaux ont tous les organes (surtout le foie et la rate) farcis des manifestations tuberculeuses les plus caractéristiques.

Les cultures avec la matière tuberculeuse du cabiai se font avec une telle facilité, que Koch se servait toujours de cet intermédiaire au début : il inoculait d'abord au cabiai les crachats ou les granulations miliaires de l'homme, la matière perlée des bêtes à corne, les gros tubercules du singe.

« Mais, dit-il, pour exclure le reproche qu'en passant par l'organisme du cabiai, la nature du virus ou du microbe avait pu se modifier, j'essayai de cultiver directement les produits de la tuberculose spontanée des hommes et des animaux. Cet essai réussit souvent et j'obtins des cultures provenant de poumons humains atteints de tuberculose miliaire, de pneumonie caséeuse, de cavernules, etc..., de ganglions mésentériques caséeux d'adénite scrofuleuse récemment extirpés, de poumons de bêtes à corne atteints de la pommelière. Toutes ces cultures étaient semblables à elles-mêmes d'une part et, d'autre part, aux cultures obtenues chez les cabiais inoculés. »

Au sujet des cultures de Klebs, de Schüller et de Toussaint, qui ont trouvé les liquides de cultures, opaques et bactérifères déjà au bout de deux ou trois jours (1), Koch dit que le bacille du tubercule ne croît dans les liquides qu'avec peine, qu'il ne les trouble jamais et ne peut être reconnu avant trois ou quatre semaines.

Après avoir reproduit par la culture, dans un milieu approprié, le microbe constaté anatomiquement au sein des lésions tuberculeuses, il ne restait plus à Koch qu'à reproduire la maladie sur les animaux. Nous avons déjà indiqué plus haut le résultat de pareille expérience chez les cabiais. On peut dire qu'en thèse générale, les résultats des 13 expériences rapportées par l'auteur sont assez favorables et constants, pour autoriser l'espoir qu'ils seront confirmés. Il serait trop long de les rapporter toutes : nous signalerons les plus intéressantes.

(1) Ce reproche ne nous paraît pas fondé, du moins en ce qui concerne Toussaint.

Expériences. — On introduit une parcelle (provenant d'une pneumonie caséeuse de l'homme) et ayant passé pendant quatre-vingt-neuf jours par des cultures successives, dans la chambre antérieure de trois lapins. Il se développa en quelques jours une iritis intense, la cornée devint opaque : les animaux maigrirent rapidement et leurs poumons furent trouvés farcis de nodules tuberculeux.

Ce résultat était trop grossier, les lésions étaient trop graves pour permettre une conclusion. Chez sept autres lapins, la petite croûte fut écrasée dans du sérum liquide, puis le tout introduit dans une seringue de Pravaz ; l'aiguille introduite dans la chambre antérieure, mais sans bouger le piston, de façon à ne faire parvenir dans l'humeur aqueuse qu'une quantité excessivement minime du liquide. Chez ces animaux l'œil resta transparent, mais au cours de la seconde semaine on vit évoluer une tuberculose typique de l'iris. Au bout de trente jours on constate que les ganglions maxillaires et auriculaires sont tuméfiés, mais que les poumons sont encore sains.

Deux chats adultes (on connaît la résistance de ces animaux vis-à-vis de la tuberculose) reçoivent dans le péritoine une injection contenant le produit d'une culture datant de cent soixante-deux jours et provenant d'un singe. Le premier mourut au dix-neuvième jour. Le péritoine était infiltré d'une masse dure, blanchâtre et épaissi par places jusqu'à 1 centimètre.

Cette masse se composait uniquement de bacilles tuberculeux nichés dans des cellules. Il n'y avait pas encore d'éruption tuberculeuse reconnaissable macroscopiquement, mais le microscope fit découvrir une quantité de granulations dans le poumon, le foie, la rate. Le second chat, tué le quarante-troisième jour, présenta une tuberculose miliaire très manifeste des poumons, de la rate et du grand épiploon.

Une chienne âgée reçut dans le péritoine 2 centimètres cubes de sérum contenant une parcelle de culture (datant de quatre-vingt-quatorze jours et provenant d'une tuberculose miliaire de l'homme). Dans les quinze premiers jours après cette opération on ne remarqua rien de particulier chez cet animal. La troisième semaine il perdit de son appétit, de sa vivacité, et l'on put constater que le ventre était gonflé. Au bout de la cinquième semaine, on constata un épanchement péritonéal séreux. L'épiploon, le mésentère, les ligaments larges étaient parsemés de nodules tuberculeux, ainsi que la surface de l'intestin et de la vessie.

Beaucoup d'auteurs mentionnent la série dans le libellé de leur indication; mais avec la date et la tomaison qui suffisent pour s'y reconnaître à coup sûr, la série est superflue, partant inutile.

Il ne faudrait pourtant pas trop se fier à l'exactitude des indications fournies par les dates. Vous savez, en effet, mon cher ami, que la plupart des ouvrages, des gros volumes bien entendu, sont post-datés, c'est-à-dire qu'ils portent un millésime postérieur à l'année de leur publication. Tel ouvrage paru en 1860, par exemple, porte, sur son titre, la date de 1861.

Ceci n'a pas grand inconvénient quand le volume paraît dans le dernier mois ou, à la rigueur, dans les deux derniers mois de l'année. Mais l'inconvénient est réel quand l'écart est de plusieurs mois, et comme cet écart tend à s'agrandir de plus en plus, il est bon de le signaler. Que dire, par exemple, d'un ouvrage qui, paru en mai, porte déjà la date de l'année suivante? Je m'évertue à chercher la raison qui a conduit l'auteur ou l'éditeur à procéder ainsi et je ne puis trouver de motif plausible. J'y vois, au contraire, un gros inconvénient. Soit un ouvrage didactique publié maintenant, en août 1882, et portant déjà la date de 1883. Qu'il paraisse dans quinze jours un article important, contenant une idée nouvelle et bonne sur le sujet traité ; ni l'idée ni l'article ne seront mentionnés dans le livre didactique, qu'on pourra accuser, dans quelques années d'ici, alors que l'époque exacte de la publication des deux travaux se sera effacée de la mémoire des contemporains, d'un déni de justice à l'égard de l'auteur de l'article important.

Supposons d'autre part que vers la fin de l'année il paraisse, sur le même sujet, une *Revue générale* ayant puisé à larges mains dans l'ouvrage didactique, sans mentionner celui-ci, pour une raison quelconque. L'auteur de l'ouvrage sera-t-il bien fondé à réclamer? C'est selon. « Comment voulez-vous, pourra-t-on lui répondre, que j'aie pu parler dans ma *Revue* publiée en 1882, de votre livre daté de 1883? » Cette ré-

La rate hypertrophiée, le foie et les poumons contenaient une masse de tubercules.

Les détails qui précèdent suffiront pour démontrer que la critique est en face d'une œuvre sérieuse et qui fait le plus grand honneur à son auteur et au laboratoire de l'Office sanitaire allemand d'où elle sort. La méthode est bonne et conforme aux exigences de la science moderne : les expériences, trop peu nombreuses, sont heureusement choisies. De plus, le nom de Koch est avantageusement connu dans le monde scientifique par des observations délicates sur le charbon, la septicémie et la pyémie. C'est lui qui a découvert le corpuscule germe de la bactéridie, et qui a contribué ainsi à éclaircir un grand nombre de points obscurs de cette étiologie. A tous les points de vue ce travail mérite que l'on s'y arrête.

Il est possible que les faits soient un peu ornés, les résultats un peu forcés, que la puissance démonstrative de l'ensemble ait été renforcée par un heureux groupement des arguments : série de procédés qui sont, comme on sait, le *péché mignon* des expérimentateurs. Le contrôle sera par bonheur beaucoup plus facile que d'ordinaire. Les couleurs d'aniline sont entre les mains de tous les histologistes qui nous diront bientôt si la constatation anatomique, qui est la base du travail, est réelle, et si ces petits corps qui sont aux extrêmes limites du grossissement, qui ne peuvent être reconnus que par un artifice de coloration, appartiennent bien au monde des infiniment petits.

Quant aux cultures, il nous semble que dans tout laboratoire elles pourraient être reproduites. La méthode de Koch, moins scientifique que celle de Pasteur, est plus pratique, plus abordable, parce qu'elle est plus grossière. Il semblait douteux qu'elle produisît des résultats utiles; mais puisque l'on affirme le contraire, nous devons nous féliciter de pouvoir facilement contrôler ces expériences.

On peut dès à présent se faire une idée de la grandeur de la révolution qui s'opérera dans la doctrine, dans le traitement et la prophylaxie de la phthisie, si les faits révélés par Koch venaient à se confirmer. Pour être juste, nous dirons que cette révolution aurait dû suivre immédiatement l'œuvre si remarquable que publiait Villemin, en 1868, sous le titre d'*Études sur la tuberculose*. Mais nul n'est prophète en son pays.

Les questions de doctrine pure nous paraissent devoir être élucidées facilement. Voici, par exemple, cette question si ardue de la contagiosité de la phthisie, arme préférée de ceux des académiciens qui ne voulaient pas entendre parler du virus tuberculeux. Que n'a-t-on pas dit à ce sujet ! « Si le tubercule était inoculable, il serait contagieux, et il ne l'est pas. — Si le lapin devient phthisique, c'est affaire à lui... il est *follement* tuberculeux, etc., etc. » Or, cette question, vraiment obscure, et même insoluble en apparence, s'explique immédiatement à la suite des recherches de Koch, par un petit, tout petit fait expérimental.

Voici comment. Le microbe de la tuberculose évolue lentement, avons-nous dit, et de plus il ne prospère qu'à une température variant entre 37 et 38 degrés.

D'où il résulte d'abord, que ce microbe est fatalement un parasite de l'organisme animal, attendu que nulle part dans la nature il ne trouverait les conditions de température constante nécessaires à son développement. Il en résulte ensuite que sa transmission est difficile, qu'il ne suffit pas de le déposer à la surface des tissus (comme Lespau fit autrefois à l'hôpital militaire du Gros-Caillou), ou à la surface même du poumon sain, comme il doit arriver journellement, attendu que le moindre frottement, le moindre jeu des cils vibratiles ou des muscles bronchiques suffiraient à le rendre au monde extérieur. Il faut qu'il soit niché dans les tissus, abrité contre les influences extérieures, pendant une ou deux semaines, sans quoi il ne pourra vivre. On voit immédiatement combien la contagion doit être difficile dans de pareilles circonstances et l'on comprend aussi pourquoi les bronchites sont des prédispositions si évidentes vis-à-vis de la tuberculose.

Donc la phthisie, tout en étant très inoculable, reste difficilement contagieuse, et Villemin avait raison. Tant il est vrai que la clinique et l'expérience ne sont jamais en contradiction qu'en apparence! Il s'en faut bien que tout soit expliqué : il faudra bien des recherches encore pour nous donner la clef des particularités si curieuses de la tuberculose. Mais il n'en est pas moins vrai que les seuls progrès accomplis réellement datent des découvertes de la pathologie expérimentale.

La particularité du microbe du tubercule de ne prospérer qu'entre 37 et 38 degrés rappelle invinciblement à l'esprit les merveilleux résultats des bains froids dans la fièvre typhoïde.

Ne serait-il pas utile de traiter la tuberculose, du moins dans ses formes nettement pulmonaires, par des courants d'air froid prolongés, comme faisait un médecin américain dans la pneumonie? Il y a là une idée qu'il ne faudrait pas repousser à priori. Il y a deux ans, M. le docteur Choné, médecin-major, remettait entre mes mains un instrument

---

pouse ne vaut peut-être pas grand'chose sans doute, mais enfin c'est le gros livre qui a commencé.

Pour éviter toute querelle sur ce point, et vous savez si la revendication de la priorité est un terrain fertile en querelles dans notre littérature, je pense qu'il suffirait d'introduire une toute petite réforme dans l'impression des ouvrages.

L'impression d'un travail de 500 pages, corrections comprises, demande en moyenne six mois et souvent plus. Or, entre le tirage de la première feuille et celui de la dernière, on peut mettre au jour bien d'autres travaux sur le même sujet. Cependant l'ouvrage entier porte la date de la préface, ou du titre, et il n'est pas impossible qu'une idée exprimée dans la première feuille soit rééditée par un autre auteur avant le tirage de la dernière; celui-ci peut dès lors réclamer pour lui une priorité à laquelle, en réalité, il n'a nullement droit, mais que les dates lui accordent néanmoins. Que faire pour éviter toute contestation en pareil cas? Voici ce que je propose.

Vous savez, mon cher ami, qu'en bas de chaque feuille on indique le nom de l'auteur et le numéro de la feuille. Ne serait-il pas juste d'ajouter à ces indications la date du bon à tirer? Je le crois, et si l'on trouve bon de donner les deux premières pour renseigner le brocheur sur l'ouvrage auquel la feuille appartient, peut-être ne trouvera-t-on pas mauvais d'en donner une troisième pour renseigner aussi le lecteur sur la date exacte de la rédaction définitive du chapitre qu'il lit.

Dans un autre passage de votre article, vous conseillez aux lecteurs qui trouvent une bonne bibliographie sur un sujet quelconque, de l'indiquer et d'y renvoyer. Le conseil est excellent, car si l'on en tenait compte il aurait pour avantage, entre autres, d'éviter à l'auteur de recopier une liste souvent longue d'indications bibliographiques, et de s'exposer par là aux *lapsis calami* et *typographiæ* qui ne sauraient manquer d'y naître. Mauvaise herbe croît partout.

Malheureusement, mon cher ami, si bon que soit votre

très simple inventé par lui, en me priant d'essayer les inhalations d'air froid dans les maladies de poitrine et spécialement dans l'asthme et dans la pneumonie. Je n'ai guère eu jusqu'ici l'occasion d'essayer cette thérapeutique originale, mais je me propose de l'employer dans la phthisie avec toute la prudence nécessaire.

Mais la révolution la plus importante se produira dans le domaine de la prophylaxie de la tuberculose. Cette prophylaxie n'existe pas, malgré les avertissements réitérés de Villemin et de ses élèves. Cette idée de l'inoculabilité et de la contagiosité de la phthisie, qui aurait dû être le point de départ d'une série de mesures nettes, précises, d'une utilité démontrée suffisamment par les expérience de laboratoire, n'a même pas été acceptée comme orientation. La science assiste impassible aux ravages d'une maladie qui marche, marche sans relâche (les statistiques en font foi), et accumule chaque année plus de cadavres.

Le travail de Koch aura au moins, espérons-le, pour résultat de nous rappeler que, quinze ans après les travaux de Villemin, il n'existe en France aucune prophylaxie rationnelle, officielle ou privée de la phthisie pulmonaire.

C. Zuber.

Contributions pharmaceutiques.

Glycéré d'argile ou épithème argileux.

Ainsi qu'on a pu le voir d'après mes précédents articles, la glycérine, défectueuse comme excipient, est parfaite comme topique. Le glycéré d'amidon, qui est de la glycérine solidifiée, jouit d'ailleurs d'une réputation bien méritée. C'est une préparation véritablement typique. En mai 1874, j'avais cru lui donner un adjuvant utile, en présentant à la Société de thérapeutique le glycéré d'argile que j'avais appelé *épithème argileux*, nom qui rappelait sa composition et sa destination. Je demande à nos lecteurs la permission de leur soumettre de nouveau cette composition, persuadé qu'ils n'auront pas à se repentir de son emploi dans la petite chirurgie :

Terre glaise fine et humide des statuaires.	100 grammes.
Glycérine pure	50 —

Triturez dans un mortier jusqu'à parfait mélange, et conservez à la cave dans un vase bien bouché. Si la terre glaise contenait des corps durs sous le doigt, on les ferait disparaître en broyant le mélange sur le porphyre, au moyen d'une molette ou d'un rouleau de marbre.

A défaut d'argile naturelle on peut à la rigueur employer l'argile desséchée ; il faut alors tenir compte de l'eau qu'elle a perdue et formuler ainsi :

Argile sèche en poudre impalpable . . .	75 grammes.
Eau distillée.	25 —
Glycérine pure	50 —

Triturez jusqu'à ce que le mélange soit bien homogène. Voici quels sont les avantages de cette préparation. D'abord, l'épithème a une si grande homogénéité qu'il devient un moyen d'occlusion ; il adhère à la peau et aux linges, empêche le glissement et maintient le pansement en place. En second lieu, il ne se corrompt jamais, s'enlève facilement à l'eau, ce qui lui donne un avantage incontestable sur les corps gras. Mais, ce qui le rend encore plus précieux, c'est qu'il n'a même pas besoin d'être enlevé complètement. Comme il n'irrite jamais la peau, et que la partie qui recouvre la suppuration s'enlève d'elle-même avec le linge, il en résulte qu'on peut laisser en place la portion adhérente qui cerne la plaie, et qui devient une protection excellente pour les parties voisines. Grâce à son état compact, il isole de l'air, autant qu'on peut l'espérer, une plaie qui doit suppurer.

Il a, en outre, la propriété de diminuer considérablement la suppuration et d'avancer la cicatrisation : ce sont deux faits sur lesquels j'insiste tout particulièrement.

En résumé : commodité, stabilité, propreté et incorruptibilité, privation de douleur, diminution de la suppuration, rapidité de la guérison. Tels sont les avantages de ce moyen.

Il n'est pas sans importance d'ajouter qu'il est très facile de se procurer partout les substances qui le composent, que sa préparation est aussi simple que rapide, et qu'enfin son prix de revient est très peu élevé.

Mode d'application. — Pour employer cet épithème, il suffit de l'étaler sur un linge en couche un peu épaisse. On arrive à ce résultat très facilement avec les doigts mouillés. Il ne faudrait pas se servir de spatules ou des doigts secs ; l'épithème y adhérerait si fortement qu'on ne pourrait faire un écusson convenable ; tandis que sous la main mouillée il devient onctueux et glissant au toucher, et l'emplâtre se fait en une minute.

Pour éviter que l'épithème ne se dessèche sur place, il con-

---

conseil il n'a guère de chance d'être suivi. Le moyen d'empêcher l'auteur d'un livre, gros ou petit, de prendre une bibliographie toute faite, d'en changer l'ordonnance et d'en refaire une autre à son usage avec les fragments? Elle n'a plus la même tournure, donc ce n'est pas la même, et les deux, quoique l'une soit la mère et l'autre la fille, n'ont évidemment rien de commun entre elles. Car, vous dit-on, la bibliographie n'appartient à personne, et sous ce mauvais prétexte on reproduit comme siens, selon ses besoins et sans croire mal faire, des index bibliographiques qui ont coûté souvent bien des peines et du temps à celui qui les a rédigés. Celui-ci, il est vrai, est parfois récompensé par la mention pure et simple de son travail, au même titre que le premier venu, dans le nouvel index. De quoi se plaint-il? Ne lui a-t-on pas laissé sa chemise après lui avoir enlevé ses vêtements? L'ingrat!

Notre regretté maître Broca s'est, un des premiers, élevé vigoureusement contre cette érudition factice. D'autres ont fait comme lui ; qu'en est-il résulté?

Plus tard M. Jaccoud, dont les articles de bibliographie, toujours très étendus, ont été souvent soumis à cette contribution forcée, s'est vu dans la nécessité de protester aussi contre cette coutume, qui, en somme, n'est pas très loyale. En tête de la bibliographie de l'article *Diabète* du *Dictionnaire* dont il est le directeur, il a mis ces lignes : « La bibliographie générale du diabète a été quelque peu négligée jusqu'ici ; j'ai apporté un soin particulier à la formation de celle qui suit, et je la présente suivant une méthode *nouvelle*, qui me paraît propre à en accroître notablement l'utilité pratique. J'espère que si l'on fait à cette bibliographie l'honneur de quelque emprunt, on voudra bien en même temps en indiquer l'origine. » Cette protestation contre la mode était aussi une invitation à ne pas la continuer. Protestation et invitation n'ont eu guère plus d'effet que l'indignation de Broca. Plus d'un s'est encore taillé une petite bibliographie dans celle de M. Jaccoud et l'a faite sienne sans en dire la source. On lui a même emprunté jusqu'à sa méthode.

vient de recouvrir le linge de taffetas gommé ou mieux d'une feuille mince de gutta-percha.

Je donne la préférence à la gutta-percha (baudruche Hamilton), parce qu'elle est légère et imputrescible, et qu'elle adhère à la peau. Sous cette enveloppe, l'épithème ne se dessèche jamais et devient même plus mou sous l'action de la sueur qui ne trouve pas à s'échapper.

La résistance que ce mélange offre à la dessiccation m'a suggéré l'idée de faire incorporer de la glycérine à la terre à modeler dont se servent les statuaires. L'expérience a parfaitement réussi : mais le prix élevé de la glycérine est un obstacle à la généralisation de ce procédé.

P. Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Anatomie pathologique.

Syphilis cérébrale, extrait de leçons faites en 1880, à l'hôpital de la Pitié, par le docteur E. Lancereaux, et publiées par M. L. Gautier, interne des hôpitaux.

(Suite. — Voyez les numéros 25 et 29.)

Obs. V. *Gomme syphilitique de la dure-mère au niveau de la fosse ethmoïdale (pachyméningite gommeuse); compression des bulbes olfactifs et des extrémités antérieures des lobes frontaux; périostite de la voûte orbitaire intéressant la branche ophthalmique de Willis; hépatite syphilitique et productions gommeuses symétriques des tendons des muscles sterno-cléido-mastoïdiens.* — Sp..., couturière, âgée de trente ans, admise le 27 mai 1878 dans notre service (salle Sainte-Adélaïde, hôpital Saint-Antoine), se plaint d'une céphalée vive de la région frontale. A l'en croire, cette céphalée existerait depuis deux ans, et serait survenue à la suite d'un coup reçu à la partie antérieure du crâne. Dans le principe, ce mal, ressenti surtout à la région frontale, était plus intense la nuit, et revenait par accès d'une durée de huit à quinze jours; mais, depuis six mois, il est devenu continu, et la douleur s'est étendue aux régions pariétales et même à l'occiput.

La malade souffre d'une façon excessive; elle jette des cris même dans le jour, et présente une altération manifeste des traits. Une légère saillie de l'os frontal se voit au-dessus des orbites; les deux paupières supérieures et même l'inférieure du côté gauche sont œdématiées. Légère dilatation des veines de la région malaire et faiblesse de la vue à gauche avec strabisme convergent. Cette femme, comprenant à peine quelques mots de français, ne peut répondre à toutes les questions qui lui sont posées; cependant il est facile de reconnaître qu'elle jouit en partie de ses facultés intellectuelles. Presque constamment assise sur son lit, elle porte la main à la tête, jette des cris et demande du secours; malgré un certain degré d'affaissement, elle peut rester debout, elle est même venue à pied à l'hôpital.

La sensibilité est partout conservée, la motilité est intacte. Les viscères paraissent sains. La surface cutanée est normale, excepté au niveau du point d'insertion du tendon du sterno-cléido-mastoïdien gauche, où existe une tumeur saillante du volume d'un œuf de pigeon.

Le 28 au matin, je vis cette malade un peu rapidement; néanmoins, tenant compte de l'intensité et de la persistance de la céphalée, de la tumeur située à l'origine du cou, je soupçonnai l'existence d'une syphilis. Je prescrivis : injection immédiate de morphine, frictions mercurielles, et iodure de potassium, 3 grammes.

L'injection de morphine, faite au moment d'une crise, parut peu soulager la malade; vers quatre heures de l'après-midi, survint une nouvelle crise, puis une autre vers huit heures du soir; à dix heures, l'infirmière, s'approchant de la malade, la trouva morte.

Autopsie. — A l'ouverture du crâne, on constate que l'os frontal

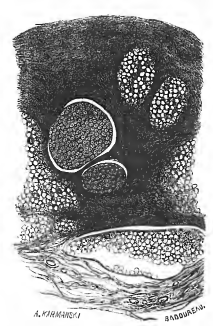


Fig. 2. — Coupe microscopique perpendiculaire du périoste frontal. Deux branches nerveuses sont entourées et comprimées par le tissu gommeux de nouvelle formation.

gauche, au niveau et un peu au-dessous de la bosse frontale, offre une épaisseur de 1 centimètre et demi, qu'il est le siège d'une hyperostose portant également sur les deux tables, et qu'en ce point le diploé a disparu. Cette altération dépasse la ligne médiane

---

Aussi bien, quel compilateur n'a pas été plus ou moins victime de ceux qui ont traité après lui le même sujet? Depuis que j'ai l'honneur d'être à la bibliothèque de la Faculté de médecine, j'ai publié, profitant des richesses qui sont à ma disposition, quelques études historiques et bibliographiques sur des sujets d'actualité : pansement de Lister, médication salicylée, gastrotomie, morphiomanie, métallothérapie, etc. Je suis sûr que mes études ont été mises maintes fois à contribution par des auteurs trop occupés pour pouvoir faire des recherches aussi étendues que l'indiquerait leur index; j'en suis d'autant plus sûr que j'y ai retrouvé diverses fautes de typographie qui s'étaient glissées dans mes épreuves et que le correcteur y avait laissées. Je ne vous étonnerai pas, mon cher ami, en vous disant que bon nombre de mes emprunteurs n'ont pas même reconnu leur dette en citant mes travaux. L'un d'eux a fait encore mieux; après avoir rapporté des observations étrangères et m'en avoir emprunté en partie la traduction, il a déclaré n'avoir eu connaissance de mon travail qu'après avoir terminé le sien, et m'a reproché en outre d'avoir oublié de mentionner une observation. Or, celle-ci est postérieure d'un an à mon mémoire. Il est probable que si mon emprunteur avait fait lui-même les recherches nécessitées par le sien, il se serait aperçu de cette différence de dates, si peu de soin qu'il eût apporté à ses recherches.

Mais je n'insiste pas sur ces petites misères de la nature humaine.

Il est une chose qui vous a frappé à juste titre dans la constitution d'un bon index bibliographique : c'est l'élimination des documents inutiles. Je connais d'immenses index (je devrais dire *indices*, mais on pourrait confondre; je laisse donc index), composés d'indications parfaitement exactes et qui m'ont fait perdre plus de temps peut-être que s'ils n'eussent pas existé. Prenons, si vous voulez bien, un exemple schématique, pour parler votre langage de savant. Je fais des recherches sur le diabète palustre (je dis diabète, bien entendu, comme je dirais fièvre typhoïde ou

dans une étendue de 2 centimètres; le périoste crânien qui lui correspond est épaissi et très adhérent à la surface externe de l'os; inégale et rugueuse, la dure-mère qui tapisse sa surface interne est altérée, ainsi que nous le dirons plus loin. Le périoste de la voûte orbitaire gauche est épaissi dans une grande étendue, et le rameau frontal de la branche ophthalmique de Willis, simplement injecté dans sa première portion, est plus loin induré et adhérent au périoste orbitaire altéré; plus loin, les rameaux ascendants de cette même branche sont en partie confondus avec le périoste qui recouvre l'os frontal; ces branches nerveuses étaient les principaux sièges des crises douloureuses éprouvées par la malade. Le périoste de la voûte orbitaire offre, du reste, un épaississement de près de 1 centimètre, de telle sorte qu'il est le siège d'une véritable gomme (fig. 2). A droite, le périoste est normal; les nerfs optiques et les globes oculaires ne sont pas altérés malheureusement les rétines n'ont pu être examinées. Par contre, les bulbes olfactifs sont enflammés, ramollis et presque détruits. Cette profonde altération est le résultat d'une lésion concomitante de la dure-mère. Cette membrane offre, en effet, au niveau des fosses ethmoïdales et dans leur voisinage un épaississement de 2 à 3 centimètres; cet épaississement a une étendue transversale de 5 centimètres sur une étendue verticale de 4 centimètres. La dure-mère ainsi altérée adhère par sa face externe à la lame criblée de l'ethmoïde et au frontal, mais il est facile de l'en décoller; par sa face interne, elle fait corps avec le feuillet viscéral de

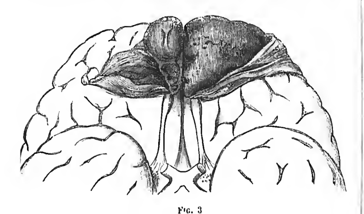


Fig. 3

l'arachnoïde, la pie-mère et la substance nerveuse de l'extrémité antérieure des deux hémisphères, et surtout avec celle de l'hémisphère gauche (fig. 3). La fusion de ces membranes et leur adhérence avec les circonvolutions sont le produit d'une substance d'un gris jaunâtre, ferme, sèche, friable, qui de la dure-mère, notablement épaissie, s'étale jusqu'au cerveau (fig. 4). Cette substance, qui donne à la dure-mère une épaisseur de 2 à 3 centimètres, et qui infiltre en même temps la partie correspondante des méninges molles, est constituée par de petites cellules arrondies et semblables aux éléments des bourgeons charnus, avec cette différence que ces éléments sont sur plusieurs points en voie d'altération granulo-graisseuse, de sorte que leur nature gommeuse ne peut être mise en doute. Les circonvolutions correspondantes sont ramollies et infiltrées de noyaux et de cellules embryonnaires de tissu conjonctif. Partout ailleurs les méninges et les centres nerveux sont normaux; toutefois, il existe sur le plancher du quatrième ventricule, vers la partie moyenne et à gauche de la ligne médiane, une éminence du volume et de la

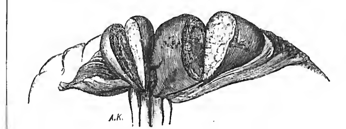


Fig. 4. — Dépôt gommeux de la dure-mère déjà représenté figure 3; il est incisé afin de montrer son épaisseur.

forme d'un grain de chènevis, demi-transparente, et assez semblable à une petite boule qui se serait développée dans le tissu sous-arachnoïdal. Les artères cérébrales sont intactes; les ventricules latéraux contiennent un peu plus de liquide qu'à l'état normal.

Aucune lésion importante ne se rencontre dans les autres organes, à l'exception du foie. Ce viscère est le siège d'une altération qui met hors de doute l'existence d'une syphilis antérieure. Intimement uni au diaphragme par des brides fibreuses assez lâches, et en même temps anciennes et résistantes, cet organe est en quelque sorte divisé en deux parties par un profond sillon qui a la direction du ligament suspenseur, et au niveau duquel la substance hépatique a complètement disparu. Ce sillon se termine en bas par une perte de substance étendue et comblée par du tissu fibreux. De ce point partent des traînées fibreuses qui, à leur tour, dépriment le lobe droit légèrement allongé, et le divisent en trois parties. Le lobe carré, petit et aminci, revenu sur lui-même, ne tient plus au reste du foie que par une bande de tissu fibreux; le lobe de Spigel n'existe plus; il est remplacé par une languette de tissu fibreux; le lobe gauche est un peu augmenté de volume et semé de cicatrices fibreuses à sa face convexe. A la coupe, des traînées fibreuses correspondent aux sillons de la surface, nulle part il n'existe de tumeurs gommeuses. La vésicule renferme une bile verdâtre assez épaisse. La rate, notablement augmentée de volume, pèse 335 grammes, et présente à la coupe quelques points blancs disséminés mais non saillants, les ganglions prévertébraux d'une consistance un peu molle sont pour la plupart tuméfiés et grisâtres.

La peau qui recouvre le tendon du muscle sterno-mastoïdien gauche est le siège d'une cicatrice. Une incision pratiquée en ce point permet de constater que ce tendon tuméfié et saillant adhère à la peau. Une section longitudinale met à découvert dans son épaisseur une tumeur jaune, allongée et ramollie, ayant tous les

---

autre chose), et je consulte une excellente thèse sur le diabète, thèse fort travaillée, thèse remplie d'indications exactes, mais quelles indications! D'abord tout ce qui a été écrit sur le diabète y est mentionné, et vous savez, vous qui avez l'habitude des journaux étrangers, anglais surtout, combien on trouve de petites notes insignifiantes, de demandes et réponses, à la fin de chaque numéro; eh bien, toutes ces petites notes, dont une à peine sur 100 mérite d'être lue, font partie de l'index. Pourquoi? parce qu'on s'est contenté de relever, sans même les regarder, tous les travaux indiqués à la table des matières de chaque volume des publications périodiques.

Ensuite, les bons travaux sur le diabète ont été analysés dans maint et maint recueil; l'auteur, voulant avoir une bibliographie complète, a mentionné toutes ces analyses, en français, en anglais, en allemand, en italien, avec l'indication toujours aussi exacte, mais sans nous prévenir qu'il s'agit de l'analyse d'un travail original dont il nous a donné le titre quelques lignes plus haut. Les habitués de la bibliographie savent souvent démêler cette ruse, et sautent ces indications, que je qualifierais volontiers de fallacieuses; mais le commun des mortels ne peut que s'y laisser prendre. Les habiles eux-mêmes n'évitent pas toujours le danger pour peu que le nom de l'auteur soit estropié, ce qui est fréquent, ou que la date du travail soit erronée par la faute du compositeur ou du copiste, ce qui est loin d'être rare.

L'élimination en pareil cas doit donc porter sur deux ordres de travaux: les notes sans valeur, et les analyses des travaux importants. Mais comme la longueur de l'index en aurait été diminuée, et comme l'amour-propre de l'auteur en aurait souffert!

L. H. Petit.

(A suivre.)

caractères anatomiques et histologiques d'une gomme. Cette tumeur se prolonge jusque dans le tissu musculaire qu'elle comprime et atrophie. Une production semblable, non encore ramollie (fig. 5), existe dans le tendon du sterno-cléido-mastoïdien du côté droit; comme la précédente elle se détache facilement du tissu qui la renferme et pourrait être énucléée.

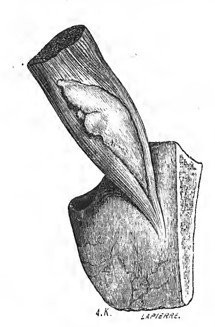


Fig. 5. — L'extrémité supérieure du sternum à laquelle s'insère le tendon du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Ce tendon renferme dans son épaisseur une tumeur gommeuse allongée, facilement énucléable.

De ces deux observations je rapprocherai un fait que j'ai observé tout récemment, afin de montrer que la méningite syphilitique est une affection qui a des caractères véritablement spéciaux, et qu'elle mérite d'entrer dans le cadre nosologique.

Obs. VI. *Ostéo-périostite du rebord orbitaire de l'os frontal droit; laryngo-bronchite et hépatite syphilitiques; méningite gommeuse et ramollissement des lobes frontaux à la suite de l'oblitération des artères cérébrales antérieures.* — G..., déménageur, âgé de quarante et un ans, est un homme robuste qui, en 1866, fut atteint d'un chancre, bientôt suivi d'une éruption généralisée, pour laquelle il suivit un traitement de plus d'un mois à l'hôpital du Midi. Depuis environ deux ans il éprouve une céphalée frontale, avec exacerbations nocturnes, il s'est aperçu, il y a quelques mois, de l'existence, au-dessus du sourcil droit, d'une tuméfaction légèrement douloureuse. Il se plaint de tousser depuis quatre mois, et ces derniers jours il a expectoré du sang; mais, en outre, il se sent de plus en plus oppressé, et lorsqu'il marche un peu vite sa respiration devient sifflante. Enfin, depuis une quinzaine de jours, ce malade a maigri d'une façon sensible, et il s'aperçoit que son ventre acquiert un volume de plus en plus considérable.

Tel était l'état de cet homme au moment de son entrée dans notre salle, le 20 juillet 1881.

A cette époque l'abdomen était volumineux, tendu, les veines sous-cutanées de la région sus-ombilicale manifestement dilatées, et une faible quantité de liquide se trouvait épanchée dans les parties déclives de la cavité péritonéale. Le malade expectorait des crachats nummulaires parfois teintés de sang. Sa voix était rauque, altérée, et sous la clavicule droite l'élasticité était manifestement diminuée. Rapprochant ces désordres de ceux du foie, nous crûmes tout d'abord à l'existence d'une tuberculose associée à une cirrhose alcoolique, car notre malade était un buveur, il avait maigri beaucoup, et les signes qui révélaient l'existence d'une affection hépatique indiquaient une origine alcoolique plutôt que syphilitique. Cependant, tenant compte de l'existence d'une exostose frontale, je prescrivis d'abord 1gr,50 et plus tard 3gr,50 d'iodure de potassium. L'exostose frontale ne tarda pas à diminuer et à disparaître, mais en même temps l'état du larynx s'améliora, le timbre de la voix devint presque normal; la dilatation des veines sous-cutanées de l'abdomen s'effaça peu à peu, l'ascite et le météorisme disparurent totalement, de sorte qu'il devint évident que l'affection hépatique avait, comme les lésions osseuses et laryngées, une origine syphilitique. Au traitement ioduré furent ajoutées des frictions mercurielles, et l'amélioration continua au point que, dans les premiers jours d'octobre, ce malade nous parut totalement guéri. Cependant les crachements de sang se produisaient de temps à autre, et le sommet droit restait suspect. Les choses en étaient là lorsque, dans les premiers jours de novembre, ce malade est pris de délire, la nuit, il se lève et se promène dans la salle, le matin, il paraît à peine nous comprendre, il est dans un état de véritable abrutissement; ses pupilles sont contractées et égales. Les jours suivants il paraît souffrir de la tête, continue à délirer, à quitter

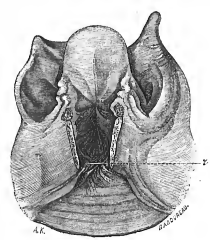


Fig. 6.

son lit, ne peut retenir les matières fécales, ni les urines, n'a aucune conscience de ses actes, ne pense pas à se nourrir, si ce n'est lorsqu'on lui place l'aliment dans la main, et mange alors comme par action réflexe. Un traitement spécifique énergique et varié reste cette fois sans résultat. Des eschares se produisent sur différents points du corps soumis à une compression; le cathétérisme devient nécessaire; les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Survient enfin un coma de plus en plus profond, et la mort a lieu le 27 novembre.

Autopsie. — La voûte du crâne est sclérosée, deux fois plus épaisse qu'à l'état normal; la dure-mère, difficile à détacher de l'os frontal, adhère intimement au niveau des extrémités antérieures des lobes frontaux, aux méninges molles et à la substance nerveuse correspondante, qui ne peut s'enlever sans déchirure. Cette membrane est le siège, de chaque côté de la ligne médiane, d'un épaississement jaunâtre gommeux qui a plus de 1 centimètre d'épaisseur et 2 à 3 centimètres d'étendue. A ce niveau elle est entièrement fusionnée aux membranes sous-jacentes et à la sub-

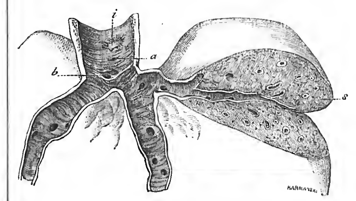


Fig. 7.

stance nerveuse (fig. 6). Celle-ci est rouge et ramollie sur toute la face interne des deux lobes frontaux. Ce ramollissement, de date

récente, avait tous les caractères d'un infarctus. Nous examinons avec soin les deux artères cérébrales antérieures, et nous remarquons qu'elles sont épaissies et oblitérées par un bouchon fibrineux au niveau de leur point d'anastomose. Les enveloppes cérébrales et le cerveau sont partout ailleurs intacts.

La portion sous-glottique du larynx est le siège d'un rétrécissement considérable, formant une sorte de diaphragme dans sa cavité (fig. 7). La trachée à sa terminaison et les deux grosses bronches sont le siège de cicatrices et de rétrécissements. Les bronches

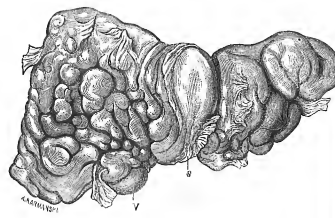


Fig. 8.

de second et de troisième ordre sont dilatées et ulcérées çà et là. Le lobe supérieur du poumon droit est le siège d'une induration fibreuse circonscrite. Le cœur et les gros troncs artériels ne présentent rien de spécial. Le foie, adhérent au diaphragme par des tractus membraneux épais, est parsemé de sillons profonds séparant de larges îlots de parenchyme; des productions membraneuses partant de ces sillons, le font adhérer au diaphragme (fig. 8); il offre ainsi tous les caractères que nous avons attribués autrefois à la cirrhose syphilitique. La rate est volumineuse, et la plupart des ganglions iliaques et lombaires manifestement altérés. Les testicules sont le siège d'une orchite fibreuse diffuse (orchite syphilitique). Les reins et le pancréas ne sont pas altérés.

Ce dernier fait a avec les deux précédents une ressemblance anatomique telle qu'il est impossible de ne pas lui accorder la même origine. L'altération est quelque peu différente dans celui qui suit, déjà publié dans notre *Atlas d'anatomie pathologique* (texte, p. 396, pl. XLI, fig. 1, 1', 1''), mais dont la partie anatomo-pathologique peut être reproduite ici avec utilité.

Obs. VII. — B..., âgée de trente-six ans, fleuriste, soignée autrefois comme syphilitique, et soumise à un traitement ioduré pour des exostoses du crâne. Admise à l'Hôtel-Dieu le 16 mai 1866, cette femme, d'un embonpoint ordinaire, ne présente sur la peau aucune trace de syphilis ancienne ou récente. Toutefois, elle a eu autrefois des accès épileptiformes; se plaint de céphalalgie et de diplopie. Au bout de quelques jours survient une hémiplégie incomplète à gauche; elle est soumise de nouveau à un traitement ioduré; mais le 28 mai elle meurt dans un accès convulsif.

Autopsie. — Les os du crâne sont partout épais et sclérosés, mais principalement en avant; la dure-mère, qui tapisse l'apophyse basilaire, est épaissie dans toute son étendue jusqu'aux apophyses clinoïdes postérieures, et de cet épaississement résulte un léger degré de rétrécissement des orifices qui livrent passage aux nerfs pathétiques, et la compression de ces nerfs. Vers la partie moyenne de la fosse basilaire, tumeur jaunâtre saillante de 12 à 15 millimètres de longueur sur 6 à 8 d'épaisseur. Comprise dans l'épaisseur même de la dure-mère, cette tumeur est ferme, élastique, blanchâtre, sèche à la coupe, constituée par une trame fibreuse au sein de laquelle existent des espaces allongés en forme de losanges, assez rares à la limite, mais plus nombreux et plus abondants au centre. Ces espaces sont remplis par des noyaux libres très réfringents et légèrement granuleux, ayant un nucléole excentrique et brillant, et par des cellules moins nombreuses, petites, maigres, arrondies ou ovoïdes, renfermant le même noyau et des granulations grisâtres; là où ces éléments sont le plus abondants, la trame disparaît en partie, et les alvéoles paraissent constitués par l'agencement de cellules fusiformes. Des vaisseaux peu nombreux existent dans cette masse, ce qui explique sa rapide métamorphose. Les méninges molles correspondantes sont épaissies par un néoplasme diffus, grisâtre, qui circonscrit l'artère basilaire. Ce tronc vasculaire, dont les parois sont épaissies, a son calibre notablement rétréci, tandis que toutes les autres branches artérielles du cerveau sont intactes. Sur la face antérieure et supérieure du bulbe, immédiatement au-dessous de la protubérance, se rencontre à gauche, dans le sillon qui sépare la pyramide de l'olive, une tumeur de la grosseur d'un noyau de cerise. Cette tumeur, solide, ferme, sèche, peu vasculaire, de forme ovoïde, grisâtre à sa circonférence, présente à son centre un point jaunâtre et mou. Elle est constituée par une trame conjonctive, des noyaux ronds réfringents et des cellules semblables à celles de la tumeur de la dure-mère. La portion de dure-mère qui correspond au lobe moyen et au lobe antérieur de l'hémisphère droit est notablement épaissi dans une étendue d'environ 15 centimètres, et très intimement adhérente aux méninges sous-jacentes, qui elles-mêmes sont unies à la substance cérébrale par le moyen d'un néoplasme gris jaunâtre, ferme et peu vasculaire. Un semblable néoplasme se retrouve en moindre abondance dans la fosse de Sylvius, sur le trajet de l'artère de ce nom. La substance nerveuse du lobe frontal, ramollie et vasculaire, paraît, à l'examen microscopique, infiltrée de noyaux ronds, brillants, et tout à fait analogues à ceux qui font partie des précédentes tumeurs. Sur une surface de section de la protubérance, à sa partie supérieure, la substance nerveuse, disparue dans une étendue de quelques millimètres, se trouve remplacée par un tissu grisâtre qui a l'apparence d'une cicatrice, et qui peut-être n'est qu'un ancien foyer d'encéphalite; épaississement de la névroglie en ce point, corpuscules granuleux, noyaux libres arrondis et granulations moléculaires abondantes. Absence de lésions des autres organes, sauf un léger épaississement de la capsule de Glisson, avec adhérence du foie au diaphragme (périhépatite).

Il ressort des faits précédents que la méningite syphilitique est constituée par des foyers localisés présentant la double tendance à la prolifération et à la régression, qui caractérise partout les produits définitifs de la syphilis. Les éléments embryonnaires du tissu conjonctif qui les composent parviennent généralement à une organisation définitive à la périphérie de l'altération, là où existent des vaisseaux, tandis qu'au centre ils deviennent granuleux et aboutissent à une métamorphose graisseuse, en vertu de laquelle ils sont résorbés. Ainsi il ne peut y avoir guérison par restitution *ad integrum*, mais par formation d'une cicatrice fibreuse qui, suivant son siège, pourra donner lieu, même après l'arrêt du processus, à des symptômes persistants.

Le siège de cette méningite est très variable, cependant la dure-mère de la base de l'encéphale, celle des régions antérieures surtout, est peut-être plus fréquemment atteinte. Les foyers morbides sont fréquemment multiples; il peut même y avoir, comme dans notre dernière observation, coexistence de méningite et d'encéphalite syphilitique. Enfin les gros troncs artériels sont quelquefois intéressés, et de là des symptômes spéciaux qui rendent le diagnostic encore plus difficile.

Dans tous nos faits, la dure-mère était le siège principal et très probablement primitif de l'altération, qui s'étendait aux méninges molles et à la surface de l'encéphale; il y avait fusion, autrement dit *symphise* de ces diverses parties, ce que j'ai déjà indiqué dans mon *Traité de la syphilis.* Quelquefois la lésion syphilitique débute par la pie-mère, et la fusion s'opère ensuite; les symptômes sont alors peu différents, à l'exception de la douleur qui est nulle ou peu accusée. Cette altération méningée comprend un ou plusieurs foyers limités et circonscrits. C'est là un caractère qui a, selon nous, une grande importance, en ce qu'il permet de rapprocher les lésions syphilitiques des viscères de celles de la peau, et de se faire une idée exacte de la physionomie des manifestations de la syphilis tertiaire, quel que soit leur siège. Aussi doit-on admettre comme vraie la proposition suivante, à savoir que toute lésion générale et systématisée ne doit pas être imputée

à la vérole. C'est pourquoi la dégénérescence grise des cordons postérieurs de la moelle épinière ou *tabes dorsalis* (ataxie locomotrice progressive), la périencéphalite diffuse (paralysie générale progressive), sont des affections absolument indépendantes de la syphilis, malgré l'opinion d'un certain nombre d'auteurs, qui, jugeant d'après la sentence : *post hoc ergo propter hoc*, admettent que ces affections reconnaissent parfois une origine syphilitique. Déjà j'ai eu l'occasion de m'expliquer à plusieurs reprises sur ce point essentiel relativement au diagnostic de la syphilis des viscères et de celle du cerveau en particulier. J'y reviens de nouveau, car ce qui doit avant tout mettre le médecin sur la voie d'une syphilis cérébrale, c'est l'*existence de symptômes indiquant une affection en foyer*.

La marche de la méningite syphilitique est continue, progressive pendant un certain temps, après lequel cette affection se limite, s'arrête, et parfois même disparaît sans l'intervention d'aucun traitement. Malheureusement, comme sa tendance, alors même qu'elle a son point de départ dans la dure-mère, est de s'étendre aux méninges molles, d'atteindre la substance nerveuse et de la détruire parfois, il résulte que la guérison spontanée de la méningite syphilitique peut être suivie d'un désordre persistant, contre lequel tous les moyens spécifiques restent sans effet.

La variété des symptômes de la méningite syphilitique rend le diagnostic de cette affection des plus difficiles. Ceux-ci diffèrent, en effet, suivant la région atteinte, et pour une même région suivant que la lésion spécifique détermine l'excitation, la compression ou la destruction des circonvolutions cérébrales adjacentes. Les circonstances suivantes peuvent toutefois permettre d'arriver à un diagnostic positif : l'existence des signes d'une lésion circonscrite, en foyers, à marche limitée et lentement progressive, et celle d'accidents syphilitiques antérieurs ou concomitants. Aussi est-il important, en pareil cas, non seulement d'interroger soigneusement le malade, mais de passer en revue tous ses organes, y compris surtout les testicules et le foie. La connaissance de l'âge du malade et de l'époque où se sont produits les accidents peut être également d'un grand secours; c'est ainsi que l'apparition d'attaques épileptiformes chez une personne âgée de trente à quarante ans, n'ayant eu jusqu'ici aucune attaque convulsive, éveille naturellement le soupçon d'une manifestation syphilitique. Les caractères de ces attaques ou de tous autres accidents, c'est-à-dire le mode symptomatique, la coexistence de certains désordres, comme celle de la paralysie d'un ou plusieurs nerfs crâniens, et d'une céphalée intense et persistante avec exacerbations nocturnes, tels sont enfin les principaux éléments du diagnostic de la syphilis des méninges.

Le pronostic de cette affection est sérieux, comme le prouvent plusieurs des faits qui précèdent. La mort peut survenir, en effet, dans le cours d'une attaque convulsive (obs. VIII), à la suite d'une oblitération artérielle avec ramollissement cérébral plus ou moins étendu (obs. VII); dans un cas, elle nous a paru avoir été causée en partie par la grande intensité de la douleur (obs. IV). Alors même qu'elle n'est pas suivie de mort, cette affection est encore grave par son action sur la substance cérébrale, qu'elle peut ramollir et détruire dans une faible étendue, d'où la possibilité d'une paralysie persistante. Cependant il faut reconnaître que les accidents les plus graves peuvent céder totalement à un traitement approprié (obs. II), aussi l'intervention du médecin est-elle ici des plus nécessaires et des plus importantes, et cela dès le début des accidents.

L'iodure de potassium à la dose de 2 à 5 grammes est le meilleur agent à opposer à la méningite syphilitique; sous l'influence de ce médicament, la douleur, tout d'abord modifiée, cesse ordinairement vers le cinquième ou le sixième jours. Les autres symptômes (attaques convulsives, aphasie, etc.) sont plus longs à disparaître; mais ils finissent par céder au bout de quinze jours, trois semaines ou un mois (obs. II). Toutefois, en même temps que nous administrons ce médicament, nous faisons, le plus souvent, pratiquer matin et soir une friction avec 2 grammes d'onguent napolitain pendant deux jours successifs, le troisième jour nous faisons suspendre la friction, et nous donnons un bain sulfureux. Dans quelques cas, mais rarement, si l'iodure de potassium reste sans succès, nous le remplaçons par le calomel à doses fractionnées ou encore par le sirop de Gobert (biiodure ioduré de mercure).

CORRESPONDANCE

Le sirop de lactucarium.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Je viens de lire, un peu tardivement, dans le numéro du 7 juillet de votre excellent journal, un article sur les sirops pectoraux dans lequel l'auteur attribue exclusivement aux 5 milligrammes d'extrait d'opium qu'il contient par cuillerée les propriétés du sirop de lactucarium, sans tenir aucun compte de l'action propre au lactucarium lui-même dans cette préparation consacrée depuis 1864 par son insertion au Codex. Permettez-moi de rectifier cette erreur en reproduisant les observations cliniques du regretté docteur Debout, telles qu'elles sont rapportées à la page 311 du *Compendium* de Deschamps.

« Le lactucarium uni à l'opium exerce sur les effets de ce dernier une action corrective très importante. Il résulte des expériences que nous avons faites avec Debout, que cette substance s'oppose d'une manière positive à ce que l'opium détermine des nausées, des pincements d'estomac, des céphalalgies, et que M. Aubergier a rendu service à la thérapeutique en réunissant le lactucarium et l'opium. Les expériences que nous avons faites sont nombreuses. La mort de notre savant collaborateur, le docteur Debout, est cause qu'elles n'ont point été publiées; elles ont été très variées; nous avons employé le sirop de lactucarium plus ou moins chargé de principes actifs, et l'opium était administré tantôt à l'état de sirop et tantôt à l'état d'extrait. Souvent, le sirop de lactucarium était pris quelque temps après l'extrait d'opium, alors que les pincements d'estomac commençaient. »

Veuillez agréer, etc.

H. Aubergier.

Besse-en-Chaudesse, 14 août 1882.

— M. Aubergier oppose à notre appréciation des expériences faites autrefois par Debout et Deschamps. Nous lui répondons par celles *que nous avons faites sur nous-même*, et, aujourd'hui plus que jamais, nous restons convaincu que le lactucarium ne possède pas de propriété sédative appréciable et n'exerce aucune action corrective sur les effets de l'opium.

P. Vigier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 7 AOUT 1882. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Emploi de la photographie pour déterminer la trajectoire des corps en mouvement, avec leurs vitesses a chaque instant et leurs positions relatives. Applications a la mécanique animale. Note de M. *Marey*. — Un des points les plus importants dans l'analyse de la locomotion animale, c'est la détermination de la trajectoire suivie par différentes parties du corps. Ainsi, le pied d'un homme, entre le moment où il quitte le sol et celui où il se pose de nouveau, parcourt dans l'espace une sorte d'arc dont la forme est très difficile à apprécier par la vue, même dans la marche lente, à plus forte raison dans les allures rapides. Il est bien plus difficile

encore d'estimer les trajectoires des pieds d'un cheval au trot ou au galop, celles de l'extrémité de l'aile d'un oiseau qui vole, etc. Et pourtant il ne suffit pas de connaître avec exactitude la trajectoire suivie par un point du corps pour déterminer la loi d'un mouvement, il faut avoir aussi la connaissance de sa vitesse à chaque instant. L'auteur avait fait autrefois sur ce sujet des expériences (*Comptes rendus*, 1872), mais on pouvait dire que la trajectoire obtenue n'était pas celle qu'eût donnée un oiseau libre. La méthode photographique semble être à l'abri de reproches semblables : aussi a-t-il entrepris de l'employer pour résoudre le problème, jusqu'ici insoluble, d'inscrire la trajectoire d'un point du corps d'un animal en mouvement avec l'indication de la vitesse de ce point à chaque instant, sans altérer en rien la liberté de ses allures. Cette méthode devra se prêter évidemment aux inscriptions multiples, et permettre de reconnaître les positions et les vitesses relatives de différents points du corps. Nous ne pourrions donner ici une idée suffisante du mécanisme imaginé par l'auteur.

Sur la sensibilité des lobes cérébraux chez les mammifères. Note de M. *Vulpian*.

M. L. Couty a communiqué à la Société de biologie, en 1880, les résultats d'expériences faites pour étudier l'action des excitants mécaniques sur les régions de l'écorce cérébrale que l'on a considérées comme motrices. Il note que MM. Hitzig, Franck et Pitres auraient signalé très explicitement avant lui ce mode d'excitabilité de ces régions du cerveau, et que M. Duret l'aurait peut-être admis implicitement. M. Couty a vu, sous l'influence des excitations mécaniques des zones corticales motrices du cerveau, des mouvements se produire chez des chiens. Une condition lui a paru nécessaire pour que ces mouvements aient lieu, c'est que l'écorce cérébrale soit très excitable : il a pu augmenter l'excitabilité normale de cette écorce en y déterminant une inflammation d'un certain degré d'intensité, soit par la simple mise à nu de la région du cerveau sur laquelle il se proposait d'opérer le lendemain, soit par des irritations de nature variée. Le tissu nerveux, devenu un peu plus consistant par suite de l'inflammation, pouvait être rayé ou frotté plusieurs fois de suite dans les mêmes points sans se réduire en pulpe molle, sans se détruire, en un mot. Les effets obtenus dans les expériences de M. Couty ont été de deux ordres : d'une part, des contractions de certains muscles du côté opposé du corps; et, d'autre part, des mouvements dans le côté correspondant au lobe cérébral excité; dans certains cas même, des mouvements plus ou moins généralisés ont été observés. Les premiers de ces effets sont seuls semblables à ceux qui se manifestent sous l'influence des excitations électriques de la surface des régions dites motrices de l'écorce cérébrale; les autres doivent évidemment être regardés, ainsi que le dit M. Couty, comme des mouvements réflexes, c'est-à-dire comme des résultats d'irritation sensitivo-motrice.

M. Vulpian, dans ses expériences sur le chien, le chat, le lapin, n'a jamais pu obtenir le moindre mouvement soit dans les membres du même côté que l'excitation, soit dans ceux du côté opposé. Il en a été de même après avoir fait naître un état inflammatoire de la surface du gyrus sigmoïde par l'application de teinture ou d'emplâtre de cantharides, ou encore d'essence de moutarde, ou de nicotine.

Si mes expériences, continue M. Vulpian, n'ont pas confirmé celles de M. Couty, relativement aux mouvements provoqués par des excitations mécaniques de l'écorce grise cérébrale, elles m'ont permis de constater des effets analogues à ceux qu'il envisage comme des troubles moteurs réflexes, et qui sont dus, non plus à la mise en jeu, par les agents mécaniques, de fonctions motrices de certaines régions de l'écorce cérébrale, mais à l'excitation, au moyen de ces agents, de la sensibilité de ces régions des *centres nerveux*.

On sait que les excitations galvaniques ou faradiques de la surface du gyrus sigmoïde, chez le chien, déterminent un certain degré de douleur, même quand les excitateurs sont très éloignés des ambeaux de la dure-mère, qui sont doués d'une grande sensibilité. Ce sont les points dont l'excitation électrique produit des mouvements, soit dans le membre postérieur, soit dans le membre antérieur du côté opposé, qui paraissent être les plus sensibles, tout en étant bien moins sensibles que la dure-mère.

Les excitations mécaniques de la surface du gyrus sigmoïde n'ont jamais provoqué d'indices de douleur, dans mes expériences. C'est encore un point à propos duquel je n'ai pas constaté les mêmes résultats que M. Couty. Mais ces mêmes excitations, lorsqu'elles étaient faites *sur les parties profondes de l'écorce cérébrale*, au niveau du gyrus, ou *sur les parties sous-corticales de la substance blanche du lobe cérébral mis en expérience*, ont déterminé, dans la plupart des cas, des signes non équivoques de souffrance.

Lorsqu'on fait pénétrer les fils métalliques d'un excitateur dans les points dits moteurs du gyrus sigmoïde, et qu'on fait passer par cet excitateur un courant faradique d'intensité moyenne, on voit que les mouvements provoqués dans les membres du côté opposé deviennent de plus en plus forts au fur et à mesure que les fils conducteurs s'enfoncent dans la substance cérébrale, à la condition toutefois qu'ils rencontrent les fibres du noyau blanc du lobe cérébral qui vont se rendre dans ces régions du gyrus. Les mouvements ainsi produits sont absolument de même forme que ceux qui ont lieu par la faradisation de la surface du gyrus sigmoïde; ils n'en diffèrent que parce qu'ils sont plus étendus et plus énergiques. De même, la douleur déterminée par la faradisation de la surface du gyrus devient un peu plus vive lorsque l'excitation électrique atteint la substance blanche sous-corticale. Il n'y a donc rien de surprenant à ce que les excitations mécaniques, qui ne sont pas douloureuses lorsqu'elles portent sur la surface du gyrus sigmoïde, provoquent de la douleur quand elles atteignent les parties sous-corticales de cette région du cerveau.

Les nerfs vaso-dilatateurs de l'oreille. Note de MM. *Dastre* et *Morat*. — Les données que possède la physiologie sur l'innervation vaso-dilatatrice de l'oreille sont incomplètes ou incertaines. Les faits nouveaux que les auteurs font connaître à ce sujet peuvent se résumer dans les trois propositions suivantes : 1° Des nerfs vaso-dilatateurs pour l'oreille externe naissent de la moelle dans la région cervico-dorsale. 2° Les nerfs, au sortir de la moelle, sont contenus dans les racines antérieures des paires rachidiennes correspondantes. On les trouve dans les racines les plus inférieures du plexus brachial, notamment dans la huitième paire cervicale et la première paire thoracique. 3° Confondus d'abord avec les éléments nerveux centrifuges de toute catégorie qui sortent de la moelle par la voie des racines antérieures, les nerfs dilatateurs passent dans le tronc mixte qui fait suite à ces racines. Ils s'en détachent avec les rameaux communiquants et gagnent avec eux la chaîne du sympathique, au niveau du ganglion premier thoracique. En un mot, ces nerfs vaso-dilatateurs auriculaires ont leur origine dans la moelle; ils sont contenus dans les racines antérieures; ils appartiennent au système grand sympathique. Par ces caractères, ils se rapprochent des nerfs vaso-dilatateurs bucco-faciaux que nous avons étudiés précédemment.

Ces conclusions sont fondées sur les trois expériences suivantes :

I. On découvre la partie inférieure de la région cervicale de la moelle épinière, en enlevant, par le procédé connu, les apophyses épineuses et les lames vertébrales correspondantes. On coupe la moelle en ce point, de manière à en faire deux tronçons, l'un céphalique, l'autre caudal; toute continuité physiologique est interrompue entre les deux segments. La section a été suivie immédiatement d'une congestion vasculaire très visible dans les différentes régions de la tête. Cette congestion s'atténue et cesse d'être apparente après un temps variable de quelques minutes à une heure. A ce moment, on excite alternativement, à l'aide d'un faible courant tétanisant, les deux segments médullaires. Seule, l'excitation du segment inférieur ou caudal est suivie d'une congestion très vive dans toutes les parties apparentes de la tête, et particulièrement dans les oreilles. Cette expérience donne le même résultat chez tous les animaux soumis à l'épreuve : chien, lapin, chat, chèvre.

II. La moelle est mise à nu comme dans l'expérience précédente. On isole la huitième paire cervicale et la première thoracique. On sépare les racines antérieures des postérieures, après les avoir coupées les unes et les autres près de la moelle. On les soulève avec un fil, et on les soumet à une excitation électrique de moyenne intensité. On voit bientôt la face glabre du pavillon de l'oreille se couvrir d'une rougeur qui persiste un certain temps et se dissipe ensuite peu à peu, après qu'on a cessé l'excitation. Les racines

contiennent donc des filets vaso-dilatateurs pour les vaisseaux de l'oreille. Cette expérience n'est facile à réaliser, dans des conditions de rigueur absolue, que chez le chien.

III. A l'aide d'un procédé que nous avons décrit ailleurs, nous découvrons, sans ouvrir la plèvre, la chaîne du sympathique thoracique et les rameaux communiquants qui viennent aboutir au ganglion premier thoracique, notamment les deux rameaux de la huitième paire cervicale et de la troisième paire dorsale. On coupe les rameaux et l'on excite leur bout périphérique. Le résultat est encore la congestion du pavillon de l'oreille.

Académie de médecine.

L'Académie de médecine n'a pas tenu de séance le mardi 15 août, jour de l'*Assomption*.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 9 AOUT 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT.

Tétanos aigu; mort; lésions du nerf grand sympathique. — Doigt surnuméraire; ablation; reproduction de la difformité. — Abcès tuberculeux sous-ombilical.

M. *Chauvel* lit un rapport sur une observation adressée à la Société par le docteur Monty: tétanos aigu; mort; lésions du nerf grand sympathique. Un soldat se pique le mollet gauche avec un clou rouillé; dix jours après cet accident, se déclare un tétanos très aigu qui emporte le malade en sept jours.

A l'autopsie, on trouve les muscles droits de l'abdomen et les psoas rompus. La piqûre se trouvait dans la sphère du nerf saphène interne non lésé; phlébite circonscrite autour de la blessure. Rien dans le cerveau ni dans la moelle, ni dans les nerfs sciatiques et cruraux. Le nerf grand sympathique droit offrait un gonflement prononcé du ganglion cervical supérieur, doublé de volume; le tronc de ce nerf était épaissi, et présentait une ecchymose sous le névrilème. Il y aura donc lieu d'examiner les nerfs grands sympathiques dans les autopsies du tétanos. Mais cette observation est loin d'être concluante.

M. *Marc Sée*. Quand le ganglion cervical moyen manque, le ganglion cervical supérieur est toujours plus volumineux.

M *Marchand* a fait la section du nerf sciatique dans un cas de tétanos, suite de fracture compliquée de la jambe; le malade mourut.

M. *Verneuil*. L'intérêt de l'observation de M. Chauvel n'est pas dans le traitement; c'est dans la constatation anatomique. Comme l'a fait remarquer M. Chauvel, si le malade était mort par spasmes laryngiens, par les poumons ou par le cœur, l'autopsie aurait plus de valeur. Le traitement n'est pas en cause en ce moment. M. Richelot a publié un remarquable travail sur le tétanos et son traitement; on y trouvera l'appréciation exacte des divers modes de traitement. Les tentatives chirurgicales ont donné des résultats très incertains; ce sont le chloral, la morphine, et l'immobilisation du malade, qui ont donné les meilleurs résultats (environ 33 pour 100 de succès). Chez un malade auquel M. Verneuil avait fait l'élongation des nerfs médian et cubital, avec chloral et morphine à l'intérieur, la guérison fut obtenue.

M. *Désormeaux* rappelle le traitement par l'opium à haute dose (de 0gr,60 à 1gr,50 d'extrait thébaïque en vingt-quatre heures). Six cas de tétanos ainsi traités ont guéri.

M. *Le Dentu* a vu dernièrement deux cas malheureux qui avaient été traités par le chloral.

— M. *Verneuil* fait un rapport sur une observation de M. Chrétien (de Nancy): observation de doigt surnuméraire.

M. Chrétien fut appelé près d'un enfant de dix ans atteint d'une affection du pied. Il remarqua à la main une difformité particulière: un pouce surnuméraire, conique, pointu, à peau amincie. On avait enlevé à cet enfant, âgé de six mois, un pouce surnuméraire, et ce pouce avait repoussé! Velpeau avait déjà noté ce phénomène. La mère de l'enfant, très intelligente, dit que lorsque la cicatrisation fut obtenue après l'amputation, on vit sur la cicatrice une plaque dure qui augmenta peu à peu jusqu'à atteindre 2 centimètres à l'âge de dix ans.

M. Chrétien donne l'explication suivante qui est la vraie: les phalanges se développent par deux points d'ossification; un point à l'extrémité supérieure et l'autre à l'extrémité inférieure. Si on opère peu de temps après la naissance, et si on ampute dans la continuité, laissant le cartilage de conjugaison, on peut obtenir un nouveau pouce qu'on voit se développer peu à peu. C'est ainsi que se produit ce que M. Verneuil a appelé, pour les moignons, la conicité physiologique.

M. Chrétien se demande s'il y a lieu de modifier le manuel opératoire. Quand le pouce surnuméraire résulte d'une bifurcation osseuse, dans la continuité, on peut raser l'os. Si le pouce surnuméraire est articulé, Sédillot a conseillé d'amputer dans la continuité pour ne pas ouvrir l'articulation; M. Chrétien conseille de couper le plus près possible de l'articulation, sans l'ouvrir. Dans un cas, M. Verneuil a fait la désarticulation et n'a pas vu survenir la récidive. Avec les moyens antiseptiques, on est autorisé à désarticuler l'os surnuméraire. Le pansement qui réussit le mieux est le pansement ouaté.

— M. *Richelot* lit une observation d'abcès tuberculeux sous-ombilical.

— La Société de chirurgie entre en vacances; la prochaine séance aura lieu le mercredi 4 octobre.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 5 AOUT 1882. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Alcaloïdes extraits des urines dans le cours de maladies infectieuses: M. Bouchard. — Effets de la section des racines supérieures des nerfs phréniques chez divers animaux; sections longitudinales médianes et latérales de la moelle au niveau de l'origine des phréniques; épilepsie spinale: M. Hénocque. — Cessation de phénomènes de contracture par les applications métalliques: M. Chantemesse. — Faux parasitisme: M. Laboulbène. — Les pediculi pubis et les taches ombrées: M. Duguet. — Acide phosphoglycérique dans les urines: MM. Lépine et Monet. — Historique de la métallothérapie: M. Burq.

M. *Bouchard*, recueillant les urines d'un certain nombre de malades atteints de maladies infectieuses (fièvre typhoïde, pleurésie, pneumonie, ictère malin), en a extrait des matières tout à fait analogues, par leurs caractères physiques et chimiques, aux alcaloïdes végétaux. Ils se développent chez l'homme et les animaux vivants atteints de maladies infectieuses de la même façon qu'ils se produisent après la mort par invasion dans l'organisme d'agents végétaux inférieurs, mais en proportion infiniment moindre. Pour constater leur existence, il faut opérer sur 15 ou 20 litres d'urine que l'on réduit par évaporation à quelques centimètres cubes, sur lesquels on agit au moyen de divers réactifs pour isoler les alcaloïdes. Leur proportion ne dépasse pas 1 milligramme par vingt-quatre heures. Mais leur puissance toxique est telle qu'on s'explique aisément leurs effets sur l'organisme. Toutefois, les expériences d'inoculation de ces alcaloïdes aux animaux sont restées jusqu'ici négatives.

M. *Quinquaud* rappelle qu'en 1874 et 1876, M. Schützenberger et lui sont parvenus, en soumettant l'albumine du blanc d'œuf à une forte pression et à une température élevée pendant plusieurs jours, à produire de la leucine, de la tyrosine, de la xanthine, de l'hypoxanthine, tous produits de dénutrition. Sans nier l'influence d'agents végétaux inférieurs sur la production de ces substances, M. Quinquaud pense que la putréfaction n'est qu'une modalité de leur genèse.

MM. *Hénocque* et *Éloy* font les trois communications suivantes :

1° Ils présentent *un cobaye chez lequel les racines supérieures des deux nerfs phréniques ont été arrachées* le 30 juillet dernier, la cicatrisation des plaies est presque complète. La respiration ne présente que de légers troubles dans le rhythme et surtout dans les contractions du diaphragme ; cet animal sera observé et représenté plus tard. Ces expérimentateurs montrent les tracés obtenus *chez un chat anesthésié et chez un lapin sur lesquels la section des racines supérieures des phréniques a été pratiquée.* Ces deux résultats sont confirmatifs des précédents au point de vue de l'action des racines supérieures sur le rhythme respiratoire.

2° Ils communiquent le résumé de vingt-cinq expériences dans lesquelles ils ont étudié l'*action des sections longitudinales de la moelle cervicale, et des sections transversales d'une moitié de la moelle cervicale*, chez des cobayes, lapins, chiens et chats. Elles ont amené les auteurs aux conclusions suivantes : la section longitudinale de la moelle cervicale a pu être faite dix fois chez divers animaux sans qu'il y eût arrêt de la respiration ni des contractions du diaphragme; la section longitudinale pratiquée près du sillon collatéral postérieur amène la cessation des mouvements de la moitié correspondante du diaphragme; les effets des sections hémilatérales sont très variables : tantôt elles sont suivies de la cessation des mouvements du diaphragme des deux côtés, tantôt seulement du côté correspondant; si elles sont incomplètes, on peut les multiplier sans arrêter les mouvements du diaphragme. Ces sections ont été pratiquées de la troisième à la quatrième, cinquième, sixième ou septième vertèbre cervicale et jusqu'à la première dorsale. Elles ont montré que des lésions relativement peu étendues, par exemple la simple action de traverser la moelle avec le bistouri sur la région médiane, peuvent produire la suspension ou l'arrêt des contractions du diaphragme, tandis qu'au contraire il suffit d'avoir conservé une très petite partie des cordons antéro-latéraux pour que l'excitation nécessaire aux contractions du diaphragme soit transmise aux racines du nerf phrénique. Phénomène qui est conforme à la loi établie et maintes fois démontrée par M. Brown-Séquard.

3° *L'épilepsie spinale a été produite dans cinq expériences où la moelle cervicale a été lesée.* — Il s'agit de quatre cobayes chez lesquels les lésions ont été les suivantes : 1° lésion du cordon postérieur entre la sixième et la septième vertèbre cervicale; 2° lésion du cordon postérieur gauche au niveau de la sixième vertèbre cervicale ; 3° lésion du cordon postérieur droit et d'une partie du cordon antéro-latéral de la cinquième à la septième vertèbre cervicale, épilepsie latérale droite; 4° lésion du cordon postérieur et de la partie voisine du cordon antéro-latéral droit entre la quatrième et la cinquième vertèbre cervicale.

Un cinquième fait a été observé chez un chat à la suite d'une section transversale au-dessus de la troisième racine cervicale gauche. L'attaque était à gauche. Dans plusieurs cas, il y a eu véritable « état de mal » avec attaques multiples ayant duré quatre à dix minutes, ou s'étant reproduit à diverses reprises pendant près d'une heure. Ces faits présentent de l'intérêt par le siège de la lésion dans une région où l'épilepsie spinale n'a pas été signalée comme conséquence du traumatisme opératoire.

— M. *Chantemesse* a soumis une jeune fille de seize ans, atteinte de contracture hystérique depuis neuf mois, aux applications de bracelet métallique. La contracture a disparu, les mouvements ont repris leur étendue et leur intensité normales, mais l'insensibilité persiste.

— M. *Mégnin* fait, au nom de M. Laboulbène, une communication sur un cas de faux parasitisme. Il s'agit d'une femme qui, employant en injection vaginale une eau contenant des myriapodes, les trouva dans son linge après quelque temps. Du reste, aucun inconvénient n'en résulta.

— M. *Duguet*, en 1881, a déterminé la valeur clinique des taches ombrées qu'on trouve chez un certain nombre d'individus, et montré que leur signification est absolument nulle en pathologie. Elles coïncident avec la présenee de *pediculi pubis* et sont dues à ce parasite. Dès ses premières recherches, l'auteur était arrivé à démontrer que l'agent producteur de la tache ombrée était contenu dans le corps du *phthirius pubis*, en pilant ces insectes et en inoculant sous l'épiderme une petite quantité de la pâte obtenue. Dernièrement M. Duguet a repris cette question, et un de ses élèves, M. Mallet, en a fait le sujet de sa thèse inaugurale. Ce sont les conclusions de ce travail que M. Duguet veut soumettre à la Société.

Par une série de coupes successives isolant la tête, les pattes antérieures, les pattes moyennes et les pattes postérieures, on a obtenu des tronçons du *phthirius*, que M. Mallet lui-même s'est inoculé sous l'épiderme. Le tronçon portant la troisième paire de pattes a seul produit la tache bleue. Quelle est donc la partie qui, dans ce tronçon de l'insecte, a la propriété de déterminer la formation de la tache? Ce semble être un organe glandulaire bien décrit par Landois, dans les *Archives de Siebord* en 1864, qui se trouve à l'entrée de l'estomac et sécrète un liquide salivaire. C'est sans doute l'irritation de cette salive venimeuse qui produit la tache. Plusieurs coupes des téguments faites chez un sujet mort de fièvre typhoïde, après avoir présenté pendant la vie un grand nombre de taches ombrées, n'ont montré à l'examen microscopique aucune modification dans leur structure.

M. Duguet s'est, en outre, posé un certain nombre de questions sans pouvoir les résoudre. Remarquant que certains *phthirius* ne produisent pas de taches ombrées, il s'est demandé si on ne devait pas rechercher la cause de cette impuissance dans le sexe de l'animal, ou bien si on ne devait pas la rapporter au moment où l'on fait les expériences; peut-être y a-t-il une influence saisonnière? Il est certain que dans les hôpitaux on observe les taches ombrées en beaucoup plus grand nombre au printemps qu'aux autres époques de l'année.

— M. *Dastre* communique une note de MM. *Lépine* et *Monet* sur les proportions d'acide phosphoglycérique dans les urines dans le cours de diverses maladies. Ce chiffre variable oscille entre 1 et 3 pour 100. C'est surtout dans les affections qui s'accompagnent de stéatose du foie que l'on observe une augmentation considérable de l'acide phosphoglycérique. A ce sujet, M. Dastre rappelle les recherches qu'il a faites il y a quelques années, en collaboration avec M. Morat, sur la lécithine et sa signification en chimie biologique.

— M. *Burq* fait le panégyrique de la métallothérapie et fait hommage à la Société d'un mémoire dans lequel il retrace les diverses phases par lesquelles est passée cette méthode thérapeutique depuis son origine jusqu'à l'époque actuelle.

— La séance est levée à six heures dix minutes.

REVUE DES JOURNAUX

De la tarsotomie ou résection des os du tarse dans le pied bot invétéré, par M. le docteur J. Chauvel.

De l'analyse des observations de tarsotomie publiées jusqu'à ce jour et de la discussion des faits qu'ils mettent en lumière, l'auteur tire les conclusions suivantes : 1° certains pieds bots invétérés ne peuvent être guéris par les appareils et la ténotomie; ils sont justiciables de la résection des os du tarse ou du cou-de-pied; 2° contre le pied bot équin, la résection tibio-tarsienne complète ou partielle doit être préférée à l'extirpation isolée de l'astragale; dans le pied bot varus, l'extraction isolée du cuboïde est inférieure à la résection totale cunéiforme du tarse; 3° ces opérations, réservées aux difformités incurables par le traitement orthopédique, seront pratiquées avec toutes les précautions antiseptiques, et suivies de l'application immédiate d'un appareil contentif pour maintenir le redressement obtenu.

Ces conclusions sont fondées sur une discussion très attentive et très autorisée de nombreuses observations empruntées pour la plupart aux chirurgiens étrangers. La tarsotomie sous ses trois formes (extraction du cuboïde, extirpation de l'astragale ou résection du cou-de-pied, enfin résection cunéiforme du tarse) n'a pas pris rang dans notre pays parmi les opérations usuelles. Les mémoires de Poinsot et de Chauvel auront au moins pour résultat de la faire connaître et étudier. (*Archives générales de médecine*, avril et mai 1882.)

BIBLIOGRAPHIE

Lectures on Diseases of Bones and Joints, by C. **Macnamara**, 2e édition. — J. et A. Churchill. London, 1881.

Nous ne possédons malheureusement pas en France, un manuel des maladies des os et des articulations, comparable à ce petit volume dont le chirurgien anglais vient de publier la seconde édition. Ce n'est pas, son titre l'indique, un traité complet des affections osseuses et articulaires. Les fractures, les luxations, et d'une façon générale les lésions purement traumatiques, en sont volontairement exclues. Et cependant, tel a été le succès de ces leçons, que moins de deux années ont suffi pour que la première édition, exclusivement consacrée aux maladies des os, fût complètement épuisée. Ce succès nous paraît justement mérité par la forme attrayante de l'enseignement, où l'observation clinique et les déductions pratiques occupent la plus large place.

I. — Douze leçons sont attribuées aux maladies des os : ostéo-myélite aiguë, abcès chroniques, épiphysite aiguë et périostite suppurée, affections tuberculeuses et scrofuleuses, lésions syphilitiques, rachitisme, hypertrophie et sclérose, ostéo-malacie et fragilité, contusions, nécrose, exostoses, ostéo-sarcome et ostéo-carcinome. Une étude sur le développement et la croissance des os, sur le rôle qu'y prennent le cartilage épiphysaire et le périoste, étude où sont résumés les travaux d'Ollier, de Ranvier et de son élève Rigal, sert d'entrée en matière. Il est indispensable en effet de connaître ces phénomènes physiologiques, pour apprécier justement la part que prennent aux altérations morbides les divers éléments constituants du tissu osseux. Rien de spécial pour l'ostéo-myélite aiguë, sauf un cas où la pilocarpine paraît combattre avantageusement l'intoxication septicémique si fréquente dans cette affection. Dans les abcès chroniques M. Macnamara ne paraît point convaincu des succès, incontestables cependant, que donne la trépanation de l'os. Parfois la douleur persiste après les perforations, et si l'os est sclérosé dans une grande étendue et non pas seulement au pourtour du foyer purulent, la résection et même l'amputation sont préférables à l'évidement. L'épiphysite aiguë, très grave chez les enfants, nécessite de larges incisions, le drainage et l'enlèvement des parties mortifiées, mais en conservant les épiphyses.

Depuis un certain nombre d'années, l'attention des chirurgiens s'est reportée sur les affections tuberculeuses et scrofuleuses des os et des jointures. Bien différentes de l'inflammation ordinaire, habituellement héréditaires, elles sont caractérisées pour l'auteur par une production fibro-cellulaire avec dégénération rapide. Il ne se forme pas de nouvel os. L'air pur, l'air marin, l'hygiène ont plus d'influence sur la marche de l'affection que les traitements chirurgicaux, depuis les bandages et les appareils jusqu'à la résection et l'amputation, en passant par le cautère actuel, les incisions, les perforations, le drainage et l'évidement.

Les travaux remarquables de Ranvier et de Parrot ont laissé peu à faire sur les lésions de la syphilis infantile. Barlow et Taylor les ont fait connaître en Angleterre et en Amérique, en y ajoutant leurs propres recherches. Les crânes bossués, le crâne typique, natiforme, de Parrot, ne sauraient être contestés. Mais au lieu d'admettre avec lui que les trous, les dépressions des os du crâne sont le résultat d'une atrophie gélatiniforme, le chirurgien de Londres les regarde comme la conséquence d'un nutrition défectueuse. On les observe, dit-il, dans le rachitisme comme dans la syphilis. Quelques dissidences légères dans l'interprétation des faits, n'empêchent pas Macnamara de rendre une éclatante justice aux magnifiques recherches du professeur de clinique des Enfants assistés. Dans le rachitisme, l'emploi d'appareils et le traitement général suffisent le plus souvent pour la guérison. Malgré le peu de gravité de l'ostéotomie antiseptique telle que la pratique Mac Even, l'opération ne doit être acceptée que si la locomotion est absolument défectueuse ou impossible.

L'hypertrophie des os, l'hyperostose, la sclérose diffuse ou ostéite condensante sont bien connues. Pour l'ostéomalacie, la théorie de Rindsfleisch, attribuant la dissolution de la matière calcaire à l'acide carbonique en excès dans le sang, ne saurait être acceptée. De Cosati et Durham ont bien montré l'influence indiscutable d'une alimentation défectueuse jointe à des grossesses répétées. La fragilité des os n'offre rien de spécial aux aliénés. Parfois héréditaire, elle se rencontre souvent chez les vieillards et, à ce sujet, l'auteur anglais, combattant la pratique de A. Cooper, montre par des exemples probants, que l'on peut, par des soins convenables et par une immobilisation prolongée, obtenir la consolidation des fractures intra-capsulaires du col du fémur, pour peu qu'il y ait pénétration. Les chapitres consacrés à la contusion des os, à la formation du cal dans les fractures, à la nécrose, aux exostoses, aux kystes simples ou hydatiques, aux ostéo-sarcomes et carcinomes sont pleins de remarques intéressantes. Nous regrettons de ne pouvoir les analyser en détail, mais nous en recommandons la lecture attentive.

II. — La seconde partie du volume est consacrée aux maladies articulaires. Les différentes formes de synovite : séreuse, muco-purulente simple ou septique, enfin suppurative, ne sont souvent que les trois stades de l'inflammation d'une jointure. Cependant elles exigent un traitement différent. Contre la synovite séreuse, les bandages élastiques du docteur Martin, ont donné aux chirurgiens anglais de très bons résultats. Dans les autres formes, l'aspiration, le drainage large, les lavages antiseptiques peuvent devenir nécessaires, mais la guérison se fait rarement sans formation d'adhérences fibreuses, qu'il faut briser par la flexion forcée faite pendant l'anesthésie. Plus grave encore est l'affection granuleuse, pulpeuse, strumeuse des synoviales, connue sous le nom de tumeur blanche. Macnamara compare ces amas granuleux aux granulations vraies de la conjonctive; leur nature

tuberculeuse n'est guère discutable aujourd'hui. De là la difficulté du traitement, l'insuccès fréquent du feu, du drainage, de l'évidement et même de la résection. Celle-ci doit cependant être tentée au membre supérieur, mais pour le membre inférieur, l'amputation doit être pratiquée. L'iodoforme paraît avoir donné de bons résultats contre l'hydarthrose; la compression élastique, l'aspiration, les injections iodées seront successivement employées.

De l'ostéo-arthrite chronique rien à signaler, sauf les bons effets de l'électrolyse. Contrairement à Charcot, qui localise dans les cornes antérieures de la moelle les lésions d'origine des arthropathies ataxiques, Buzzard est porté à les chercher dans la moelle allongée, en raison de leur coïncidence avec des crises gastriques. Après cette étude des maladies articulaires envisagées en général, Macnamara consacre les deux derniers chapitres de son ouvrage aux affections des principales jointures. A la hanche, la coxalgie, la synovite, l'épiphysite de la tête fémorale, l'ostéo-myélite, sont les lésions ordinaires. L'aspiration, l'évacuation du liquide en perforant avec une vrille à main le grand trochanter et le col fémoral, la myotomie suffisent à la cure de la synovite simple. Les abcès seront ouverts en arrière, sous le grand fessier, l'immobilité obtenue par l'attelle de Thomas. Dans l'arthrite tuberculeuse, l'air marin, l'hygiène viendront aider l'intervention locale. Si les viscères semblent atteints de la dégénération lardacée, l'amputation est préférable à la résection. Passé douze ans, cette dernière ne réussit que rarement. Dans les hôpitaux anglais, sur 213 résections de la hanche, 41 morts, 57 insuccès et 117 succès.

Dans les maladies des jointures superficielles et principalement du genou, la thermométrie locale aide beaucoup au diagnostic, mais elle exige de grandes précautions. L'aspiration, l'extension précoce aidée de la myotomie, conduisent souvent à guérison. La résection du genou est peu favorable chez les enfants, et l'auteur en est moins partisan que Holmes, bien que sur 245 cas on ne relève que 21 morts et 47 insuccès contre 173 succès. Il n'en est plus de même au cou-de-pied. Ici, sauf pour les coups de feu, l'excision vaut mieux que l'amputation; mais on n'oubliera pas que l'hygiène, l'aspiration et des soins prolongés conduisent souvent à des succès inespérés.

Les maladies articulaires du membre supérieur se présentent sous les mêmes formes et réclament le même traitement. Bien que l'amputation soit l'ultime ressource, elle semble, au poignet et à l'épaule, supérieure à la résection, pendant que cette dernière présente pour le coude des avantages indiscutables. Dans les lésions tuberculeuses des vertèbres, dans la sacro-coxalgie, l'intervention opératoire est forcément limitée. L'immobilisation par les bandages plâtrés, suivant la méthode de Sayre, offre de grands avantages. Enfin, dans la coccydynie, le chirurgien anglais préconise la section sous-cutanée des brides fibreuses qui rattachent le coccyx au sacrum, et au besoin l'extirpation du coccyx. Mais il est bon de prévenir les patients que le succès de ces opérations est loin d'être constant.

En terminant cette analyse, nous exprimerons de nouveau le regret de ne pas voir publier en France de semblables manuels, résumés succincts de l'état de la science, guides précieux pour l'étudiant et pour le praticien.

D[r] J. Chauvel.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de Paris. — A dater de ce jour, et pendant la durée des vacances, les bureaux du secrétariat seront ouverts tous les jours de midi à trois heures.

Légion d'honneur. — M. le docteur Ardouin, inspecteur général du conseil sanitaire maritime et quarantenaire à Alexandrie, vient d'être nommé chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Concours. — Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le samedi 14 octobre 1882, à *une heure précise*, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, n° 47. Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, depuis le samedi 23 septembre jusqu'au samedi 7 octobre inclusivement, de onze heures à trois heures.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés *officiers de l'instruction publique :* MM. les docteurs Picot (Bordeaux); Delcominète (Nancy); Labéda (Toulouse); Gallerand, médecin en chef de la marine; Latteux (Paris); Masse, médecin principal de 1[re] classe.

Sont nommés *officiers d'académie :* MM. les docteurs Gentilhomme (Reims); Livon (Marseille); Battandier (Alger); Vergely (Bordeaux); Castelain (Lille); Tripier (Lyon); Maudon (Limoges); Thomas (Tours); Viaud Grand-Marais (Nantes); Baudoin, médecin-major; Bedoin, médecin-major; Boyer (Lorris); Carassus (Milly); Cassedebat, médecin aide-major de 1[re] classe; Chantereau (Saint-Etienne-de-Mont-Luc); Edouard Choquet; E. Donadieu (Paris); Raphaël Dubois; Mary Durand (Paris); Gueit-Dessus (Paris); Guillaumet, médecin de l'école Colbert; Labbée (Jean-Anselme-Ernest); Jean Mauriac (de Bordeaux); Jules Seure (de Saint-Germain-en-Laye); Védrine (Versailles); Edmond Delorme, médecin de 2[e] classe); Moreau.

MM. de Clermont (Paris); Hallez (Lille); Boudier, pharmacien à Montmorency; Fua (Paris); Lebaigue (Robert-Eugène), chimiste; Alexandre Portier, préparateur au Collège de France); Burker, pharmacien-major de 1[re] classe, agrégé à l'Ecole du Val-de-Grâce; Trasbot, professeur de pathologie générale à l'Ecole d'Alfort.

Mortalité a Paris (32[e] semaine, du vendredi 4 au jeudi 10 août 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 906, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 47. — Variole, 7. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 42. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 42.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 168. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 70. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 34. — Bronchite aiguë, 9. — Pneumonie, 37. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 77; au sein et mixte, 31; inconnu, 7. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 91; de l'appareil circulatoire, 47; de l'appareil respiratoire, 51; de l'appareil digestif, 41; de l'appareil génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 1; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 35. — Causes non classées, 3.

Conclusions de la 32[e] semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1229 naissances et 906 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 884, 986, 925, 929. Le chiffre de 906 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir : une atténuation pour la variole (7 décès au lieu de 11 pendant la 31[e] semaine), la scarlatine (2 au lieu de 3), la coqueluche (2 au lieu de 6), l'érysipèle (4 au lieu de 7), l'infection puerpérale (6 au lieu de 7); une aggravation pour la fièvre typhoïde (47 décès au lieu de 31), la rougeole (14 au lieu de 13), la diphthérie (42 au lieu de 38). En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la variole (25 malades reçus du 31 juillet au 6 août au lieu de 28 entrés pendant les sept jours précédents) et pour la diphthérie (26 au lieu de 31), et supérieur pour la fièvre typhoïde (208 au lieu de 124).

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE EMILE MARTINET, RUE MIGNON, 2

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 24 août 1882.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LES DÉSINFECTANTS, ET EN PARTICULIER L'ACIDE SALICYLIQUE, DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — GLYCOSURIE ET PALUDISME (FAITS INÉDITS). — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : les désinfectants, et en particulier l'acide salicylique, dans la fièvre typhoïde.

La séance de mardi dernier a été presque entièrement emplie par une communication de M. Vulpian relative à l'emploi des désinfectants dans la fièvre typhoïde. Étant admis, sauf vérification plus complète, que la fièvre typhoïde reconnaît pour cause spécifique un agent infectieux, un ferment, venu du dehors et séjournant dans la partie inférieure de l'intestin grêle, M. Vulpian s'est demandé s'il ne serait pas possible d'atteindre directement cet agent par des substances désinfectantes peu solubles, et ayant ainsi la chance d'arriver en nature, ou à peu près, jusqu'à l'ennemi, pour le détruire, sans préjudice de l'action que les désinfectants, soit solubles par eux-mêmes, soit rendus solubles par leur transformation chimique dans l'économie, pourraient exercer sur les ferments répandus dans le torrent circulatoire. Probablement, on ne pourrait guère arriver à temps pour empêcher tout à fait cet envahissement de l'organisme entier, mais on pourrait diminuer et l'intensité des phénomènes locaux et la gravité de la maladie.

M. Vulpian a donc institué dans ce but, à l'hôpital de la Charité, une série d'expériences au moyen de désinfectants divers. On trouvera l'exposé de ces recherches au compte rendu de la séance. Ce qui en ressort, c'est que les résultats ont été nuls ou peu marqués, à l'exception de ceux qu'a fournis l'acide salicylique. Les garde-robes ont bien perdu leur fétidité après l'emploi du salicylate de bismuth, comme l'avait déjà signalé Kilner (*Saint-Thomas hosp. Reports*, IX, de p. 21, 1878); mais, à cet effet presque immanquable, l'acide salicylique a joint un abaissement notable de la température, effet précieux dans une pyrexie où l'hyperthermie s'accuse si fortement. Quant à l'influence du médicament sur la durée et sur l'issue définitive du mal, M. Vulpian a l'esprit trop sage pour essayer même de l'apprécier. Comme l'a dit avec lui M. Villemin, c'est par centaines, par milliers qu'il faut compter les observations pour être en droit d'appliquer la statistique à une question de ce genre. En ce moment le Val-de-Grâce est encombré de typhoïdés : soumis au traitement le plus vulgaire et le plus bénin, combien en meurt-il? Moins de 5 pour 100!

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Belgique : le concours pour les hôpitaux à Bruxelles. — Russie : les journaux de médecine et le comte Tolstoï. — Instruction médicale des femmes. — Rareté des médecins dans certains districts. — Le service de statistique médicale. — Jubilé du professeur Botkin.

Au mois de mai dernier on proposait au Conseil communal de Bruxelles de donner son approbation à une délibération du Conseil général des hospices qui portait de deux à trois ans la durée du service des aides de clinique. Vue de loin une telle proposition ne présentait rien de bien effrayant. Si l'expérience avait démontré que la durée réglementaire était trop courte, il semblait à la fois légitime et rationnel de l'augmenter; mais cette formule anodine servait, paraît-il, de couverture à des abus préjudiciables au service et à la science. A Bruxelles, les médecins et les chirurgiens des hôpitaux ne sont pas recrutés comme à Paris par voie de concours ; ils sont choisis directement par l'administration, et les choix se portent de préférence sur ceux que des services antérieurs peuvent désigner. Supposons maintenant qu'un jeune médecin veuille préparer à longue échéance sa candidature, le problème à résoudre est celui-ci : rester le plus longtemps possible dans les hôpitaux avant la nomination. Le discours prononcé le 23 juin dernier en séance publique du Conseil communal, par le docteur Kops, nous montre que ce problème a été résolu plus d'une fois avec une certaine élégance et une véritable dextérité. Les services hospitaliers sont divisés en trois ordres : 1° services de clinique; 2° services ordinaires; 3° services spéciaux (maladies de la peau, accouchements). A chaque variété sont attachés des assistants qui remplissent à peu près les mêmes fonctions sous des noms différents. On les appelle, dans le premier cas aides de clinique, dans le second adjoints, dans le troisième médecins

M. Vulpian ayant conclu que l'acide salicylique est un *modérateur de la fièvre typhoïde*, on lui a naturellement demandé, et ce sont MM. Lancereaux et Depaul qui s'en sont chargés, si ce médicament modérait l'influence de la maladie qui a nom *fièvre typhoïde*, ou bien seulement l'élément morbide appelé *hyperthermie*, qui se présente dans tant d'autres affections. Le fait est qu'il serait assez difficile de se prononcer. Si l'expérience ultérieure venait à confirmer, non seulement quant à leur existence constante, mais encore quant à leur degré d'accentuation, les résultats annoncés par l'orateur, on pourrait dire tout au moins que le médicament jouit de propriétés antipyrétiques plus prononcées à l'égard de la fièvre typhoïde qu'à l'égard d'autres affections fébriles; on pourrait même aller jusqu'à présumer une action sur la pyrexie elle-même; car rien n'est moins concordant que les résultats des expériences entreprises sur l'action hypothermisante de l'acide salicylique, soit chez les animaux et l'homme sain, soit chez les animaux et l'homme malade. Ainsi G. Sée et Debove n'ont pas vu la température s'abaisser chez des animaux, Riegel et les élèves de M. Sée chez des hommes, les uns et les autres bien portants, qui avaient ingéré des doses plus ou moins élevées du médicament. D'autres, comme Gedl, l'ont vue tantôt s'abaisser, tantôt rester stationnaire. D'autres encore, tels que Scouly-Lagothetides, Siredey, Chirone et Petrucci, assurent qu'elle s'est presque constamment abaissée. On trouverait la même discordance si l'on s'adressait aux expériences sur les malades. Il faut néanmoins retenir, au point de vue de la question posée à M. Vulpian, que l'action hypothermisante de l'acide salicylique a paru manifeste, entre les mains d'assez nombreux praticiens, dans diverses affections pyrétiques, et que dès lors son mode d'action dans la fièvre typhoïde peut sembler encore indéterminée.

Glycosurie et paludisme (faits inédits).

Depuis que la question a été portée devant l'Académie de médecine, j'ai recueilli de nouveaux exemples de coïncidence entre les deux états morbides en question. Quelques-uns sont tirés de ma pratique; le plus grand nombre m'a été fourni par des confrères que je ne saurais trop remercier de leur concours.

Il y a quelques semaines, M. le docteur Jullien insérait dans la *Gazette hebdomadaire* même une intéressante obse vation. Quelques jours plus tard, un fait pareil m'était adres par M. Daniel Mollière, le jeune et actif chirurgien-major d l'Hôtel-Dieu de Lyon; puis je recevais le tribut de MM. A dhoui et Cornillon (de Vichy), et de M. Guinard, mon ancie interne.

La plus curieuse et la plus complète de toutes ces observ tions m'a été très obligeamment remise par un chirurgie espagnol, à qui j'adresse ici l'expression de toutes mes sy pathies. Au printemps dernier, lors de mon voyage en Espagn à propos du congrès médical de Séville, je m'arrêtai quelqu heures à Madrid. Un matin je me rendis à l'hôpital militair où j'eus la bonne fortune de rencontrer le chirurgien en che M. le docteur Camison, que j'avais autrefois connu à Pari et qui me fit avec la plus grande courtoisie visiter l'établi sement. Au moment où nous passions dans les salle M. Camison me montra entre autres faits curieux et d'u interprétation étiologique difficile, une gangrène du pied su venue dans la convalescence d'une pneumonie. Le malad interrogé sur ses antécédents, nous apprit qu'il avait eu jad des fièvres intermittentes rebelles. Je soupçonnai alors présence du diabète, qui aurait rendu plus explicable pneumonie et la gangrène. Il me fut répondu que l'exame des urines n'avait pas donné de résultats; mais on s'engage à renouveler l'analyse, ce qui fut fait, et ce qui fournit da la suite la confirmation de mes prévisions. Avec une obli geance dont je lui suis très reconnaissant, M. Camison m fit parvenir alors la note qui suit :

Obs. I. *Paludisme et alcoolisme anciens; pneumonie suivie d gangrène du pied; retour des accidents intermittents; appari tion du sucre dans l'urine; amputation de la jambe; nouv accès de fièvre; nouvelle constatation de la glycosurie* (1). — D... (Angel), hallebardier, quarante-trois ans, tempérament lym phatique, constitution robuste, bonne santé habituelle, variole dix-sept ans.

En 1858, il part comme soldat à l'île de Cuba, où il prend l'ha bitude des boissons alcooliques. Peu de temps après son arrivée il contracte des fièvres intermittentes à type tierce, qui, malgré l traitement, durent cinq mois. Un an après elles reviennent ave le même type, et se prolongent encore cinq mois. Après une inter mission de courte durée, troisième récidive de treize mois de durée

Depuis 1864, D... est atteint de diverses affections vénérienne (chancres, bubons, blennorrhagies, orchite), dont il guérit san accidents consécutifs.

En 1867, chancre syphilitique suivi de plusieurs poussées d

(1) Notes recueillies par M. le docteur Torrès, assistant du professeur Camiso

---

ou chirurgiens-adjoints; tous sont nommés pour deux ans. Le règlement spécifie que l'on prendra de préférence les adjoints parmi les médecins qui auront fait trois ans le service des pauvres. Qu'est-il arrivé? On a nommé d'abord aides de clinique les jeunes gens auxquels on s'intéressait; leur temps fini, ils ont passé au service des pauvres; au bout de quelques mois ou d'un an ils sont rentrés dans les hôpitaux à titre d'adjoints et y sont restés parfois trois ans, grâce à la tolérance de l'administration. « Il eût été trop flagrant, dit M. Kops, de renouveler constamment le même mandat. Que fait-on? Tour à tour on fait passer le même personnage du service d'aide de clinique à celui d'adjoint et *vice versâ*. C'est la muscade qui passe de gobelet en gobelet pour revenir à son point de départ. » — Quand ils s'y mettent, nos confrères bruxellois n'y vont pas de main morte, savez-vous.

Comment combattre un pareil état de choses? L'orateur propose un changement radical : la nomination au concours. La dernière partie de son discours, au lieu de viser des circonstances locales et accidentelles comme la première, est un plaidoyer doctrinal en faveur de l'institution; les arguments de fait sont pris surtout chez nous.

M. Kops cite M. Després, qui n'est pas tendre pour la génération actuelle et attribue sa stérilité en travaux scientifiques au mode de recrutement des professeurs. Il y aurai beaucoup à dire là-dessus : le concours n'est pas une panacée, ce n'est qu'un bon moyen de sélection. Appliqué judicieusement, il est infiniment préférable à l'arbitraire. Je ne crois pas que ni l'enseignement, ni la science trouvassent un profit notable à ce qu'on l'appliquât toujours et quand même. En admettant, ce qui n'est nullement démontré, que le niveau des études soit moins élevé en 1882 qu'en 1842, que l'on publie moins de travaux sérieux; croit-on que ce inconvénient disparaîtrait par le rétablissement du concours pour les chaires? La chose est au moins douteuse. Mais M. Kops n'en est pas là, il le réclame dans les mêmes

syphilides sur la peau et les muqueuses; celles-ci disparurent d'abord par le traitement, mais bientôt reparurent avec une telle ténacité que le malade n'en fut débarrassé définitivement qu'en 1870.

En 1867, c'est-à-dire après neuf ans de séjour à Cuba, retour en Espagne. Quelque temps après, récidive des fièvres intermittentes, offrant le même type que les premiers accès, mais ne durant cette fois qu'un mois et demi.

Depuis la cessation des manifestations syphilitiques, le malade a joui d'une bonne santé jusqu'au 13 février dernier, où il fut atteint d'une pneumonie du côté gauche à forme adynamique.

Le 20 du même mois, alors que la pneumonie était en résolution, et sans cause appréciable, D... éprouve des douleurs aiguës au pied droit, surtout aux orteils et à la face dorsale. Trois jours après, le pied avait une coloration noirâtre.

Le 15 mars, entrée à la clinique chirurgicale du docteur Camison, à l'hôpital militaire.

On constate alors l'existence d'une gangrène sèche étendue sur le dos du pied jusqu'au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, et à la plante jusqu'au talon; il n'existait pas encore de cercle éliminatoire.

Le malade accusait d'horribles douleurs ne laissant aucun repos malgré les calmants de toute sorte. Constitution très affaiblie; urine de coloration et de densité normales, sans sucre ni albumine. Température axillaire, 38 degrés; pouls normal.

Les jours suivants les douleurs persistaient avec la même intensité; le malade n'obtenait de calme qu'à l'aide d'injections hypodermiques de morphine; les parties molles du pied avaient l'aspect du cuir et la coloration de l'ébène; il n'y avait de suppuration qu'au niveau du cercle éliminatoire, qui commença à se dessiner le 27 mars. La température oscille entre 37°,4 et 37°,9.

Dans aucun des examens réitérés de l'urine on ne constata ni albumine ni sucre. Le malade était soumis à une alimentation réparatrice dont faisait partie le vin de Xérès. — Opium et chloral à l'intérieur; injections hypodermiques de morphine; lotions de la partie affectée avec la solution phéniquée à 2 pour 100, et application de compresses imbibées de glycérine phéniquée.

Le 18 avril, accès de fièvre intermittente parfaitement caractérisé; l'examen des urines, pratiqué une heure après la terminaison de l'accès, révèle des indices évidents de sucre; on ordonne 2 grammes de sulfate de quinine, et l'accès ne reparaît pas. Le lendemain et les jours suivants, plus de sucre dans les urines.

Après cet incident, le mal suivit son cours ordinaire sans grand changement; la température oscille entre 37 degrés et 37°,3 jusqu'au 27 avril, où on pratique l'amputation de la jambe au lieu d'élection, à une assez grande distance, par conséquent, du sphacèle, qui s'était avancé jusqu'au-dessus des malléoles. On s'était décidé à intervenir, parce que le sillon éliminatoire était parfaitement limité depuis plusieurs jours, qu'on voyait dans le fond des bourgeons charnus de bonne nature, que les artères fémorale et poplitée battaient normalement, et qu'enfin les tissus au tiers supérieur de la jambe semblaient tout à fait sains.

Opération sans accident. Pansement de Lister.

Le soir, la température était à 38 degrés. Les douleurs aiguës ayant cessé complètement, le malade put dormir quelques heures sans avoir recours aux narcotiques.

Le lendemain, température, 37°,5 le matin, et 37°,4 le soir. On renouvelle le pansement de Lister.

Les jours suivants l'état du malade est assez bon. Pas de changements notables jusqu'au 5 mai. Le soir, nouvel accès de fièvre intermittente aussi nettement caractérisé que celui du 18 avril. L'examen des urines révèle l'existence du sucre, qu'on n'avait pas trouvé les jours précédents. On administre le sulfate de quinine, l'accès ne se reproduit pas, et l'urine redevient normale.

Le 7 mai, onze jours après l'opération, on aperçoit sur la peau qui couvre la rotule une tache foncée d'aspect gangreneux de la grandeur d'un franc, et un autre comme une lentille à la partie latérale externe du tiers inférieur de la cuisse. L'amputation n'avait donc pas arrêté complètement la marche de la gangrène.

A la vérité, ces plaques de gangrène se sont montrées au-dessus du pansement, et n'ont amené aucun accident du côté du moignon.

On peut donc affirmer que leur apparition dépend d'un état général.

J'ajouterai quelques commentaires à cette observation.

Un soldat alcoolique et syphilitique contracte une fièvre intermittente rebelle, mais dont il semble enfin guéri. Le diabète n'est point soupçonné, et rien, en effet, ne peut faire croire à son existence.

Une pneumonie survient; elle guérit, mais est suivie d'une gangrène du pied. Cet accident conduit à examiner les urines, qui paraissent normales. Un beau jour arrive un accès intermittent bien caractérisé. Cette fois la glycosurie est manifeste. On donne le sulfate de quinine, tout rentre dans l'ordre.

Plus tard on ampute la jambe; quelques jours après, nouvel accès fébrile aussi nettement caractérisé que le précédent: aussitôt le sucre reparaît dans l'urine. La quinine est administrée de nouveau, la fièvre cesse, les urines redeviennent normales.

Il me paraît difficile de contester ici la relation existant entre l'accès intermittent et la glycosurie. Ces deux états étant latents, il a fallu de nouvelles excitations morbides pour les remettre en évidence. Nous pourrions nous demander si la pneumonie et la gangrène ne se sont point développées sous la triple influence de l'alcoolisme, du paludisme et de la glycosurie; mais cela nous mènerait trop loin, et nous forcerait à discuter la question de la combinaison et de l'asso-

---

...tes que chez nous; sous ce rapport personne ne le contredira.

— Les journaux russes du dernier semestre renferment un certain nombre de faits qui intéressent à différents points de vue l'enseignement et l'organisation de la médecine. C'est d'abord la nomination du comte Tolstoï au ministère de l'intérieur. Les souvenirs qu'a laissés cet homme politique lors de son passage à l'instruction publique, dans un précédent cabinet, sont loin d'être satisfaisants. Il a traité les Universités en maître ou plutôt en ennemi. Le caractère fondamental de son administration, c'était une défiance de parti pris se traduisant par un luxe de précautions puériles et de dispositions vexatoires.

On comprend que les médecins accueillent avec réserve le nouveau ministère. « Nous pourrons répéter longtemps encore, dit un journal de Saint-Pétersbourg : Cela varie, mais c'est toujours la même chose. Et pourtant l'hygiène publique intéresse au premier chef notre organisation intérieure; c'est une des conditions indispensables à la vie de l'Empire; la médecine est un rouage important de la machine gouvernementale; malgré cela les changements de ministres n'ont pas la moindre influence sur son développement. On ne fait rien, ou l'on fait si peu de chose qu'il n'en reste pas de traces. La statistique est toujours à l'état embryonnaire; il n'y a que des ébauches d'organisation; certaines contrées n'ont même pas de règlements; dans d'autres, ceux qui existaient sont tombés en désuétude. Sans doute on a pris dans ces derniers temps des mesures sérieuses, mais il s'agissait de circonstances spécialement graves et heureusement rares : la peste d'Astrakhan, des épidémies formidables de diphthérie et de typhus récurrent. Malgré tout, l'insouciance est restée la même dans les sphères gouvernementales en ce qui touche aux questions sanitaires. » Il n'est guère probable que ces plaintes si légitimes et si sensées, éveillent l'attention. Que les gouvernements soient autocratiques ou démocratiques, ils ne se passionnent guère dans des débats de ce genre; on trouverait plus d'un pays et plus d'une ville sur la carte

ciation des causes, sujet trop vaste et trop important pour être abordé incidemment.

M. le docteur Mollière, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a bien voulu m'adresser l'observation suivante, recueillie dans son service par son interne M. Lemoine.

Obs. II. *Arthrite fongueuse de l'articulation du genou droit chez un paludique; résection; rappel d'accès intermittents; glycosurie passagère.* — Bl... (Laurent), trente et un ans, vigneron, demeurant à Saint-Gelis-Laval (Rhône), entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, n° 55, le 12 novembre 1881. Il donne sur ses antécédents de famille les renseignements suivants : père mort à cinquante ans d'une pneumonie; mère morte vers le même âge de la variole; un frère mort à dix-huit mois d'une maladie indéterminée; un autre frère se suicide.

Bl..., fortement constitué, ne présentant aucun indice de scrofule, a joui jusqu'à dix-sept ans d'une excellente santé. Vers cette époque apparaissent des douleurs rhumatismales dans presque toutes les articulations, probablement causées par des bains répétés dans une piscine remplie d'eau très froide. Ces douleurs, sans acquérir une grande intensité, se localisent dans le genou droit.

A vingt ans, fièvre typhoïde longue, à convalescence prolongée, traversée par un retour de douleurs articulaires vives, surtout pendant la nuit, et atteignant de préférence le genou anciennement affecté et l'un des poignets.

Après la guérison, Bl... reprit son métier de vigneron, souvent exposé à la pluie et à la rosée du matin. A vingt-cinq ans, le genou droit devient plus sensible que de coutume et commence à gonfler; le travail n'est point suspendu pour cela. A trente ans, le mal faisant des progrès lents, mais continus, le patient entre à l'Hôtel-Dieu et y séjourne plusieurs semaines.

La marche était encore possible, mais seulement à l'aide d'un bâton; le genou, tuméfié et douloureux, pouvait à peine se fléchir. Le repos, la compression, la sudation avec la ouate ne produisirent pas beaucoup d'amélioration. Bl... quitta l'hôpital.

Peu de temps après, il fut pris pour la première fois de fièvre intermittente; les accès n'étaient pas très réguliers; ils se reproduisirent pendant une quinzaine de jours et disparurent spontanément.

Dans le courant de l'année 1880, ils reparurent à diverses reprises, toujours avec les mêmes caractères; ils étaient d'ailleurs très nettement caractérisés par l'invasion brusque, le frisson, la chaleur et la sueur abondante. Aucun traitement régulier ne fut institué.

Pendant toute une année, Bl... essaya de travailler en se servant d'un bâton pour marcher; mais il fut obligé de rentrer à l'Hôtel-Dieu le 9 avril 1881. On traita le genou par l'immobilisation et la compression, et au bout de six mois seulement on constata une véritable amélioration. Une fois encore le malade rentra chez lui en octobre, mais fut forcé de revenir en novembre; l'état de l'articulation s'était subitement aggravé.

La constitution était restée assez bonne; le cœur, les poumons étaient sains; aucune contre-indication opératoire ne semblait exister : aussi M. Mollière pratiqua-t-il, le 21 décembre, la résection de l'articulation malade en s'entourant de toutes les précautions de la méthode antiseptique. Ablation de la rotule, du plateau tibial et de la plus grande partie des condyles du fémur; abrasion complète de la synoviale. Réunion, drainage, application d'un pansement de Lister.

Quelques heures à peine après l'opération, frisson intense, élévation brusque de la température à 39 degrés; pouls petit, irrégulier, filiforme; en un mot, violent accès simulant la fièvre pernicieuse. En même temps, douleurs très vives dans le membre opéré.

Le lendemain matin, 22, rémission légère, mais persistance de la fièvre et des douleurs. Le début soudain, les caractères de l'attaque, font penser à un rappel de fièvre intermittente. On administre, en conséquence, 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 23, diminution des douleurs; la fièvre n'a pas entièrement cessé. Le soir, frisson d'intensité modérée; le thermomètre monte à 39°,5.

Le 24, rémission complète.

Le 26, nouvel accès dans la soirée, presque aussi violent que le premier. Température, 40 degrés. On continue le sulfate de quinine sans interruption pendant quelques jours, en diminuant progressivement les doses.

Depuis ce moment les accès n'ont pas reparu, et la guérison a marché, quoique lentement, entravée surtout par une diarrhée tenace qui s'est établie peu de jours après l'opération, et qui fatigue beaucoup le patient.

Tout allait assez bien, lorsque le 15 janvier apparaît sur le membre opéré un œdème qui, après avoir débuté à la jambe, gagne bientôt la cuisse et les bourses. On analyse les urines, qui sont peu abondantes et ne renferment pas d'albumine, mais en revanche contiennent du sucre. Le dosage exact indique 6 grammes 1/2 par litre.

L'œdème tend à reparaître, et la plaie opératoire continue à marcher vers la guérison.

Le 1er mars, des douleurs rhumatismales vives se montrent dans tous les membres, mais plus intenses dans la jambe gauche. Le salicylate de soude est administré, mais n'est point toléré.

Le 3 mars on procède à une nouvelle analyse des urines; on n'y retrouve ni albumine ni sucre. L'incident n'a pas de suite; à la fin du mois l'état était satisfaisant, le malade commençait à engraisser, et la consolidation des os était avancée. L'anorexie et la persistance de la diarrhée inspiraient seules quelques inquiétudes.

Cette observation présente beaucoup d'analogie avec la précédente. Voici encore une vieille intoxication paludéenne qui paraît guérie, et une glycosurie dont rien n'indiqu[e]

---

d'Europe où il y aurait beaucoup à faire sous ce rapport. Une épidémie se propage parce qu'on n'a pas pris de mesures sérieuses pour en empêcher la propagation; l'épidémie prochaine se propagera pour la même raison; il y aura des relations, des réclamations peut-être dans les journaux spéciaux, et ce sera tout. Comment pourrait-il en être autrement? Les intéressés eux-mêmes se désintéressent de la question ou la prennent à rebours. N'a-t-on pas vu l'année dernière en Russie une répétition des scènes sauvages qui désolèrent le monde à l'époque de la peste noire? Pendant qu'on pillait et qu'on massacrait les juifs dans la Kiovie, la diphthérie décimait les enfants du voisinage de Pultava; l'administration du comte Ignatiev se préoccupait de la question sémite, surtout pour se disculper aux yeux de l'Europe; elle n'avait guère le temps de songer aux *desiderata* signalés par la presse médicale; on peut prédire, sans un talent spécial de divination, que l'administration nouvelle n'y songera guère plus.

Du reste les mêmes journaux signalent d'autres plaies vives de ce colosse politique moderne qu'on appelle l'Empire russe. Depuis quelques années il existe à Saint-Pétersbourg des cours spéciaux de médecine à l'usage des femmes, fondés par le docteur Koslov. Cette institution, dont on ne saurait discuter l'utilité à distance, est actuellement en pleine prospérité; une des adresses lues à l'occasion du jubilé du professeur Botkine, l'a été au nom des étudiantes. Bonne ou mauvaise, l'institution est nouvelle, c'en est assez pour qu'elle excite la colère et la haine des amateurs systématiques du passé. On rencontre partout des gens pour lesquels la réaction est nécessaire et instinctive. Ne prononcez jamais le mot innovation devant eux, vous leur donneriez des accès convulsifs. C'est une aversion constitutionnelle et congénitale, semblable à celle du chat pour l'eau ou du dindon pour le rouge.

Les ennemis de l'enseignement médical en question ne prennent même pas la peine de motiver leur opinion su[r]

l'existence. On pratique une opération en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques. Contre toute prévision, un accès fébrile survient quelques heures après, accompagné de douleurs violentes. On reconnaît un retour de fièvre intermittente et on administre la quinine. Un nouvel accès presque aussi violent que le premier revient cinq jours plus tard. Le réveil du paludisme n'est point douteux, et l'on sait que les chirurgiens lyonnais sont bien placés pour connaître et reconnaître cette complication Malheureusement on ne pense point alors à examiner les urines. On y songe seulement vingt jours après, à l'occasion d'un nouvel incident. A cette époque, en effet, le membre opéré devient le siège d'un œdème étendu. Les urines sont assez rares; elles ne contiennent pas l'albumine qu'on y cherchait, mais elles renferment 6 grammes 1/2 de sucre par litre.

En mars on fait une nouvelle analyse. La glycosurie n'existe plus. Tout porte donc à croire qu'elle était sous la dépendance du retour de la fièvre intermittente.

En résumé, ici encore, paludisme et glycosurie à l'état latent; le traumatisme intervenant réveille l'un et l'autre; après quoi tout rentre dans le silence.

Dans les observations qui vont suivre, le traumatisme n'intervient plus. Nous n'avons à noter que la coïncidence du paludisme avec la glycosurie.

Obs. III. *Paludisme ancien; retour des accès sans cause appréciable; glycosurie méconnue; pneumonie à marche rapide et à forme adynamique; mort* (1). — Demange, soixante-quatre ans, peintre en bâtiments, entre à l'hôpital Lariboisière, service de M. Proust, le 24 janvier 1882. Point d'antécédents morbides sérieux; D... est le seul enfant d'un père mort jeune de hernie étranglée, et d'une mère morte très âgée de pneumonie. Ni syphilis ni rhumatisme; aucune trace de scrofule.

Originaire des Vosges, il a habité jusqu'à l'âge de quarante ans sur les bords du Rhin. A trente-quatre ans il a contracté la fièvre intermittente à type tierce, dont il décrit très exactement les accès, et pour le traitement de laquelle il a passé quatre mois dans un hôpital de Strasbourg.

Après sa guérison, il vint habiter Paris à quarante-neuf ans, exerçant la profession de peintre en bâtiments, à laquelle il paye son tribut en contractant à cinquante-deux ans des coliques de plomb, dont il fut traité à l'hôpital Lariboisière.

A cinquante-neuf ans, chute d'une échelle et fracture du coude droit. La guérison s'effectue d'une manière complète et sans accident.

(1) Observation communiquée par M. Guinard, interne des hôpitaux.

D... avoue que depuis une dizaine d'années il boit beaucoup, parce qu'il a toujours soif; il consomme par jour trois verres d'absinthe et trois verres de bitter, un litre de vin à chaque repas; jamais d'eau-de-vie; l'appétit est presque nul; les nuits sont mauvaises et agitées par des cauchemars; les mictions sont fréquentes; la plupart des dents sont tombées sans être cariées par le fait d'une gingivite expulsive; les gencives présentent le liséré plombé.

Il y a trois semaines, alors que la santé semblait parfaite, D... a été pris, dans la matinée, d'un accès de fièvre en tout semblable à ceux qu'il avait eus jadis à Strasbourg. Il rentre chez lui, et le lendemain travaille comme à l'ordinaire.

Le surlendemain matin, nouvel accès bien caractérisé. Un médecin prescrit le sulfate de quinine, qui est administré pendant quelques jours et fait disparaître la fièvre; le malade reste faible et sans appétit; il tousse et crache le matin. Le 22 janvier, violent frisson d'une heure et demie. Entrée à l'hôpital le 24. Point de côté sous le mamelon droit; toux brève et pénible; crachats colorés en brun; matité très étendue à droite; bronchophonie manifeste; langue saburrale; diarrhée abondante; soif intense; région splénique douloureuse à la pression. Les urines, examinées aussitôt, renferment une grande quantité de glycose.

Le 25, état adynamique très prononcé. 2 litres 1/2 d'urine rendue depuis la veille, renfermant 168 grammes de sucre. Température axillaire, 39°,5; 36 respirations; 120 pulsations.

Le 26, diminution des urines. Coma. Mort le soir.

Autopsie. — Tout le poumon droit en hépatisation grise. La rate, diffluente, pèse 280 grammes, et le foie 160 grammes.

Rien au cœur. Reins à peu près sains.

Nous constatons encore chez ce sujet la multiplicité des états morbides constitutionnels qu'on rencontre si communément dans la pratique, et dont l'étude ultérieure fournira des enseignements si utiles.

Notre homme, en effet, était à la fois paludique, glycosurique, alcoolique et saturnin. Cette dernière intoxication n'a sans doute pas joué de rôle appréciable dans le drame pathologique final; on peut donc la négliger. Il n'en est pas de même des trois autres facteurs : c'est d'abord le paludisme, qui se réveille sans cause appréciable; la fièvre est coupée, mais la faiblesse persiste. Un beau matin survient une pneumonie, qui en quatre jours entraîne la mort. On a deux causes pour expliquer la gravité de la phlegmasie pulmonaire : l'alcoolisme et le diabète; toutefois ce dernier me semble être seul en question, car l'absence de *delirium tremens*, l'adynamie profonde dès le début et la terminaison si prompte, rappellent bien mieux la marche de la pneumonie des diabétiques que celle des ivrognes.

des arguments de convenance ou de sentiment auxquels on se laisse presque toujours prendre. *Ils veulent que la médecine soit interdite au sexe faible, pour ne point augmenter la concurrence !...* « Nous connaissons, dit M. Herzenstein, dans le *Meditsinski Viestnik*, n° 18, 1882, un haut fonctionnaire... qui ne veut nullement entendre parler de l'enseignement de la médecine pour les femmes, sous prétexte que leur ingérence rendra plus mauvaise encore la situation des médecins actuels. »

Ceux-ci ne semblent guère se préoccuper d'une pareille éventualité; les femmes sont admises dans toutes leurs Sociétés savantes; elles ont rendu des services indiscutables dans la dernière guerre, dans les dernières épidémies. Quelques-unes se sont fait connaître par des travaux sérieux et justement appréciés. (L'auteur cite Mmes Eckert, Idelson, Chavanov, Rosine, Krasine, Bekach.)

Il y a d'ailleurs un argument bien autrement fort, la disette des médecins : la population de l'Empire est de 90 millions d'âmes, et il n'y en a au total que 14000; sur ce nombre 3000 habitent Saint-Pétersbourg et Moscou qui comptent ensemble 1 600 000 habitants; cela fait pour le reste du pays un médecin par 8000 personnes; c'est un coefficient assez faible. De plus, la répartition est inégale : le gouvernement d'Arkhangel compte 7 médecins en tout; un grand nombre de localités n'en ont jamais vu. Les malades sont soignés, comme il y a deux cents ans, par les sorciers de l'endroit. Dans la ville même et son district, il n'y en a qu'un seul, dont la circonscription a une étendue de 17862 verstes carrées, et compte 35000 habitants. La mortalité atteint des proportions effroyables; d'année en année, il y a dans ce malheureux pays une augmentation notable des cas de variole, de fièvre typhoïde et de syphilis... C'est le cas ou jamais d'appliquer l'aphorisme politique : *Salus populi suprema lex.* Les questions de convenance ou d'aptitude n'ont qu'un bien faible poids en présence de la nécessité : il faut, par tous les moyens possibles, augmenter le nombre des médecins et mettre l'Ad-

Il est intéressant de noter que, pendant le cours de l'affection ultime, la rate est restée douloureuse à la pression, comme dans les accès palustres.

A. Verneuil.

(*A suivre.*)

Contributions pharmaceutiques.

VASELINE, — PÉTRÉOLINE, — VIRGINIA, — CARBURINE, PARAFFINE MOLLE, ETC.

Toutes ces dénominations s'appliquent à une seule et même matière, qui n'est autre qu'un mélange de 25 pour 100 de paraffine, hydrocarbure solide, et de 75 pour 100 d'huiles lourdes de pétrole, hydrocarbures liquides. Sa préparation est bien simple :

Les goudrons qui forment les résidus de la distillation du pétrole, après avoir été désinfectés, sont mélangés avec six fois leur poids de charbon animal. Après vingt-quatre heures de contact dans une étuve à 50 degrés, on lessive le tout dans un appareil à déplacement avec de l'éther bouillant. On distille le véhicule, et la vaseline reste dans la cucurbite. On la chauffe ensuite à l'air libre, pour la priver de toute trace d'éther.

La vaseline est donc un produit naturel; elle fond à 35 degrés, bout à 30 degrés, et distille sans laisser de résidu. Elle est insoluble dans l'eau et l'alcool froid, se dissout facilement dans les corps gras, les essences, le sulfure de carbone, le chloroforme et l'éther. Elle dissout le brome, l'iode, le phosphore, le soufre et un certain nombre d'alcaloïdes.

Elle ne peut ni rancir, ni subir la saponification. Si on lui ajoute de la paraffine ou de la cire, elle prend une consistance plus grande, c'est-à-dire qu'au lieu de ressembler à du cérat elle ressemble à du suif. Si, au contraire, on la désire à un état liquide permanent, on n'a qu'à la priver de la paraffine qu'elle contient. Cette opération consiste à la dissoudre dans l'éther, à soumettre la solution à l'action du froid; la paraffine et les hydrocarbures solides se précipitent.

La parfumerie a compris de suite quel merveilleux parti elle pourrait tirer d'un produit doué de pareilles qualités. Aussi son emploi s'est-il généralisé, surtout pour l'enfleurage (extraction du parfum des fleurs), où elle a remplacé avec avantage les corps gras.

L'introduction de la vaseline en thérapeutique et en pharmacie a été plus lente. Ce sont les oculistes qui les premiers l'ont employée, et avec raison, car les pommades pour les yeux faites avec la vaseline sont des médicaments parfaits qui resteront dans la pratique. Mais en thèse générale, on ne voit pas que la vaseline, malgré ses qualités, ait remplacé les corps gras dans les préparations pharmaceutiques. En voici, je crois, les raisons :

La première, c'est qu'elle est d'un prix très élevé : 8 francs le kilogramme la blanche, et 6 francs la brune. Et encore ces prix sont-ils récents. Jusqu'à l'année dernière, la blanche coûtait 12 francs le kilogramme et la brune 8 francs.

Nous devons cette baisse de prix à la concurrence que M. Lancelot (pétréoline) a faite à M. Fougera (de New-York), propriétaire des brevets de fabrication de la vaseline.

Si l'on songe que l'axonge ne coûte que 1 fr. 50 à 2 francs le kilogramme, on sera, je pense, de mon avis en attribuant à cette cause une certaine importance.

Je comprends bien qu'on ne regarde pas au prix lorsqu'il s'agit d'un alcaloïde rare, mais ici le cas n'est pas le même. C'est un produit que les pharmaciens ne peuvent pas fabriquer eux-mêmes, dont le prix est quatre fois plus élevé que celui de l'axonge, substance qui se conserve suffisamment longtemps quand elle est préparée avec soin, ou encore mieux benzoïnée. Les médicaments préparés avec la vaseline sont forcément plus chers, et les bénéfices réels vont directement enrichir les gros industriels, qui en sont les détenteurs, au détriment du pharmacien et du client. Je trouve donc que les médecins ont bien fait d'être circonspects sur son emploi, et je ne saurais trop les engager à rester dans la même disposition jusqu'à l'abaissement suffisant des prix.

La deuxième raison, c'est qu'on craignait que la vaseline fût, comme la glycérine, un obstacle à la pénétration des médicaments à travers les pores de la peau. Je dirai tout de suite que cette crainte n'est point fondée. Dès que la vaseline a paru dans le commerce, mon premier soin a été de l'étudier à ce point de vue. Je fis une pommade composée de 10 grammes d'iodure de potassium et de 30 grammes de vaseline. Je m'en frictionnai largement à plusieurs reprises, et ce ne fut que le troisième jour que je trouvai de l'iode dans mes urines (l'axonge eût permis un passage plus rapide). Résultats identiques avec l'extrait de belladone et le mercure métallique; action positive du médicament, mais action un peu plus tardive.

Nous devons donc nous mettre en garde contre les réclames ou les illusions des intéressés. A les entendre, il faudrait d'un trait de plume rayer les corps gras du *Codex*, et leur

---

ministration en mesure de répondre à des exigences en face desquelles elle a conservé jusqu'à ce jour une indifférence que l'on comprend à peine. Si l'expérience démontre qu'on peut y arriver en distribuant largement et hardiment l'instruction médicale aux femmes, il n'y a qu'à marcher dans cette voie sans hésitation; les arguments empruntés à l'intérêt des praticiens actuels n'ont même pas raison d'être.

La nécessité d'une statistique médicale sérieuse est signalée par la plupart des journaux; là encore, tout est à faire :

D'après le docteur Portugalov, les compte rendus des naissances et des décès ne sont même pas exacts; les registres de l'état civil sont tenus par les ecclésiastiques avec la plus grande négligence. Souvent les mentions, inscrites d'abord sur une feuille volante, sont reportées Dieu sait quand et comment sur les registres; il serait possible de composer un amusant recueil d'anecdotes avec les incidents qu'a produits ce procédé, mais on essayerait vainement avec de pareils documents d'apprendre quoi que ce soit sur les causes de la mortalité; elle est, chez les enfants, plus considérable peut-être que dans aucun pays; il est absolument impossible d'en soupçonner la raison. « En Serbie, dit l'auteur, il existe au ministère de l'intérieur un service de statistique médicale avec un budget annuel. Tout médecin est tenu d'inscrire, à propos de chacun de ses malades, une courte notice sur un registre rayé et folioté que lui fournit l'administration; il y a des colonnes à part pour le nombre des visites, les prescriptions, le diagnostic, etc. »

Il est peu probable qu'une semblable institution puisse être acclimatée en Russie ou ailleurs. C'est fâcheux, car il n'y a pas d'autre moyen pour établir sur des bases scientifiques la statistique et la topographie médicales. L'initiative privée, les tentatives isolées donnent parfois de bons résultats. Nous avons vu des comptes rendus de l'hôpital des Enfants assistés de Moscou, remplis de faits intéressants; malheureusement il est impossible de rien déduire d'une statistique partielle, et bien des années s'écouleront probablement avant

substituer partout la vaseline ou pétréoline. Je ne partage pas leur opinion et je résume ainsi la mienne.

La vaseline, comme excipient, ne doit pas être préférée aux corps gras, son emploi devant être exclusivement réservé pour les pommades destinées à un usage prolongé, les antiophthalmiques, par exemple.

Je me propose d'étudier les formules données par MM. Lancelot frères. Ce sera le sujet d'un prochain article. Il est clair que je ne m'occuperai ici que des formules magistrales, les autres étant essentiellement du ressort de l'officine.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Médecine opératoire.

Deux cas de genoux varus guéris par l'ostéotomie. Observations recueillies dans le service de M. Eugène Bœckel, chirurgien de l'hôpital de Strasbourg, par le docteur Ad. Scheffer, médecin interne.

Le genou varus ou *genu varum* est une affection relativement rare, qui est à peine citée dans nos traités classiques, parce qu'elle ne pouvait être jusqu'à ces derniers temps l'objet d'aucun traitement.

Quoique les dénominations latines soient heureusement bannies de nos livres français depuis près d'un siècle, on les a cependant gardées pour la déviation en question, par imitation sans doute des auteurs étrangers. Mais alors, quand on parle d'un sujet atteint de cette difformité aux deux jambes, il faudrait dire qu'il a deux *genua vara* ou *valga*, ce qui choque singulièrement l'oreille. Je propose donc, sauf avis meilleur, de considérer *valgus* et *varus* comme des adjectifs français, qui ne se déclinent pas, et de dire tout simplement des genoux varus ou valgus. De fait, cet usage a déjà prévalu dans la dénomination des pieds bots, et l'on dit couramment: cet enfant est né avec deux pieds varus. (*Note de M. Bœckel.*)

Obs. I. — Kuntzmann (Jacques), de Lapoutroie, âgé de dix-huit ans, rattacheur dans une filature de coton, entre le 20 novembre 1881 à la salle 103 pour se faire traiter de deux genoux varus.

Pas d'antécédents morbides; les parents, ainsi que quatre frères et sœurs, vivent encore en bonne santé. Lui-même ne peut dire à quel âge il a appris à marcher. A douze ans il entra à la fabrique, et y a travaillé depuis comme rattacheur. Au bout de deux ans il ressentit déjà des douleurs dans les chevilles, un peu plus tard dans les genoux, et puis dans les hanches. A plusieurs reprises le malade dut interrompre son travail à cause de la violence des douleurs; en même temps il remarqua que ses jambes commençaient à s'incurver; mais la déformation s'est surtout accentuée dans les derniers dix-huit mois. Depuis quelques semaines il a dû suspendre tout travail.

Etat actuel, le 20 novembre 1881. — Jeune homme de petite taille, maigre, peau de couleur jaune sale; musculature assez bien développée; légers renflements rachitiques aux épiphyses des extrémités supérieures et inférieures; forte incurvation des deux jambes en forme d'O; hyperostoses mamelonnées sur les condyles externes des tibias et des fémurs; laxité anormale des ligaments du genou, qui permettent quelques mouvements de latéralité, même dans l'extension complète. Voici les mesures qui donnent une idée de la déformation: quand les deux pieds sont rapprochés, l'écartement entre la face interne des genoux est de 19 centimètres. Une attelle appliquée contre la face externe de la cuisse gauche reste en bas à 14 centimètres de la malléole externe, et à droite à 18 centimètres.

La déformation paraît produite surtout aux dépens de l'extrémité supérieure des tibias; cependant, au-dessous des petits trochanters, les deux fémurs présentent une assez forte courbure à concavité interne, qui n'est devenue bien apparente qu'après le rapprochement des genoux par suite de l'opération.

Opération le 21 novembre 1881. — Elle consiste en la section transversale et linéaire du tibia et du péroné droit, pratiquée à 2 centimètres à peu près au-dessous de la tubérosité antérieure, avec toutes les précautions antiseptiques, spray phéniqué compris. La bande élastique appliquée sur la cuisse assure l'hémostase; le membre est couché sur un sac de sable humide, comme le recommande Mac Ewen. L'anesthésie obtenue, M. Bœckel fait une incision longitudinale de 3 centimètres sur le tibia, y introduit le ciseau ostéotome, et divise l'os à petits coups, en s'évertuant de couper d'abord la couche compacte corticale des faces interne et externe, et puis la face postérieure. Vers le milieu de la section, on remplace le ciseau primitivement employé par un autre moins épais, pour éviter qu'il ne fasse éclater l'os comme un coin, en produisant des esquilles. La division du tibia exige ainsi près de dix minutes, mais elle est tout à fait nette.

On s'aperçoit alors que le péroné fait ressort et s'oppose au redressement facile; on s'apprête donc à le diviser immédiatement à trois travers de doigt au-dessous de la tête. L'os étant bien fixé entre le pouce et l'index gauche, le bistouri est enfoncé directement dessus, et le ciseau glisse le long de la lame du bistouri. On divise le péroné un peu obliquement par quelques coups de maillet.

Le redressement peut alors s'opérer sans effort, mais en maintenant le bord interne des fragments du tibia à 1 centimètre et demi d'écartement. Cet écartement se corrigera plus tard. Les plaies sont lavées avec de l'eau phéniquée 5 pour 100, mais on ne les réunit pas; on les couvre de mousseline phéniquée humide, de ouate et de gutta-percha maintenue par une bande. Puis on fixe le membre sur une attelle postérieure à pédale, sans trop s'occuper du redressement, qui ne sera complété que plus tard, après la guérison de la plaie. L'extrémité inférieure de l'attelle est maintenue haute au moyen d'une chaise renversée, pour diminuer l'afflux du sang; alors seulement on enlève la bande d'Esmarch.

Les deux premiers jours, le malade se plaint de quelques douleurs dans la jambe opérée, sans présenter de fièvre.

---

qu'un service régulier soit institué dans les principaux Etats européens.

— Le 27 avril dernier, on a célébré à l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg, le jubilé du docteur Botkin, qui atteignait sa vingt-cinquième année de professorat. C'est un des savants russes les plus connus chez nous. Un de ses ouvrages au moins, son *Traité de la fièvre*, est presque classique.

Des adresses ont été lues, au nom de l'Académie, de l'Université de Saint-Pétersbourg, des étudiants des deux sexes. Le professeur a répondu; ces harangues d'apparat échappent à l'analyse; leur principal intérêt c'est qu'elles conservent le souvenir de solennités répondant à des mœurs académiques qui ne sont plus les nôtres et qui ont perdu chez nous jusqu'à leur nom.

Dr L. Thomas.

Création d'un hôpital d'isolement pour les contagieux a Nice. — M. Ch. West a proposé à la Société de médecine de Nice la création d'un hôpital d'isolement pour les contagieux payants. On a intéressé les propriétaires d'hôtel, qui ont promis leur contribution pécuniaire; on compte sur des dons volontaires; cela est encore insuffisant. M. Charles West propose aux propriétaires d'hôtel de faire payer, à cet effet, une taxe de 1 franc à tout voyageur, quelle que soit la durée de son séjour à l'hôtel. Comme il descend 50 000 visiteurs par an dans les hôtels de Nice, on pourrait de la sorte recueillir 50 000 francs chaque année. L'achat des terrains et la construction ont été calculés à 500 000 francs; la taxe susdite suffirait donc à payer le revenu à 5 pour 100 de la somme, et à amortir celle-ci de 25 000 francs par an. Toute personne atteinte de maladie contagieuse pourrait être soignée par un médecin de son choix, d'après un tarif. (*Revue d'hygiène.*)

La vaccination obligatoire. — Nous avons annoncé que la vaccination obligatoire avait été rejetée, en Suisse, par un plébiscite. Voici le résultat du vote: pour la vaccination, 62 554; contre la vaccination, 225 730.

Le 21 novembre, matin, opération. Le soir, température, 37°,5.
Le 22, matin, températ., 37°,2. Le soir, températ., 39°,9.
Le 23, matin, températ., 37 degrés. Le soir, températ., 37°,6.
Le 24, matin, températ., 37°,2. Le soir, températ., 37°,7.
Le 25, matin, températ., 37 degrés. Le soir, températ., 37°,8.
Le 26, matin, températ., 36°,9. Le soir, températ., 37°,6.

On renouvelle le pansement le 23 et le 25, parce qu'il est imbibé de sérosité sanguinolente. La plaie est remplie par un caillot qui s'organise.

Le 28, le malade est anesthésié; on redresse aussi complètement que possible la jambe droite, dont la plaie est fermée, et on la maintient au moyen d'un appareil plâtré, garni d'une attelle externe. Puis on procède à l'*ostéotomie de la jambe gauche*, au même endroit et de la même façon qu'à droite. — Attelle postérieure à pédale.

Le 30, le sujet présente 39 degrés le matin, et en renouvelant le pansement on trouve sur la crête du tibia, un peu au-dessus de la plaie de l'ostéotomie, une plaque de gangrène superficielle de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, due, sans doute, à la pression exagérée d'un tour de bande. On y applique un plumasseau de chlorure de zinc. — La température baisse dès le lendemain, et au bout de deux jours elle est normale.

Le 9 décembre, la petite plaie résultant de la chute de l'eschare est fermée; celle de l'opération l'est depuis plusieurs jours. On redresse la jambe gauche, et l'on applique un appareil plâtré circulaire.

Le 6 février 1882, les deux fractures sont consolidées; mais comme le redressement n'est pas parfait et ne permet pas un rapprochement complet des deux genoux, M. Bœckel fait anesthésier le malade, et, saisissant la cuisse et la jambe avec les mains en même temps qu'il applique son genou contre le point ostéotomisé, il rompt le cal sans trop d'efforts. On procède ainsi sur les deux jambes, et elles se trouvent parallèles, sans aucune tendance au retour de la déviation. — Des appareils plâtrés sont appliqués et restent en place jusqu'au 27 février.

Le 7 mars, on permet au malade de se lever et de se promener avec des béquilles.

Le 6 avril, le docteur Scheffer le présente guéri à la Société de médecine de Strasbourg, à la place de M. Bœckel empêché.

Obs. II. *Ostéotomie des deux jambes dans la même séance.* — Hérold (Louis), de Kaysersberg, âgé de dix-huit ans, rattacheur, entre à la salle 103 le 9 décembre 1881, attiré par le malade précédent, qui est son ami. Les parents et huit frères et sœurs vivent en bonne santé. Lui-même est entré à la fabrique à l'âge de treize ans, et y a travaillé comme rattacheur, debout du matin au soir. Au bout de dix-huit mois, il commença à ressentir les premières douleurs dans les malléoles, plus tard dans les genoux et les hanches; elles le forcèrent à plusieurs reprises à s'aliter; mais il prétend que ses jambes ne se sont incurvées d'une façon marquée que depuis un an, et qu'elles l'empêchèrent de travailler à son métier.

A son entrée à l'hôpital, Hérold est assez maigre, sa peau est grisâtre, ses extrémités sont le siège de légères nouures rachitiques. — Les deux jambes, fortement incurvées, forment un O. La courbure paraît surtout siéger vers l'extrémité supérieure des tibias (fig. 1).

La distance entre la face interne des deux genoux est de 16 centimètres; une attelle fixée contre la face externe des cuisses reste à 13 centimètres et demi de la malléole externe gauche, et à 15 centimètres et demi de la droite. La taille du malade est de 1m,56. Il existe également des hyperostoses sur les condyles externes des tibias et des fémurs.

Le 11 décembre 1881, M. Eug. Bœckel pratique l'ostéotomie des deux tibias et des deux péronés dans la même séance. Il procède exactement comme dans l'opération décrite plus haut, sauf que le péroné est divisé avant le tibia. Après les sections osseuses, les deux jambes sont fixées sur des attelles postérieures à pédale dans un redressement très modéré.— Pansement antiseptique sans réunion des plaies.

Le 11 décembre, matin, opération, Le soir, température, 37°,4.
Le 12, matin, températ., 37°,3. Le soir, températ., 38 degrés.
Le 13, matin, températ., 37°,9. Le soir, températ., 37°,5.
Le 14, matin, températ., 37°,1. Le soir, températ., 37°,6
Le 15, matin, températ., 37°,4. Le soir, températ., 37°,9.

Le 13 et puis le 16, on renouvelle la mousseline phéniquée, qui est imbibée de sérosité sanguinolente.

Le 19, les plaies sont fermées. On anesthésie le malade pour achever le redressement et mettre les membres dans des appareils plâtrés.

Le 18 janvier 1882, ces appareils sont supprimés; la consolidation est déjà assez avancée, mais le redressement n'est pas encore parfait. M. Bœckel fait fixer une vessie de caoutchouc remplie d'eau entre les malléoles, et puis il rapproche les genoux à l'aide d'une bande élastique resserrée tous les jours.

Le 14 février, la consolidation et le redressement sont complets, de sorte qu'on permet au malade de marcher avec des béquilles.

Il peut s'en passer le 2 mars, et va faire sa convalescence à l'hospice Lovisa.

Le 6 avril, il est présenté à la Société de médecine, avec son

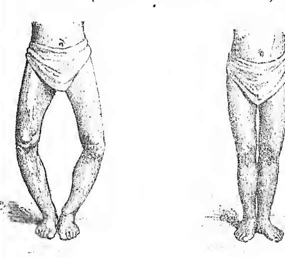


Fig. 1. Fig. 2.

camarade, dans l'état que montre la figure 2. Les deux genoux se touchent, ainsi que les tibias; on ne sent pas trace de cal. Par l'effet du redressement, sa taille a gagné 3 centimètres; elle est maintenant de 1m,59.

Ces deux cas présentent des analogies frappantes, et semblent calqués l'un sur l'autre : même âge, même profession, même étiologie. C'est évidemment l'air vicié de la fabrique et la station prolongée debout qui sont les facteurs principaux de la déviation. Celle-ci doit être rattachée au rachitisme, quoique les deux sujets ne présentent que des traces légères de cette affection, car les nouures des épiphyses et des côtes sont peu marquées. Par contre, on constate chez eux ces ostéophytes ou hyperostoses sur les condyles externes des fémurs et des tibias que Mac Ewen a signalés du côté interne dans les cas de valgus. Une autre particularité, c'est la laxité des ligaments des genoux, qui permet des mouvements de latéralité dans l'extension complète, et qui laisse même après la guérison une certaine faiblesse dans les membres indépendante de l'ostéotomie.

Le développement de la déviation s'est fait de la même manière chez les deux sujets. Entrés à la fabrique aux environs de douze ans, et forcés de rester debout toute la journée, ils ont à plusieurs reprises éprouvé des douleurs très vives dans les jambes, au point de devoir interrompre leur travail; mais ils prétendent tous les deux que l'incurvation n'a commencé que quatre ou cinq ans plus tard, et s'est alors complétée dans l'espace de quelques mois. Peut-être n'ont-ils pas bien observé les débuts, ce serait à vérifier par un médecin de fabrique.

Au point de vue opératoire, nous ne pouvons que confirmer l'innocuité complète des quatre ostéotomies pratiquées, dans la même séance, chez notre second malade, à l'exemple de Mac Ewen. On n'a qu'à regarder la feuille de température pour s'en assurer. Du moment qu'il n'y a pas de danger à opérer les deux jambes en même temps, il y a avantage à le faire, parce qu'on raccourcit la durée du traitement et qu'on

peut mieux diriger le redressement en rapprochant les deux membres l'un de l'autre.

L'ostéotomie s'exécutera comme nous l'avons décrite : on incisera d'un trait les parties molles jusqu'à l'os, puis on y portera le ciseau sans ruginer le périoste, car on s'exposerait par là à la nécrose. Il faudra faire pénétrer l'instrument à petits coups, le faire cheminer successivement sur les deux moitiés latérales du cylindre osseux, pour mener la section de front et éviter les esquilles.

Aussitôt que la division de l'os est complète, on peut redresser le membre, mais en produisant un écartement de 1 centimètre à 1 et demi entre les fragments osseux du côté de la concavité. En même temps les bords de la plaie sont tiraillés. Il vaut donc mieux assurer avant tout l'*immobilité* des fragments en fixant le membre sur une attelle sans se préoccuper beaucoup du redressement.

La plaie, qui n'a guère que 3 centimètres de long, ne sera pas suturée pour laisser le sang suinter dans la mousseline phéniquée qui la recouvre.

Au bout de huit jours l'incision est comblée, peut-être l'épiderme n'est-il pas encore entièrement formé à la surface, mais il n'y a plus de creux, et l'on peut redresser le membre à peu près complètement. On le fixera dans un appareil plâtré après avoir saupoudré la plaie d'iodoforme et l'avoir protégée par de la ouate.

Dix à quinze jours plus tard, c'est-à-dire deux à trois semaines après l'opération, on achève le redressement. A ce moment les fragments ne glissent plus l'un sur l'autre, mais leur extrémité paraît ramollie; en employant un peu de force, l'os se laisse redresser comme un bâton de bois vert, et n'a que peu de tendance à reprendre sa position vicieuse. On ne sent pas la virole du cal provisoire.

Cette espèce de plasticité de l'os qui se produit à une certaine période du traitement explique comment une ostéotomie linéaire est très suffisante pour corriger une courbure qui semblait réclamer absolument l'excision d'un coin osseux. Nos deux malades en sont la preuve.

Il en résulte aussi que la fracture sous-cutanée produite par l'ostéoclasie doit mener au même résultat, et nous sommes disposés à essayer le nouvel appareil de Robin (de Lyon) dans le premier cas qui se présentera.

Il ne faut cependant pas se faire illusion, et s'imaginer que toute espèce de danger aura disparu parce que la fracture est sous-cutanée. Sur une centaine de cas il arrivera probablement une fois ou l'autre un accident, et déjà les journaux de Lyon en citent quelques-uns. D'un autre côté, l'ostéoclasie, qui paraît très applicable à l'extrémité inférieure du fémur, l'est beaucoup moins au tibia.

L'ostéotomie, exécutée avec soin, d'après les règles que l'on connaît maintenant, ne présente guère plus de dangers que l'ostéoclasie; elle a de plus l'avantage de diviser exactement l'os à tel endroit que l'on juge à propos. Cependant il est évident qu'à résultat égal on devra préférer l'ostéoclasie; sinon il ne faut pas craindre de faire une incision et d'attaquer l'os avec le ciseau, en observant strictement toutes les précautions recommandées.

Certains chirurgiens regardent ces nouvelles opérations comme des témérités injustifiables, parce que, disent-ils, les genoux varus et valgus ne compromettent pas la vie. Sans doute, ces affections ne mettent pas la vie chirurgicalement en danger, mais elles exposent le malheureux qui en est atteint à mourir de faim, car il ne faut pas oublier qu'elles sont le triste apanage des classes ouvrières, et qu'elles empêchent le sujet de continuer son métier. Elles ne sont pas seulement des difformités plus ou moins choquantes à la vue, mais elles constituent des infirmités graves, et rendent des jeunes gens de seize à dix-huit ans invalides pour toute leur vie. Il est donc permis de leur faire courir un très léger risque pour les mettre à même de reprendre leur gagne-pain.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 14 AOUT 1882. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Sur la guérison du diabète sucré. Mémoire de M. *G. Félizet*. (Voy. *Gaz. hebd.*, n° 32, p. 531.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 22 AOUT 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

M. le directeur de l'Assistance publique adresse, sur la demande de l'Académie, la liste des personnes attachées au service médical des hôpitaux, mortes dans les trente dernières années victimes de leur dévouement professionnel.

M. le docteur *Grellety* envoie une note manuscrite sur *le traitement du hoquet*.

Mme *Finqueneisel* (de Constantine) adresse le tableau de ses vaccinations en 1881. (*Commission de vaccine*.)

M. *Hervieux*, faisant fonction de secrétaire perpétuel, dépose : 1° au nom de M. le docteur *Deshayes* (d'Orléans), un travail intitulé : *Contribution à l'histoire de la taille et de la castration*; 2° au nom de M. le docteur *Castaneda* (de Bogota), un mémoire imprimé ayant le titre suivant : *Causa y tratamento de la lepra de los griegos*.

M. *Villemin* offre, de la part de M. le docteur Sabatier, un ouvrage ayant pour titre : *Des températures, locale et générale, dans les maladies du cœur*.

M. *Depaul* présente, au nom de M. le docteur *Crouzat*, une brochure intitulée : *Nouveaux éléments de pelvimétrie et de pelvigraphie obstétricales*, ainsi qu'un *pelvimètre*, imaginé par le même auteur.

Traitement de la fièvre typhoïde par l'acide salicylique. — L'acide salicylique exerce une action modératrice assez puissante pour mériter de prendre place parmi les meilleurs modes de traitement de la fièvre typhoïde, tel est le fait qui ressort de la communication de M. *Vulpian* et de la longue discussion qui l'a suivie. On sait que depuis plusieurs années M. Vulpian essaie, dans son service hospitalier, les divers parasiticides dans le traitement des affections contagieuses; à la suite d'un travail de M. Hallopeau qu'il présenta l'an dernier à l'Académie sur le traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine, le calomel et le salicylate de soude, il pensa qu'il y aurait peut-être quelque avantage à introduire, dans le tube digestif des malades atteints de cette affection, des substances capables d'y détruire le ferment morbide auquel on en attribue l'origine, afin de s'opposer à son développement ou du moins d'en modérer l'intensité et d'en diminuer la durée. Dans ce but, il administra d'abord l'iodoforme; quoi qu'on en ait dit, cette substance est très peu antiseptique, elle n'enlève en rien l'odeur des macérations putrides et n'en diminue pas le nombre des ferments animés; aussi ne donna-t-elle aucun résultat. Avec le salicylate de bismuth, substance mal définie il est vrai, mais peu soluble et très antiseptique, employée aux doses de 8, 10 et 12 gr. par jour, M. Vulpian constata un abaissement considérable de la température des malades, les selles furent désinfectées et l'état général s'améliora; mais quelques jours après des dyspnées excessives se produisaient, ainsi que des hémorrhagies abondantes, si bien que l'administration du médicament dut être abandonnée. L'acide borique, antiseptique très puissant, peut être bien supporté jusqu'à la dose de 12 grammes par jour, dans un litre de limonade tartrique; toutefois ses effets furent nuls sur la fièvre typhoïde; de même pour le phénate de soude, à 9 grammes par jour. Ces diverses expériences font penser à M. Vulpian qu'il n'est pas possible de modifier la fièvre typhoïde, en cherchant à détruire le ferment morbide dans la cavité intestinale; il est probable que cette maladie, comme d'autres affections contagieuses, la variole, la rougeole, la scarlatine, etc., résulte d'une intoxication du sang et qu'on a beau détruire la matière septique, on n'empêche pas la maladie d'évoluer et de continuer sa marche en produisant toutes ses efflorescences internes et externes; il fau-

drait pouvoir annihiler le poison dans l'organisme lui-même et modifier l'état du sang consécutif à l'absorption du poison, et c'est là ce que l'on n'a pas encore réussi à obtenir.

Arrivé à cette période de ses recherches, M. Vulpian voulut essayer immédiatement un médicament très vanté depuis quelques années, surtout en Allemagne, l'acide salicylique; il l'administra d'abord, mélangé soit avec du phosphate de chaux, soit avec du sucre de lait; actuellement il le donne à l'état pur, à la dose de 6 à 7 grammes dans les vingt-quatre heures, par 25 à 30 centigrammes toutes les deux heures dans du pain azyme. Ce médicament ne détermina jamais d'accidents, sauf un peu d'excitation cérébrale qui ne tardait pas à disparaître lorsqu'on en cessait l'emploi, jamais de dyspnée ni d'hémorrhagies. Mais il produisit des effets remarquables que M. Vulpian résume en disant qu'il a toujours déterminé un abaissement de température considérable, obtenu en très peu de temps, c'est-à-dire qu'au bout de quarante-huit heures la température s'abaissait de 2 ou 3 degrés; soit, par exemple, de 40°,5 à 38°,5; cet abaissement persistait ou cessait avec la continuation ou l'abandon de l'usage du médicament et en même temps on constatait une amélioration des plus manifestes de l'état général. Ces effets de l'acide salicylique ne sont, il est vrai, pas allés au delà et M. Vulpian reconnaît que la durée de la maladie n'en parut pas diminuée; quant à son influence sur la mortalité, il faudrait, pour l'apprécier, une statistique plus considérable que celle de quinze ou vingt cas qu'il a observés. M. Vulpian pense donc que la thérapeutique possède dans l'acide salicylique un modérateur très puissant de la température dans la fièvre typhoïde, le médicament jusqu'ici le plus actif de cette maladie; il se demande, en outre, si l'on ne pourrait l'employer comme moyen prophylactique dans les épidémies de fièvre typhoïde; l'ingestion de l'acide salicylique paraît être sans danger à la dose de 25 grammes par jour, si l'on en juge par les expériences faites en Allemagne, notamment par Kolbe; peut-être pourrait-on ainsi prévenir l'action du poison typhique.

Une discussion très longue a suivi cette importante communication; M. *Bouchardat* fait d'abord remarquer que dans la fièvre typhoïde la médication arrive toujours trop tard, alors que les symptômes du début, si souvent sans importance, n'ont pu être observés par les médecins et que le poison typhique a déjà envahi l'organisme; il recommande aussi d'essayer l'essence de térébenthine, antiseptique très puissant, sans inconvénient et très facile à faire prendre aux malades.

L'idéal du traitement, déclare M. *Vulpian*, serait, en effet, de pouvoir soigner la fièvre typhoïde dès ses premiers symptômes, mais cela est aussi impossible à l'hôpital que dans la clientèle civile; il faudrait aussi pouvoir introduire dans le sang une quantité suffisante d'un agent antiseptique, capable de détruire les produits septiques qui ont envahi l'économie et modifier l'état de cet élément en proie à l'influence virulente. Mais l'organisme est tel que l'élimination des agents employés doit contre-balancer leur ingestion; les antiseptiques les plus puissants ne peuvent être administrés à une dose suffisante sous peine de devenir toxiques, et une fois dans l'économie ils s'y décomposent et sont absorbés sous une forme telle, que leurs produits de décomposition ne s'y trouvent pas en quantité suffisante pour exercer une action efficace.

M. *Jules Guérin* rappelle à ce propos les opinions qu'il partage depuis longtemps et qu'il a exprimées dans ses dernières communications, il y a quatre ans, à l'Institut et à l'Académie de médecine; de ses expériences il croit pouvoir conclure que les matières évacuées par les typhiques sont chargées d'un principe toxique, dont l'origine est peut-être due à l'ingestion d'un ferment, mais dépend d'une fermentation qui se passe au sein de l'économie. Le traitement doit, en conséquence, répondre à deux indications: 1° empêcher la phase d'intoxication, chasser le poison, et, 2° entraver l'altération de l'organisme produite par celui-ci. Les évacuants, depuis longtemps employés, et avec tant de soin, répondent à la première de ces indications; quant à la seconde elle nécessite l'usage des neutralisants, parmi lesquels le charbon a fourni à M. Jules Guérin d'excellents résultats en maintes circonstances. Il fait ensuite remarquer, à l'appui de sa manière de voir, qu'on observe fréquemment des fièvres typhoïdes, légères, ébauchées, pour lesquelles cette modération est des plus utiles.

M. *Vulpian* demande à quoi l'on reconnaît que la maladie n'est pas encore constituée; lorsqu'on arrive près d'un malade et qu'il n'a encore que du mal de tête et un peu d'embarras gastrique, la fièvre typhoïde n'en existe pas moins et poursuivra son évolution.

Pour M. *Lancereaux* la conclusion de M. Vulpian, en ce qui concerne l'action modératrice de l'acide salycilique dans le traitement de la fièvre typhoïde, serait plus efficace si elle se bornait à signaler cette action modératrice sur la température seule et non sur la maladie elle-même. L'acide salicylique est, en effet, un agent hypothermique, au même titre que les bains tièdes (à 28 degrés, 30), ou la digitale qui lui donne des résultats analogues dans le traitement de la fièvre typhoïde.

M. *Vulpian* fait observer qu'il est assez difficile de reconnaître l'action hypothermisante d'une substance quelconque en pareil cas; les médicaments produisent ce résultat en modérant les états morbides de l'organisme, en déterminant des effets modérateurs sur les éléments anatomiques atteints, par l'intermédiaire du système nerveux. L'acide salicylique n'agit pas seulement sur la température, dans la fièvre typhoïde, il produit encore une amélioration considérable et persistante de l'état général.

M. *Lancereaux* reconnaît que toute substance hypothermique, pour produire ses effets, doit préalablement agir sur le système nerveux; il en est ainsi, sans doute, de l'acide salicylique, mais il ne croit pas qu'il préserve le malade de la fièvre typhoïde.

M. *Villemin*, relevant l'opinion de M. Jules Guérin en faveur du traitement de cette maladie par les évacuants, croit que cette médication, appliquée dès le début, aggraverait plutôt l'état du malade; d'ailleurs, dans les hôpitaux militaires, où ces conditions de traitement sont la règle la plus fréquente, l'emploi des purgatifs n'a donné que de mauvais résultats. La fièvre typhoïde n'est pas une maladie à prodromes de plusieurs jours, comme on pourrait le croire généralement, ainsi qu'en témoignent les observations si nombreuses faites dans l'armée; dès qu'apparaissent les premiers symptômes, la maladie est constituée, et l'on ne peut vraiment savoir si la maladie ne serait qu'ébauchée; c'est une affection qu'on ne peut prévoir d'avance, et dont la marche ultérieure nous est inconnue; dès le début, une fièvre typhoïde est grave ou légère, et elle restera telle, malgré la médication employée. Actuellement les fièvres typhoïdes sont très nombreuses, mais aussi elles sont très légères; elles offrent aussi cette particularité, c'est que certains malades sont atteints à plusieurs reprises consécutives, la maladie évoluant chaque fois son stade ordinaire. Revenant sur le traitement par les purgatifs, M. Villemin ajoute que ceux-ci ont l'inconvénient de fatiguer les malades par des déplacements répétés, et que leur inutilité est aussi démontrée par les nombreux cas dans lesquels les typhiques sont et restent constipés durant tout le temps de leur maladie; or, la mortalité n'est pas plus grande chez ceux-ci que chez ceux qui ont de la diarrhée.

M. *Bouley* est frappé de la coexistence de l'abaissement de la température avec l'administration d'un antiseptique comme

l'acide salicylique; n'y a-t-il pas là une influence de cet abaissement de température sur le développement des vibrions, comme dans les expériences de M. Pasteur sur la bactéridie charbonneuse inoculée aux poules refroidies, et dans celles de M. Gibier, alors qu'en augmentant la température d'animaux à sang froid, celui-ci a pu les rendre aptes à l'inoculation charbonneuse? La contagion est, en effet, fonction d'un agent vivant qui pullule dans l'organisme, et bientôt M. Pasteur dévoilera ses expériences actuelles, non encore achevées, sur la présence d'un agent spécial chez le cheval et le lapin atteints de fièvre typhoïde.

M. *Jules Guérin* maintient qu'on peut constater assez fréquemment des fièvres typhoïdes légères, ébauchées, et il maintient aussi la division en deux périodes de cette maladie, périodes auxquelles répondent les indications thérapeutiques qu'il a formulées.

M. *Villemin* fait remarquer que ces deux périodes existent dans toutes les maladies infectieuses.

M. *Depaul* croit devoir faire observer que les médicaments qui abaissent la température n'ont pas par cela même une action modératrice sur la maladie; il est, en effet, une foule de médicaments qui sont dans ce cas. Par exemple, à une certaine époque, on a beaucoup préconisé la teinture de *veratrum viride*, comme modératrice de la température dans la fièvre puerpérale; or, « s'il est une maladie infectieuse, c'est bien la fièvre puerpérale, et elle l'est dès le début, avant que les sécrétions intestinales puissent être modifiées, puisqu'elle se produit même chez des femmes enceintes »; M. Depaul et divers médecins s'empressèrent d'essayer ce médicament; le pouls diminua, en effet, mais les malades n'en mouraient pas moins comme les autres. Il ne faut donc rien conclure de l'emploi de tous ces médicaments sur la maladie elle-même, et M. Depaul n'emploie les antiseptiques que pour désinfecter la cavité vaginale; la maladie étant connue, ajoute-t-il, qu'on nous donne donc le moyen de la guérir, sans s'égarer dans des théories et des expériences que chacun interprète suivant la nature de son esprit; « ce n'est pas là faire de la médecine sérieuse et ce n'est pas faire suivre à la médecine en général une marche scientifique ».

M. *Vulpian* s'élève contre des assertions aussi sévères; il est difficile de comparer la fièvre puerpérale, maladie fort grave, avec la fièvre typhoïde qui l'est incomparablement moins. Le rôle du médecin est, non seulement de guérir son malade, mais encore de le soulager; or, l'amélioration produite par l'acide salicylique sur les typhiques, est évidente; le médecin ne peut-il donc alors éprouver la satisfaction profonde du devoir accompli et des bons résultats obtenus?

— La séance est levée à cinq heures.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 AOUT 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Rapport sur les maladies régnantes : M. Ducastel. — Poudre de lait pour le traitement des affections gastriques : M. Debove. — Un cas de ladrerie chez l'homme : M. Troisier. — Traitement par l'électricité des troubles gastriques de l'hystérie : M. Apostoli.

Au début de la séance, le *Secrétaire général* donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de Pidoux, au nom de la Société des hôpitaux.

— M. *Ducastel* lit son rapport sur les maladies régnantes pour les mois d'avril, mai et juin 1882. La température moyenne a été légèrement inférieure à celle du même trimestre des années précédentes. La pression barométrique est restée faible, et la hauteur des eaux de pluie a été assez élevée. La mortalité générale a atteint des proportions inquiétantes : 4256 décès au lieu de 3624 dans le trimestre correspondant de 1881; la moyenne pour le même trimestre, calculée sur les dix dernières années, n'est que de 3380. La *phthisie pulmonaire*, de 879 décès constatés pendant le deuxième trimestre de 1881, a atteint, dans la même période de 1882, le chiffre de 1079 décès. Les formes rapides et pneumoniques ont été surtout fréquentes; les hémoptysies nombreuses. La *diphthérie* s'est montrée plus grave et les cas en ont été plus nombreux : 276 diphthéritiques, pendant le deuxième trimestre de 1881, fournissant une mortalité de 61 pour 100; dans le même trimestre de cette année, 378 diphthéritiques et une mortalité de 70 pour 100. En ville, on a relevé 728 cas de cette terrible maladie, et le coefficient mortuaire a été plus élevé d'un tiers que celui de l'an dernier. La *variole* a présenté une légère atténuation de sa morbidité et de sa mortalité. La *scarlatine* n'a fourni dans les hôpitaux que 161 malades au lieu de 214. Le chiffre des décès en ville a été de 146. La *fièvre typhoïde* a été relevée chez 452 malades admis dans les hôpitaux; 100 ont succombé. En ville, elle a causé 192 décès au lieu de 97 pendant les mêmes mois de 1881. La courbe saisonnière de cette affection présente cependant son hypogée normale au printemps; aussi, doit-on craindre une exacerbation pendant les mois d'été. Cette prévision commence d'ailleurs à se réaliser, et l'on constate dès à présent une véritable épidémie; les typhoïdiques encombrent les services hospitaliers.

M. *Rendu* saisit cette occasion pour faire observer combien il est surprenant que l'administration ait choisi précisément l'époque où les fièvres typhoïdes abondent pour fermer les services annexes dans les hôpitaux de Paris. Cette mesure regrettable a été prise à l'hôpital Tenon malgré l'avis contraire des médecins, que l'on aurait pu dès lors se dispenser de consulter.

M. *Dujardin-Beaumetz* déclare également que cette détermination de l'administration est déplorable en ce moment. Toutes les salles des hôpitaux sont remplies de typhoïdiques; on improvise de nombreux brancards dans les services, et l'encombrement est extrême. Il a constaté dans l'épidémie actuelle un certain nombre de formes anomales, entre autres des formes laryngées et quelques cas de *typhus ambulatorius*.

M. *Ducastel* fait observer que l'administration se retranche derrière l'absence de crédits affectés aux services annexes, qui ne doivent être ouverts qu'en temps d'épidémie : il semble pourtant que c'est le cas actuel, et d'ailleurs il serait plus simple et bien préférable à tous égards d'instituer ces services temporaires à titre définitif.

M. *R. Moutard-Martin* fait savoir que l'encombrement est tel qu'un certain nombre de typhoïdiques ont dû être dirigés d'urgence, la veille même, du bureau central sur le service annexe de l'Hôtel-Dieu, *théoriquement* fermé.

— M. *Debove* rappelle que parfois le régime lacté, si indispensable dans le traitement des affections gastriques et en particulier de l'ulcère simple, amène assez rapidement chez les malades un dégoût insurmontable qui empêche d'en continuer l'usage. On peut bien remédier à ce grave inconvénient par l'emploi de la sonde œsophagienne, comme dans le gavage des phthisiques; mais on ne peut introduire plus d'un litre à la fois, et on se voit dès lors dans la nécessité de renouveler l'opération six fois par jour, la dose de six litres étant celle que doivent en moyenne ingérer les malades atteints d'*ulcus rotondum*. Pour éviter les inconvénients multiples de cette fréquente introduction de la sonde, M. Debove a fait évaporer du lait écrémé (la crème étant peu digestible) et a réduit en poudre fine le résidu sec; il suffit de faire dissoudre, *à chaud*, cette poudre dans du lait ordinaire, pour pouvoir injecter dans l'estomac deux et trois litres de lait sous le volume d'un seul litre. — Peut-être cette poudre, qui fournit

d'excellents résultats dans les affections gastriques, pourra-t-elle être également très utile chez les brightiques, les cardiaques et dans tous les cas où le régime lacté doit être employé. M. Debove n'a pas encore expérimenté dans ce sens le produit qu'il présente à la Société.

M. *Dujardin-Beaumetz* demande quelle quantité de lait représente un volume déterminé de cette poudre.

M. *Debove*. 120 grammes de poudre de lait représentent environ un litre de lait pur.

M. *Dujardin-Beaumetz* emploie, pour le gavage des phthisiques, un mélange de poudre de viande, de poudre de sang et de poudre de lait; il en retire d'excellents effets. Il reconnaît d'ailleurs que la poudre de sang est peu digestible; aussi ne l'ajoute-t-il aux deux autres qu'à très petites doses, comme principe ferrugineux.

M. *Debove* partage absolument cet avis au sujet de la poudre de sang.— Il présente un nouveau tube flexible qu'il a fait construire pour le gavage. Ce tube, en caoutchouc rouge coulé, est plus lisse et plus résistant que celui dont on se sert communément; le cathétérisme de l'œsophage est par suite plus facile et s'opère sans que le malade soit obligé d'exécuter des mouvements de déglutition souvent pénibles.

— M. *Troisier* présente, au nom de M. le docteur Fournèse, un malade porteur de 15 ou 20 kystes à cysticerques. Le premier de ces kystes est apparu à la joue droite. Les autres se sont montrés successivement depuis, au cou, aux bras, à l'abdomen et même au périnée. Quelques-uns semblent sous-aponévrotiques; l'ablation d'un de ces derniers, situé au bras gauche et offrant, comme la plupart des autres, le volume d'un grain de raisin et une forme régulièrement ovoïde, a permis de constater avec le microscope la présence de crochets nombreux : le cysticerque lui-même est représenté par une vésicule remplie de granulations calcaires. Cet individu est donc atteint de ladrerie; il a d'ailleurs rendu, six mois avant l'apparition du premier kyste, un *tænia solium*, expulsé par le kousso. On peut se demander ici, comme dans les cas analogues déjà publiés, si ce malade a été infecté de ladrerie parce qu'il a avalé des œufs de son propre tænia, rendus avec les matières fécales, ou parce que des anneaux de ce tænia renfermant des œufs fécondés ont franchi le pylore et ont été digérés dans l'estomac.

On peut espérer que les cysticerques mourront spontanément, comme dans un cas rapporté par M. Duguet, mais peut-être aussi pourrait-on piquer chaque kyste avec une seringue de Pravaz, et amener la mort du parasite par l'aspiration du liquide contenu dans la petite poche.

M. *Rendu* fait remarquer que ce cas, joint à plusieurs autres publiés dans ces derniers temps, pourrait bien modifier les idées jusqu'ici admises sur l'évolution du *tænia solium* et les générations alternantes. Aucun fait analogue ne s'est encore produit avec le *tænia inermis*. — Il pense qu'il serait préférable, pour le malade de M. Troisier, de faire périr les cysticerques au moyen de l'électropuncture.

— M. *Apostoli* donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Nouveau traitement électrique de la douleur épigastrique et des troubles gastriques de l'hystérie*. Il conseille la galvanisation polaire positive du pneumogastrique droit, qui lui a jusqu'ici constamment réussi dans les 28 cas où il l'a employée. Le pôle positif d'un courant continu de pile est appliqué, sur une faible surface, au-dessus et en dehors de l'extrémité interne de la clavicule droite; le pôle négatif à large surface est placé dans la main opposée. L'intensité du courant doit varier, suivant l'effet à obtenir et la résistance du malade, de 5 à 15 milli-ampères. La durée de la galvanisation sera très variable et devra être continuée *jusqu'à effet produit;* les applications du courant devront être, autant que possible, répétées une ou deux fois chaque jour.

— A cinq heures un quart la séance est levée.

— La Société s'ajourne au vendredi 13 octobre.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Sur le danger et sur les avantages du traitement des plaies par l'iodoforme, par Falkson.

Nous croyons devoir revenir sur un mémoire dont il a été question très brièvement dans le mémoire de M. Hassler (n° 32, p. 526). Après avoir passé en revue les travaux qui, récemment, ont attiré l'attention sur les effets de l'iodoforme, l'auteur rapporte des expériences et des faits cliniques qui démontrent les effets de l'iodoforme, soit à dose thérapeutique, soit à dose toxique. Nous résumerons seulement les particularités les plus nouvelles observées par le docteur Falkson.

L'auteur, ayant opéré sur des chiens et des lapins, avait introduit l'iodoforme pulvérisé ou cristallisé dans la cavité péritonéale; dans ces expériences il a constaté l'élimination de l'iode par les urines avec grand soin; il a constaté que cette quantité a pu varier entre 2 et 25 centigrammes par jour avec des quantités d'iodoforme de 5 à 25 grammes. Il a retrouvé les dégénérescences graisseuses des reins, du foie, du cœur, l'amaigrissement, la gastrite. Il a conclu de ses recherches que le lapin peut supporter 3 à 8 grammes d'iodoforme par kilogramme de son poids, et le chien, 50 centigrammes par kilogramme; la dose hypnotique était identique avec la dose toxique. Le chien est donc bien plus sensible que le lapin.

Dans ses recherches cliniques, le docteur Falkson a d'abord étudié l'élimination de l'iode, chez des malades opérés pour des lésions osseuses par la méthode d'Esmarch. L'iodoforme est dans ces cas absorbé rapidement, et l'iode apparaît dans les urines quarante-huit heures après l'application; on a même trouvé cette substance dans les vomissements. La quantité d'iode éliminée est variable. Par exemple, chez un malade de dix-sept ans, 40 grammes d'iodoforme avaient été mis dans une cavité osseuse du condyle fémoral nécrosé; on trouva, les premiers jours, 51, 59, 49, 46 centigrammes d'iode dans les urines.

Chez une femme de soixante ans, après une amputation de la mamelle, 15 grammes d'iodoforme mis dans l'aisselle ont produit 26 centigrammes d'iode dans l'urine, même au dixième jour; chez un homme de trente ans, dont l'articulation du genou avait été ouverte pour un épanchement de pus, on introduisit 50 grammes d'iodoforme ; on trouva encore au trente-deuxième jour 3 décigrammes d'iode. Ces quantités d'iode éliminé par l'urine varient donc de 1 à 8 centigrammes par jour; l'élimination peut durer jusqu'à trois semaines.

De plus, l'iodoforme sec et cristallisé appliqué sur la peau intacte peut être résorbé, et en trente-six ou quarante-huit heures amener de l'iode dans l'urine, et sur la peau c'est plus encore l'étendue de l'application en surface que l'épaisseur de la couche d'iodoforme qui favoriserait l'absorption.

Après avoir passé en revue et commenté les faits observés par Mickulicz, Montig, etc., etc., et les résultats observés à la clinique de Schœnborn, à Kœnigsberg, l'auteur conclut que l'iodoforme est précieux dans le traitement des affections osseuses tuberculeuses, dans les plaies putrides, et en définitive toutes les fois qu'on a besoin d'un antiseptique ou d'un antiputride des plus puissants. L'auteur pense que la dose

doit être de 10 à 15 grammes environ, car on ne saurait prendre pour point de départ la dose qui n'est pas toxique chez le chien, c'est-à-dire 5 décigrammes pour 1000 grammes, ce qui, chez l'homme d'un poids de 60 kilogrammes, donnerait 30 grammes d'iodoforme, dose qui est trop élevée. (*Archiv für klinische Chirurgie*, XXVIII, Bd 1, Heft, 1882.)

De la structure de la moelle épinière, par le docteur Laura.

L'auteur a cherché à établir les connexions qui existent entre les divers groupes de cellules de la moelle épinière et les divers systèmes de fibres de cet organe.

Les cellules de la colonne grise antérieure ont des prolongements qui vont aux racines antérieures et d'autres qui, avec des fibres venant de la colonne grise postérieure, forment la commissure antérieure. D'autres prolongements des cellules du noyau de Stilling ou colonne de Clark, se dirigent d'abord en dedans, puis s'infléchissent en dehors de façon à former le faisceau qui aboutit au cordon latéral. Ce dernier cordon reçoit des fibres venant des colonnes antérieures et des colonnes postérieures.

Les cellules de la colonne grise postérieure sont donc munies de prolongements qui se rendent: les uns à la commissure antérieure, les autres aux racines antérieures, dans le cordon latéral, dans le cordon postérieur ou dans la colonne grise postérieure opposée, en s'entre-croisant derrière le canal central.

Souvent d'ailleurs, d'après l'auteur, on rencontre des cellules adjacentes qui ont des prolongements dirigés en sens divergent. Ces cellules existent dans divers points de la moelle épinière. (*Atte della Academia di Torino*, 1882, fasc. I, vol. VI.)

De l'acide salicylique dans le rhumatisme, par le docteur Russell (de Birmingham).

Ce mémoire fait connaître le résultat des diverses médications employées comparativement avec l'acide salicylique dans le traitement du rhumatisme. Cinquante cas furent traités par l'acide salicylique et trente-cinq par les autres moyens thérapeutiques. La chute de la température se montra après trente-six heures dans les premiers cas, et le séjour à l'hôpital fut de trente-neuf jours en moyenne. Chez les malades soumis à l'usage de l'acide salicylique, la chute de température fut manifeste dans la trente-troisième heure et la durée du séjour à l'hôpital de trente-huit jours. Chez vingt malades, la diminution des douleurs se montra dans les vingt-quatre heures qui suivirent l'administration du médicament. Sur cinquante-trois cas, onze fois on observa une rechute et deux fois la rechute fut double. La mort fut une seule fois la terminaison de cette maladie. Sur cinquante-cinq cas, trois fois l'administration des médicaments produisit des vomissements, six fois on constata du délire, cinq fois de la péricardite. Ces chiffres montrent l'influence que l'acide salicylique exerce sur le rhumatisme aigu. L'auteur conclut aussi que l'administration de ce médicament doit être très attentivement surveillée. (*British medical Journ.*, avril 1882.)

De la résection du genou, par le docteur Hayes.

Le docteur Hayes, chirurgien de l'hôpital de Dublin, a analysé les observations de quatorze opérations de résection du genou, pratiquées dans son service et pour des cas de maladies chroniques du genou. Onze malades guérirent complètement. Trois fois on dut pratiquer une amputation secondaire. De ces opérés un seul fut guéri.

Ces nombreux succès sont attribués par l'auteur au procédé d'immobilisation du membre après l'opération. Des rouleaux de flanelle sont placés de chaque côté de la jambe et de la cuisse; deux attelles de tôle perforées sont appliquées exactement sur la cuisse et la jambe, et maintenues par une autre pièce de fer. Un tourniquet s'appuyant sur des plaques placées en avant maintient les os dans l'immobilité. Le membre est entouré d'un appareil plâtré, et pendant cette opération on donne à la jambe la position qu'elle doit occuper par rapport à la cuisse. Le pansement est celui de Lister. Par ce moyen, le docteur Hayes assure l'immobilisation absolue du membre et à l'opéré la possibilité de changer de position dans son lit. (*Dublin Journ. of med. science*, 1882, février.)

Des déchirures traumatiques de la membrane du tympan, par M. le docteur Kipp.

Dans cette communication au Congrès de l'Association médicale des États-Unis, le docteur Kipp a réuni vingt-cinq observations de ce genre. Les causes de ces ruptures étaient le plus souvent des coups sur l'oreille ou sur l'apophyse mastoïde, des blessures par instruments piquants, et des traumatismes de la tête.

La symptomatologie de cette maladie consistait dans une violente douleur d'oreille, des tintements, de la surdité incomplète, de l'otorrhagie et dans l'existence des signes physiques de la blessure. Quand la lésion était le résultat d'une chute sur la tête, le malade avait perdu connaissance, vomissait, était atteint de vertige et de surdité complète. En général la déchirure était située sur la partie postérieure du tympan. Le traitement, qui consistait seulement dans le tamponnement du conduit auditif externe avec du coton, fut, dans vingt-cinq cas sur cent, suivi de la guérison sans inflammation. Dans un seul cas on observa une otite interne suppurée. (*The Medical Record*, 15 juin 1882.)

De la menstruation et des métrorrhagies dans les fièvres, par le docteur Bartel.

L'auteur a analysé 172 observations de fièvres, survenues chez des femmes. Dans 79 cas, la fièvre avait la forme du typhus pétéchial; dans 52, la forme intestinale, et dans 43, la forme récurrente. Les conclusions du docteur Bartel sont les suivantes:

1° L'influence de la fièvre sur la menstruation dépend de l'intervalle écoulé entre la dernière menstruation et le début de la pyrexie. Le flux cataménial peut être retardé de cinq à six jours; mais, au delà du sixième jour, il ne se montre plus. — 2° La suppression menstruelle est plus fréquente au début des formes abdominales que des formes récurrentes. — 3° D'après le docteur Bartel, dans 54,32 pour 100 des cas, la menstruation est régulière; dans 8,64, elle est irrégulière, et dans 37,03 elle ne se montre pas. — 4° La quantité des menstrues est augmentée dans les formes récurrentes et quelquefois diminuée dans les autres formes. Rarement on observe de l'aménorrhée, rarement aussi des fausses menstruations par congestion des organes génitaux (3,48 pour 100) et dans ce cas les congestions sont en général peu abondantes. Elles sont toutefois plus fréquentes dans les formes exanthématiques que dans les autres. Ces fausses menstruations n'ont jamais été observées chez les malades après l'âge de la ménopause. (*The London medical Record*, 25 juin 1882, p. 239 et *Saint-Pétersb. Inaug. Diss.* 1882.)

BIBLIOGRAPHIE

Valeurs des études cardio-sphygmographiques dans la détermination de l'état des valvules cardiaques et la démonstration des anévrysmes, spécialement pour les médecins experts des assurances sur la vie; par le docteur Isham, de Cincinnati (Ohio). — Extrait de *The Americ. Journal of the med. Sciences*, juillet 1882.

Il est souvent délicat de se prononcer, dans la pratique médicale ordinaire, sur la signification d'un bruit anormal perçu dans la région du cœur. Avant de poursuivre la recherche du siège d'une lésion cardiaque dont ce bruit peut être le symptôme, le médecin se préoccupe d'abord de savoir s'il s'agit d'un souffle *organique* ou d'un souffle *inorganique*. Or, la fréquence des souffles qui n'ont aucun rapport avec une lésion d'orifices, a singulièrement augmenté depuis un certain nombre d'années : tandis qu'autrefois on croyait ne pouvoir hésiter qu'entre les souffles systoliques dits *anémiques*, et le souffle de rétrécissement aortique, aujourd'hui on doit éliminer de plus les souffles extra-cardiaques qui simulent si bien les bruits anormaux d'origine valvulaire.

L'embarras en présence duquel se trouve le médecin praticien, redouble quand il s'agit de se prononcer vis-à-vis d'une compagnie d'assurances : ici on est placé entre la compagnie dont les intérêts sont en jeu et la personne qui veut contracter une assurance. Il faut donner un avis, et autant que possible le donner avec précision.

C'est dans les cas difficiles de ce genre qui peuvent se présenter, que l'application des données fournies par l'examen de l'appareil circulatoire, à l'aide de la méthode graphique, vient d'être conseillée par un médecin américain, le docteur Isham, de Cincinnati.

M. Isham a été témoin des efforts et des succès de l'un de ses compatriotes, le docteur Keyt, qui, depuis quelques années, s'est livré à l'étude des maladies du cœur et des vaisseaux avec un appareil enregistreur de son invention, le *sphygmographe composé :* M. Keyt a réalisé par des moyens qu'il serait trop long d'indiquer ici, l'inscription simultanée des pulsations du cœur et celles des principales artères; il a fait avec un appareil à eau ce que M. Marey a obtenu avec les appareils à transmission par l'air que tout le monde connaît.

Parmi les points qui ont surtout préoccupé M. Keyt, il en est un qui semble avoir une véritable importance : c'est l'évaluation du temps qui s'écoule entre le début d'une systole du cœur et le début d'une pulsation artérielle; ce temps est connu sous le nom de *retard du pouls*. Or, ce « retard » varie à l'état normal dans d'étroites limites, pour une fréquence du cœur déterminée ; il se modifie dans un rapport connu avec la rapidité des battements. De telle sorte qu'on peut dire aujourd'hui : normalement, avec une fréquence de 72 pulsations par minute par exemple, le pouls apparaît dans la carotide 1/10 de seconde, dans la pédieuse 1/5 de seconde après le début de la systole cardiaque. Dans un grand nombre de cas pathologiques, au contraire, ce *retard du pouls* s'exagère ou diminue dans des proportions tellement notables qu'on peut arriver à tirer parti de cette notion nouvelle pour préciser un diagnostic.

Ce qui est vrai des lésions valvulaires du cœur est également vrai de la plupart des anévrysmes, quand ceux-ci sont disposés de façon à détourner ou ralentir le courant sanguin. (Voy. la thèse de Pélix, *Sur le retard du pouls*. Paris, 1882.)

M. Keyt, ayant donc spécialement étudié ces questions dont quelques-unes avaient déjà fait l'objet de nos propres recherches, son collègue de Cincinnati a pensé que, dans les cas douteux, on pourrait tirer parti des notions acquises pour se prononcer sur la signification organique ou non organique d'un souffle entendu dans la région du cœur chez une personne qui veut contracter une assurance sur la vie.

Dans son travail, il résume avec observations personnelles et tracés à l'appui, l'état de la science sur ce point spécial.

Son but a été de montrer la valeur de la cardio-sphygmographie comme moyen de diagnostic complémentaire et d'engager ainsi les médecins des compagnies d'assurances à y avoir recours le cas échéant.

Il est évident que le conseil a du bon, nous nous permettrons cependant quelques remarques :

1° L'étude du retard du pouls a beaucoup de valeur, sans doute; mais c'est limiter d'une façon bien étroite l'emploi de la méthode graphique que de s'occuper exclusivement de ce point. Si les résultats que donnent les appareils enregistreurs ont une grande importance, c'est précisément parce que ces renseignements sont multiples et que le même examen fournit des données sur un grand nombre de détails de la fonction circulatoire.

Les *formes* graphiques du choc du cœur, de la pulsation des artères, etc., quand elles sont nettement déterminées, ont une importance que M. Marey s'est justement attaché à mettre en relief : M. Isham n'en parle pas, à tort, croyons-nous. Peut-être a-t-il hésité à soulever cette question précisément parce que l'appareil de Keyt, si avantageux à d'autres égards, est discutable au point de vue des courbes elles-mêmes; en sa qualité d'instrument *à eau* et *à longue colonne d'eau*, il donne des tracés dans lesquels il est facile de reconnaître des oscillations exagérées, dues à l'inertie du milieu mis en mouvement. Si tel est le motif du silence qu'a gardé l'auteur, sa réserve s'explique pour l'appareil spécial qu'il a entre les mains, mais elle ne doit pas s'étendre aux instruments *à transmission par l'air*, ceux qu'emploie Marey, qui sont exempts de ce reproche, si l'on évite les grands et lourds leviers.

L'examen des rapports du cœur et du pouls ne se borne pas à l'évaluation du retard de ce dernier sur la systole cardiaque. Prenons, par exemple, la question des *intermittences du pouls*. Un malade dont on tâte le pouls radial a des irrégularités de rhythme : une pulsation fait défaut de temps en temps. Il s'agit de savoir si cette intermittence est une *intermittence vraie*, c'est-à-dire résulte de la suppression d'une systole cardiaque, ou bien si c'est une *fausse intermittence* due à une systole avortée, à un « faux pas du cœur », comme on l'a dit. Souvent, l'examen par le toucher renseignera sur ce point : M. Lasègue l'a bien montré dans son mémoire. Mais il peut arriver que le tact soit impuissant à nous renseigner; c'est alors que l'examen graphique interviendra. Et quand on aura constaté, par exemple, que l'intermittence du pouls résulte d'un avortement de la systole du cœur, il s'agira de chercher *pourquoi* le ventricule gauche n'a pas envoyé d'ondée jusqu'à la radiale. On pourra s'assurer alors que la quantité de sang chassée par le cœur était trop faible, ou bien poussée avec trop peu d'énergie pour se faire sentir jusqu'au poignet; qu'elle se montre dans la carotide, mais tout juste assez pour que l'appareil marque un léger soulèvement. Ou bien on verra que la systole ventriculaire est arrivée trop tôt, avant que le ventricule ait eu le temps de se remplir : il s'agira alors d'une systole redoublée, simple trouble de rhythme. Dans d'autres cas, l'avortement de la systole résultera d'un reflux total du sang du ventricule gauche dans l'oreillette, il y aura insuffisance même, par conséquent lésion des plus graves. Sur tous ces points, et beaucoup d'autres encore que je suis forcé de passer sous silence, l'inscription simultanée du cœur et du pouls fournira des renseignements précieux; elle complétera et éclairera le diagnostic. L'examen des tracés pourra ne pas révéler de modifications du retard du pouls, et cependant il aura donné des signes d'une grande valeur.

Il ne faudrait donc pas limiter l'application de la méthode graphique à l'étude du retard du pouls quand il s'agit d'un cas de diagnostic, que ce soit du reste au point de vue spécial

d'une assurance sur la vie ou au point de vue plus général de l'examen complet d'un malade.

2° J'arrive au point qui constitue le fond même du travail du docteur Isham : à savoir si réellement l'emploi des appareils enregistreurs permettra au médecin de trancher suffisamment une question de diagnostic difficile pour autoriser ou faire refuser une assurance? On sent combien est grave une pareille question, et je ne me sens nullement en mesure de la traiter ici : je n'en dirai que quelques mots. Jusqu'ici la méthode graphique n'a réellement rendu de services signalés qu'en physiologie ; tout le côté de l'application pratique est à l'étude, et je crois que les hommes les plus compétents n'oseraient aujourd'hui donner une opinion formelle que dans des cas tout à fait exceptionnels, s'ils étaient appelés à se prononcer comme experts en matières d'assurances sur la vie. Cette réserve pourra paraître excessive, mais on ne saurait trop répéter qu'une méthode, pour féconde qu'elle soit, a besoin d'être longtemps mise à l'épreuve. Ce qu'on a eu le temps de faire pour la physiologie depuis l'époque où Ludwig a employé le premier appareil enregistreur, c'est-à-dire depuis 1847, on n'a pu le réaliser encore pour la clinique. Les bonnes volontés n'ont pas manqué, mais ce sont les appareils, c'est leur technique précise qui a fait défaut jusqu'à ces derniers temps. Il n'y a pas plus de quatre ans, à ma connaissance, que Marey est arrivé à former un outillage pratique pour l'examen des malades. Et combien de médecins, c'est-à-dire d'hommes pouvant appliquer ces ressources, s'en sont occupés depuis. S'il y en a quelques-uns à Paris, au voisinage immédiat de Marey, c'est tout ; cherchez ailleurs : vous trouverez çà et là en province quelques tentatives isolées ; à l'étranger, en Allemagne par exemple, quelques cliniciens comme Landois ; en Angleterre, d'autres, moins nombreux encore, comme Gibson à Édimbourg ; en Suisse, d'Espine de Genève, Keyt en Amérique, et voilà à quoi se réduit la faveur dont la méthode graphique a joui jusqu'ici auprès des médecins qui seuls pouvaient l'employer utilement. Comment, en aussi peu de temps et avec aussi peu de travailleurs, aurait-on pu grouper des documents suffisants pour avoir aujourd'hui une pratique telle de l'emploi de cette méthode qu'on puisse se prononcer dans une circonstance grave? Je suis absolument convaincu que, grâce aux efforts associés de plusieurs médecins, avant peu de temps cet état de choses aura changé ; alors nous pourrons, j'espère, avoir le degré de certitude suffisant pour fournir, en nous aidant de la méthode graphique, des renseignements précis sur l'état normal ou pathologique du cœur dans un cas douteux. Mais, pour le moment, nous devons nous borner à donner, entre médecins, un diagnostic qui n'engage que celui qui le porte et ne puisse nuire au malade. Peut-être le docteur Isham lui-même partagerait-il cette réserve s'il était appelé à mettre en pratique les conseils qu'il donne aux médecins des compagnies d'assurances.

François-Franck.

Index bibliographique.

Des hémorrhagies cutanées liées a des affections du système nerveux et en particulier du purpura myélopathique, par le docteur L. Faisans. — Thèse de Paris, Coccoz, 1882.

Cette intéressante thèse se divise en trois parties. Dans la première sont rapportées trois observations d'ecchymoses ou de purpura dans le territoire de nerfs irrités (névrite sciatique). La seconde est consacrée à l'étude des hémorrhagies cutanées consécutives aux lésions de la moelle (tabes dorsal, myélite transverse, cancer du rachis).

Enfin dans la troisième partie, la plus originale, l'auteur décrit le *purpura myélopathique*. C'est une forme de purpura, caractérisé par une éruption généralisée, assez exactement symétrique et quelquefois disposée sur le trajet des nerfs, éruption souvent accompagnée de troubles de la sensibilité, d'œdèmes sous-cutanés, d'arthralgies et même d'accidents gastro-intestinaux.

Cette forme de purpura, qui engloberait « la plus grande partie, sinon la totalité des cas de purpura rhumatismal, a probablement pour substratum anatomique une altération diffuse et de nature congestive du système postérieur de la moelle ».

Faisans rappelle, pour la réfuter, la théorie de Couty qui rapporte « le purpura nerveux » à une lésion du grand sympathique. Cette lésion n'expliquerait pas, en effet, la production de divers phénomènes concomitants au purpura, tels que les troubles de la sensibilité.

Étude clinique de l'absinthisme chronique, par Léon Gautier. — Thèse de Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1882.

L'abus habituel de l'absinthe détermine des accidents dont les uns sont semblables à ceux de l'alcoolisme, tandis que d'autres en diffèrent, soit comme degré, soit comme nature. Ces derniers symptômes peuvent se résumer ainsi : impressionnabilité du caractère avec alternatives d'irritabilité et de tristesse, troubles sensitifs et moteurs très prononcés, hyperalgésie occupant particulièrement les extrémités, la région ovarienne, le rachis, parésie symétrique des extrémités à marche ascendante vers la racine des membres, diminution rapide des désirs et de la puissance génitale, tendance à l'avortement. Les convulsions généralisées n'appartiennent qu'à l'absinthisme aigu. Les absinthiques meurent presque fatalement de tuberculose pulmonaire.

Études sur la sclérose du myocarde. etc., par Juhel-Renoy, interne-lauréat des hôpitaux. — Thèse de Paris. Doin, 1882.

M. Juhel-Renoy consacre sa thèse à une forme clinique spéciale de myocardite qu'il avait étudiée en collaboration avec son maître, M. Rigal, dans un article des *Archives générales de médecine* (1881). Il montre que la sclérose cardiaque peut évoluer, à l'état primitif, en dehors de toute altération de l'appareil valvulaire.

Ce processus, qui aboutit à l'hypertrophie du cœur, frappe surtout le cœur gauche, dans ses piliers et dans ses parois ; la sclérose revêt le type insulaire et vasculaire, c'est-à-dire que la prolifération du tissu conjonctif se présente sous forme d'îlots, au voisinage des petites artères ; la périartérite et l'endocardite constituent la première étape du processus histologique.

Comme causes de la sclérose hypertrophique du cœur, Juhel-Renoy relève, d'une part, les lésions de l'orifice aortique, d'autre part des maladies à déterminations scléreuses, alcoolisme, néphrite interstitielle, goutte, saturnisme.

Cliniquement cette affection se traduit par plusieurs symptômes qui sont constants : affaiblissement des systoles et du pouls, coïncidant avec leur augmentation de fréquence, sans irrégularité de rhythme, hypertrophie du cœur progressive, sans bruit de souffle.

La mort est la terminaison habituelle du fait de manifestations asystoliques. D'ailleurs c'est toujours la cirrhose du myocarde qui est la lésion primordiale de l'asystolie, même dans les affections valvulaires ; elle domine donc toute la pathologie cardiaque.

Douze cents formules favorites, par le docteur Gallois, 3e édition, 1882. — Paris, J.-B. Baillière.

M. le docteur Gallois a réuni dans ce petit volume les formules qu'il avait publiées dans l'*Union médicale*.

C'est un *vade mecum* commode pour le praticien. A chaque maladie, indiquée par ordre alphabétique, correspondent une ou plusieurs formules appropriées et, quelquefois, les principales indications d'un traitement complet.

Cette troisième édition a été mise au courant des conquêtes de la thérapeutique et s'est enrichie, d'après l'auteur, de 350 formules nouvelles.

De la thrombose veineuse dans les tumeurs fibrineuses de l'utérus, par le M. le docteur Bastard. — Thèse, 1882.

On s'était peu occupé jusqu'ici de cet accident dans l'évolution des fibromes utérins. Trousseau avait signalé spécialement sa fréquence dans les maladies cancéreuses. MM. Duguet (*Un. médicale*, 1878) et Sevestre (*Progrès médical*, id.) publièrent deux observations intéressantes de fibromes, avec thrombose. Dans l'une, la

mort fut déterminée par une embolie pulmonaire. Dans l'autre, il y avait oblitération embolique de la carotide interne gauche et de l'artère pulmonaire.

M. Bastard a réuni quatorze cas analogues. Les thromboses qui occupent habituellement le membre inférieur gauche s'expliquent par l'état anémique des malades et la compression exercée par la tumeur sur les veines iliaques. La possibilité des embolies donne à cette complication des tumeurs fibreuses une gravité particulière.

Notice médicale sur les eaux chlorurées iodiques, etc., de Salies de Béarn, par le docteur A. Dupourqué. — Paris, 1882. G. Masson.

La valeur de ce travail est attachée à plusieurs observations d'ophthalmies scrofuleuses et de tumeurs fibreuses de l'utérus, qui paraissent relever plus particulièrement de l'action des eaux chlorurées et bromo-iodurées.

VARIÉTÉS

Falsification du lait. — Depuis qu'une surveillance active est exercée sur la falsification, au moyen de l'eau, du lait mis en vente, les nourrisseurs se sont efforcés d'activer la lactation des vaches tenues à l'étable au moyen d'une nourriture appropriée, particulièrement par l'emploi des drèches. La quantité de lait est notablement augmentée, mais aux dépens de la santé des animaux. M. Ch. Girard, directeur du laboratoire municipal de chimie, à Paris, vient de signaler cette « sophistication avant la lettre » dans une missive adressée à la Société de médecine publique; il insiste sur ce que le lait, dans ces conditions, n'est plus qu'un « liquide aqueux, non nutritif et peut-être phthisiogène». La Société a confié l'examen de cette question à une commission composée de MM. Barier, Baron, Brouardel, Budin, du Mesnil, H. Fauvel, Girard, A. J. Martin, Napias, Pabst, Porak, Railliet, Trascot, Emile Trélat et Vallin.

Statistique des journaux médicaux. — D'après M. le docteur A. Dureau, bibliothécaire de l'Académie de médecine, le nombre actuel des journaux médicaux à périodicité fixe est pour la France et ses colonies de 147 (Paris, 35; départements, 52). — La Confédération germanique publie 133 journaux; la Grande-Bretagne, 69; l'Autriche, 54; l'Italie, 51; la Belgique, 28; l'Espagne, 26; la Russie, 26, la Hollande, 16; la Suisse, 10; la Suède et la Norvège, 9; le Danemark, 5; le Portugal, 6; les Principautés danubiennes, 4; la Turquie, 2; la Grèce, 1. Total pour l'Europe, 583. — En Amérique, on publie 183 journaux; en Asie, 15; en Océanie, 2.—Total pour les divers continents, 785. — Le nombre des journaux médicaux créés depuis 1679 dépasse 2500.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 15 août 1882, ont été promus dans le corps de santé de l'armée de terre :

1° *Au grade de médecin principal de 1re classe :* (Choix.) M. Pallé (Jean-Pierre), médecin principal de 2e classe. — (Choix.) M. Boisseau (Edmond-Maximilien-Etienne), médecin principal de 2e classe.

2° *Au grade de médecin principal de 2e classe :* (Choix.) M. Delahousse (Charles-Louis-Joseph), médecin-major de 1re classe. — (Choix.) M. Molinier (Auguste), médecin-major de 1re classe.— (Choix.) M. Milon (Urbain-Eugène), médecin-major de 1re classe.

3° *Au grade de médecin-major de 1re classe :* (Ancienneté.) M. Geniaux (Charles-Marie-Joseph), médecin-major de 2e classe. — (Choix.) M. Zaepffel (Emile-Léon), médecin major de 2e classe. — (Ancienneté.) M. Boppe (Roger-Gustave), médecin-major de 2e classe. — (Choix.) M. Poignon (Gustave-Nicolas), médecin-major de 2e classe. — (Ancienneté.) M. Rouget (Jean-Louis), médecin-major de 2e classe.—(Choix.) M. Crussard (Jacques-Louis), médecin-major de 2e classe.

4° *Au grade de pharmacien principal de 2e classe :* (Choix.) M. Babeau (Paul-Emile), pharmacien-major de 1re classe.

5° *Au grade de pharmacien-major de 1re classe :* (Ancienneté.) M. Zeller (Eugène), pharmacien-major de 2e classe.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. Luigi Concalo, professeur de clinique à l'Université de Turin.

École de médecine d'Alger. — Un concours pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle sera ouvert le 1er mars 1883. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Épidémies. — La nouvelle de l'apparition de la fièvre jaune à Gorée (Sénégal) est confirmée. On compte trois morts dans les journées du 24 au 26 juillet.

Nous apprenons que le typhus régnerait depuis plusieurs jours dans l'un des quartiers ordinairement les plus sains de la ville de Stuttgart. On compterait déjà actuellement une trentaine de décès.

Quarantaines. — Madrid, le 23 août 1882. — La *Gaceta* annonce que toutes les provenances de Manille sont soumises à la quarantaine à cause du choléra.

Des mesures sanitaires ont été prises également dans le Gibraltar espagnol, pour le cas où les malades anglais revenant de l'Egypte seraient atteints de quelque épidémie.

Mortalité a Paris (33e semaine, du vendredi 11 au jeudi 17 août 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1100, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 106. — Variole, 8. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 1.—Diphthérie, croup, 36.—Dysentérie, 2.—Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 1. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 50.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 23. — Autres affections générales, 60. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 40. — Bronchite aiguë, 13. — Pneumonie, 45. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 102; au sein et mixte, 66; inconnu, 9.— Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 83; de l'appareil circulatoire, 43; de l'appareil respiratoire, 60; de l'appareil digestif, 62; de l'appareil génito-urinaire, 21; de la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 1; épuisement, 3; causes non définies, 0. — Morts violentes, 37. — Causes non classees, 4.

Conclusions de la 33e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1279 naissances et 1100 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 906, 929, 925, 986. Le chiffre de 1100 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur à chacun des chiffres des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir : une atténuation pour la diphthérie (36 décès au lieu de 42 pendant la 32e semaine), l'infection puerpérale (1 au lieu de 6); une aggravation pour la fièvre typhoïde (106 décès au lieu de 47,) la scarlatine (5 au lieu de 2), l'érysipèle (7 au lieu de 4). A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 8 décès par variole (au lieu de 7), 13 par rougeole (au lieu de 14), 1 par coqueluche (au lieu de 2). En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la variole (21 malades reçus du 7 au 13 août au lieu de 25 entrés pendant les sept jours précédents) et pour la diphthérie (24 au lieu de 26), et supérieur pour la fièvre typhoïde (338 au lieu de 208).

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Salies-de-Béarn. Notice médicale sur ses eaux chlorurées sodiques, bromo-iodurées et observations cliniques, par M. le docteur A. Dupourqué, médecin-inspecteur. Brochure in-8. Paris, G. Masson. 1 fr.

Études cliniques sur le traitement des bubons vénériens, compression combinée à diverses méthodes thérapeutiques par M. le docteur E. Gavoy, 1 vol. in-8 de 90 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.

De l'expectation en médecine et en chirurgie, par M. le docteur Sorbet. In-8. Paris, O. Doin. 4 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Mottenoz, Adm.-Direct. des imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE
L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 9t, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 1er septembre 1882.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : LE SERVICE DES HÔPITAUX D'ENFANTS. — GLYCOSURIE ET PALUDISME (FAITS INÉDITS). — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : Service des hôpitaux d'enfants.

Une très intéressante communication de M. Marjolin sur les améliorations à apporter dans le service des hôpitaux d'enfants a donné lieu, de la part de l'Académie, à une sorte de démonstration inusitée, sur la proposition de M. Larrey, qui occupait le fauteuil en l'absence du président et du vice-président, les conclusions du mémoire que M. Marjolin avait l'intention d'adresser directement à l'Administration ont été discutées, et, avec quelques modifications, adoptées par la Compagnie; et le mémoire va être présenté, en son nom, à M. le ministre de l'intérieur.

Glycosurie et paludisme (faits inédits).

(Fin. — Voy. le numéro 34.)

J'ai reçu de M. le docteur Cornillon, ancien interne de Paris, médecin de l'hôpital de Vichy, et l'un des praticiens de province qui se tiennent le plus au courant des progrès de la science, quatre notes intéressantes. Si tous ceux qui observent le paludisme ou le diabète sur une large échelle voulaient bien s'en donner la peine, on ne tarderait pas à savoir à quoi s'en tenir sur la question en litige.

Le 26 mai dernier, M. Cornillon m'écrivait :

« J'ai en ce moment dans mon service, à l'hôpital, 5 diabétiques : 3 n'ont jamais eu de fièvres intermittentes; deux, au contraire, en ont plus ou moins souffert. » Tels sont :

OBS. IV. — Boisserand, de Bellenaves (Allier), employé au chemin de fer, a eu en 1851 des fièvres intermittentes qui ont fini par céder au bout de trois mois à l'emploi du sulfate de quinine. Nulle autre maladie. En 1880, B..., dévoré par la soif, buvait nuit et jour. On constata alors qu'il était diabétique. Il est aujourd'hui très affaibli, très maigre, ne pesant que 45 kilogrammes. Son urine renferme beaucoup de sucre. Sa rate n'est point hypertrophiée.

OBS. V. — Godignon, trente-cinq ans, cultivateur; taille élevée, 1m,73; pèse 63 kilogrammes; moins maigre, moins faible que le précédent. En 1871 et 1872, il a contracté en Afrique la fièvre intermittente, qui a duré quatre mois malgré l'usage du sulfate de quinine à hautes doses. C'est en décembre 1880 qu'on a reconnu la glycosurie. Aujourd'hui, la quantité de sucre est considérable. La rate n'est point hypertrophiée.

Le 20 juin, M. Cornillon m'écrivait encore pour me communiquer trois nouveaux cas de diabète qu'il avait dans ses salles.

Le premier est négatif en ce qui concerne le paludisme antérieur.

OBS. VI. — Soulier, marchand de fruits, quarante-deux ans, demeurant à Saint-Léonard (Loire-et-Cher). A douze ans, fièvre typhoïde; à trente-huit ans, anthrax volumineux. La glycosurie a été constatée à quarante ans. Ce malade a maigri, mais non encore très affaibli, n'a jamais eu les fièvres intermittentes.

Le second malade a eu les fièvres, mais on ne sait pas si elles ont précédé ou suivi l'apparition du diabète.

OBS. VII. — Villard, cinquante-deux ans, charpentier, à Ozelles (Saône-et-Loire), a eu la petite vérole à vingt ans. A quarante-sept ans, fièvre intermittente tierce qui dura un mois et demi et fut coupée avec du vin salé. Ce malade est actuellement très faible et très maigre; ses urines renferment beaucoup de sucre, mais on ignore l'époque du début du diabète. La rate n'est pas hypertrophiée.

Le troisième cas est plus concluant.

OBS. VIII. — Soury (Ant.), quarante ans, cultivateur en Champagne, diabétique depuis cinq mois; il est maigre et faible; 25 grammes de sucre environ par litre d'urine.

Il y a vingt-six ans, fièvres intermittentes tierces guéries par le sulfate de quinine après plusieurs mois de traitement. Rate normale.

Le 20 juillet, M. Cornillon m'envoyait des notes concernant trois nouveaux diabétiques soignés à l'hôpital de Vichy du 1er au 20 juillet. Un seul avait été autrefois atteint de paludisme.

Hudelot, vingt-sept ans, forgeron à Rennepont (Haute-Marne). Diabète maigre; n'a jamais été malade.

Savary, trente-six ans, cultivateur à Molay (Deux-Sèvres). Diabète maigre; n'a jamais eu la fièvre intermittente. Il y a six ans, antérieurement à la glycosurie, fièvre muqueuse qui dura six semaines.

OBS. IX. — Andrieux (Félix), quarante-sept ans, cordonnier, à Biarritz (Basses-Pyrénées). En 1858, étant soldat, il contracta en Afrique une fièvre intermittente qui dura treize mois, et fut traitée sans succès par le sulfate de quinine. Le changement de climat seul put la guérir.

En 1869, en Espagne, la fièvre reparut et dura six mois; une peur la guérit radicalement, car depuis elle n'est pas revenue.

En 1870, apparition de la goutte. Depuis cette époque, dix ou douze accès. Tophus aux doigts de la main droite.

En 1879, apparition du diabète. Andrieux a beaucoup de sucre dans l'urine, quoique goutteux.

Quatrième note, le 3 août, sur deux diabétiques, l'un gras, l'autre maigre, n'ayant aucun antécédent palustre.

L'intérêt des communications de M. Cornillon réside surtout dans ce fait que les observations qu'il m'a communiquées constituent une statistique intégrale. Cette statistique nous démontre que sur 13 diabétiques 5 ont eu les fièvres intermittentes, 4 certainement avant l'apparition du diabète, le cinquième à une époque dont on ne peut indiquer les rapports avec l'apparition du sucre dans l'urine.

Mon très distingué collègue à l'hôpital de la Pitié, M. le docteur Audhoui, avait dans ses salles, au printemps de cette année, un homme qui, atteint à l'âge de vingt ans d'une fièvre longue et rebelle, probablement paludéenne, succombait à trente-cinq ans dans le marasme diabétique. L'observation m'a été promise, mais ne me sera remise que dans quelque temps. En attendant, M. Audhoui, qui réside temporairement à Vichy, m'a fait prendre patience en m'adressant les notes suivantes recueillies tout dernièrement sur deux diabétiques de sa clientèle.

OBS. X. — M. J..., soixante-trois ans, agriculteur, atteint d'obésité, habite les Breusils, hameau de la Vendée; il est diabétique; ses urines, assez abondantes, contiennent 10 à 12 grammes de sucre par litre. L'appétit est conservé, les forces musculaires n'ont pas sensiblement diminué, l'excrétion cutanée est suffisante, les selles sont régulières.

M. J... se plaignant d'une soif inextinguible, ses urines furent examinées et la glycosurie fut constatée.

Quelque temps après, vers le commencement de la présente année, un énorme furoncle se développa à l'anus; on supprima de l'alimentation le sucre et les féculents. Cette modification dans le régime produisit un excellent effet; la soif cessa et la polyurie diminua.

M. J..., interrogé sur ses antécédents, nous apprit que depuis assez longtemps et à diverses reprises il avait éprouvé de légers troubles encéphaliques qu'on attribua à des congestions répétées ou à quelque lésion plus profonde. De plus, il a été jadis atteint de fièvres palustres.

Les Breusils sont situés dans le Bocage, pays marécageux où tout le monde a la fièvre; le sulfate de quinine, paraît-il, y est consommé par kilogrammes. M. J... s'y est établi définitivement à vingt-cinq ans. Peu après son installation il contracte une fièvre typhoïde bénigne, puis trois semaines après il est atteint de fièvre intermittente à type tierce. On emploie beaucoup de sulfate de quinine. La fièvre se suspend, mais revient toujours, tourne au type quarte, prend des allures irrégulières, et ne cesse qu'au bout de dix-huit mois.

A des époques que le patient ne saurait préciser, une seconde, puis une troisième attaque de paludisme se sont montrées et ont été combattues par le sulfate de quinine. Depuis longtemps il n'a plus rien éprouvé.

On ne relève chez M. J... aucune cause occasionnelle bien évidente de diabète; son obésité est constitutionnelle et héréditaire; il a paru fort surpris des rapports cherchés entre le diabète et le paludisme. D'après lui, les fièvres paludéennes sont si fréquentes dans son pays, que personne n'y échappe, et cependant, à sa connaissance, on n'y rencontre qu'un seul diabétique.

OBS. XI. — M. G..., soixante-sept ans, issu d'une mère arthritique, est né à Capestang et y habite. Cette localité, située, comme son nom l'indique, à l'extrémité d'un étang marécageux, et jadis empestée par la *malaria*, a été assainie par la culture de la vigne, mais tous ses anciens habitants ont été plus ou moins atteints par le paludisme.

M. G... se souvient très bien d'avoir eu, vers sa dixième année, une fièvre qui dura dix mois environ, et vers cinquante ans deux accès intermittents très caractérisés, et qui furent coupés avec le sulfate de quinine. A trente-deux ans, sans cause connue, et alors qu'il menait la vie de campagnard aisé, vivant bien et chassant beaucoup, M. G... fut réveillé au milieu de la nuit par une violente douleur du pied droit, avec gonflement et fièvre; les autres articulations furent successivement prises. Pendant de longues années divers traitements furent opposés à ces douleurs articulaires; la dernière atteinte eut lieu en 1864, à Vichy. Il n'y a jamais eu de gravelle, mais les fonctions digestives furent souvent troublées depuis l'invasion des lésions articulaires.

Cinq ans plus tard, en 1869, se déclare une soif intense, les urines sont examinées, et le diabète découvert, diabète bénin d'ailleurs et cessant par le seul fait du régime.

Aujourd'hui on constate l'existence de tophus de petit volume aux oreilles et aux mains; la santé générale n'est pas trop mauvaise, et le diabète ne détermine pas d'accidents spéciaux.

M. G... connaît à Capestang un autre diabétique, M. P..., qui est à peu près de son âge, est né dans la même localité, l'a toujours habitée, y a contracté dès son enfance des fièvres paludéennes, et vient chaque année à Vichy pour soigner son diabète.

Nous trouvons le fait suivant dans une communication récente de Moleschott, à l'Académie de médecine de Rome, *sur l'emploi de l'iodoforme dans le diabète sucré* (*Boll. del R. Accad. med. di Roma*, séance du 26 mars 1882, p. 83, obs. II).

OBS. XII. — Un propriétaire de Spolète vint me consulter en 1880, avec le docteur V. Maggioli. Le malade, âgé de quarante ans, avait souffert de fièvres palustres graves en 1869 et 1879, et avait conservé un engorgement de la rate et du foie. Il avait une incontinence d'urine, et celle-ci, dont la densité était de 1031, contenait beaucoup de sucre. Je ne pus évaluer en chiffres ni la quantité de l'urine, ni celle du sucre qu'elle contenait; le malade habitait loin de Rome; il était dans des conditions générales très malheureuses, épuisé, maigre.

L'emploi de l'iodoforme (10 centigrammes par jour) du 26 juin au 19 août, avait fait disparaître le sucre presque entièrement de l'urine. Dans ces huit semaines, le malade avait gagné 1 kilogramme et demi en poids.

Le 27 octobre, le poids avait augmenté de 2 kilogrammes et demi, et l'urine ne contenait plus que des traces de sucre.

En janvier 1882, il n'y avait plus de glycose dans l'urine. En même temps que l'iodoforme, le malade prenait de l'eau de Vals, source Saint-Louis, qui est ferrugineuse, arsenicale et alcaline. Le malade avait pu reprendre une vie très active.

Voici maintenant trois observations que j'ai recueillies moi-même depuis quelques mois.

OBS. XIII. *Stomatite glycosurique chez un ancien paludique.* — M. J. C..., propriétaire du département du Nord, cinquante-

huit ans, haute taille, constitution robuste, apparence de bonne santé, m'est adressé, le 15 octobre 1881, par son dentiste pour une névralgie linguale datant de huit mois environ. Le malade, fort inquiet, est persuadé qu'il est atteint d'un cancer.

L'examen de la langue ne montre aucun néoplasme, mais je constate l'existence d'une stomatite généralisée. La muqueuse bucco-pharyngienne et linguale est d'un rouge sombre et comme dépouillée çà et là de son épithélium. La surface est sensible au toucher et au contact des aliments. Bien qu'il n'y ait pas de tuméfaction appréciable, les mouvements que la langue exécute dans la déglutition, la mastication et la parole sont pénibles et notablement gênés; aussi l'alimentation est rendue assez difficile, ce qui, l'inquiétude aidant, explique un certain degré d'amaigrissement qui s'est manifesté depuis deux ou trois mois.

L'odeur de l'haleine est aigrelette et fade; la plupart des dents sont tombées; M. J... fait usage d'un râtelier.

La salive, essayée au papier de tournesol, est franchement acide. Je soupçonne que la stomatite est le résultat de cette acidité, laquelle serait due à son tour au diabète.

L'interrogatoire n'est pas très favorable à cette dernière hypothèse. Le malade, à la vérité, est arthritique. Il a souffert tout récemment encore de coliques néphrétiques et a rendu plusieurs fois des graviers, mais il n'est pas altéré et n'urine pas plus qu'un homme à l'état normal. Je réclame néanmoins l'analyse des urines. M. J. C..., voulant retourner le soir même chez lui, me promit de faire faire cette analyse par un pharmacien.

Quelques jours plus tard, je reçois la note suivante :

Urine claire, peu colorée; nul précipité par le repos. Densité, 1017; réaction acide faible; phosphates en petite quantité; urée, 5gr,89 par litre; glycose, 1gr,20. Point d'albumine.

Mes prévisions étaient donc confirmées. La glycosurie était faible, mais non équivoque, car plusieurs analyses avaient été faites et toutes avaient donné le même résultat. Je prescrivis par correspondance un traitement approprié, recommandant surtout les alcalins pour la stomatite et les arsenicaux pour la névralgie linguale. Quelques mois plus tard, je revis M. J. C..., qui avait éprouvé de mes prescriptions un soulagement marqué; je l'interrogeai alors sur ses antécédents; j'appris qu'outre des manifestations multiples d'arthritisme et une fièvre typhoïde contractée à dix-neuf ans, notre malade avait été atteint de fièvres intermittentes rebelles qui avaient duré de la dixième à la douzième année et avaient récidivé plusieurs fois; il s'y était joint une névralgie sous-occipitale fort rebelle qui était souvent revenue et qu'on avait l'habitude de combattre avec la belladone et la quinine.

Obs. XIV. *Paludisme ancien; glycosurie; épithélioma buccal.* — Mme Yw..., quarante-quatre ans, Polonaise, de petite taille, mais de constitution robuste, s'est très bien portée dans son enfance. A quinze ans, elle a contracté, en Moldavie, une fièvre intermittente rebelle pour laquelle des doses considérables de sulfate de quinine ont été ingérées. A dix-sept ans, cette fièvre a récidivé sous le type tierce, puis a fini par disparaître. La santé s'est rétablie, mais alors est survenue une jaunisse qui à plusieurs reprises a reparu au printemps. A la suite d'un refroidissement, les règles se sont arrêtées pendant quelques mois. Des douleurs rhumatismales articulaires ou névralgiques ont alors, à plusieurs reprises, tourmenté la malade.

Il y a deux ans environ, Mme Iw... ressentit les premières atteintes du diabète sous forme de soif ardente, de polyurie et de vives démangeaisons vulvaires. Les urines renfermaient 7 pour 100 de glycose.

En juillet 1881, une saison à Carlsbad fut prescrite. Le sucre disparut, pour revenir en octobre et disparaître encore en mars 1882. Mais pendant qu'on s'occupait du diabète, un autre produit pathologique apparaissait. Au printemps de 1881, une sorte de petite verrue se développait à la face interne de la joue gauche, vers la première grosse molaire supérieure. Peu douloureuse, à peine gênante, elle n'attira d'abord guère l'attention pendant le séjour à Carlsbad, mais comme elle avait augmenté, la malade dès son retour fut envoyée à Ostende. Les bains de mer agirent défavorablement. La petite tumeur devint le siège de douleurs très intenses, surtout la nuit. On arracha deux dents sans bénéfice, et l'on se mit à pratiquer presque quotidiennement des cautérisations, soit avec le chlorure de zinc, soit avec le caustique de Filhos. Naturellement, l'iodure de potassium ne fut pas ménagé, et, dans ces derniers temps, on prescrivit les pilules de Dupuytren, quoiqu'il n'y eût aucun antécédent spécifique et que la nature épithéliale de l'ulcération fût des plus évidentes.

On parla alors d'opération. Les uns conseillèrent à Mme Iw... d'aller en Allemagne, où on lui affirmait qu'elle trouverait des chirurgiens capables de la guérir. Les autres l'engagèrent à consulter, à Bruxelles, M. le professeur Deroubaix, qui considéra toute opération comme inutile et m'envoya la patiente.

Je trouvai un large épithélioma ulcéré de toute la face interne de la joue gauche avec induration de la peau; trismus symptomatique très prononcé, adénopathie cervicale et sous-maxillaire fort étendue; douleurs violentes, difficulté très grande de la mastication, de la déglutition et de la parole; excrétion continue d'une salive brûlante; malaise, découragement, etc.

Je partageai l'opinion de mon savant ami le professeur Deroubaix et déclarai toute opération inutile; seulement, je changeai de fond en comble le traitement local et général. Je fis pulvériser et gargariser l'intérieur de la bouche avec une solution de chloral à 1 pour 100, je supprimai les pilules de Dupuytren et les remplaçai par la liqueur de Fowler et l'eau de Vals au repas. A l'extérieur, je fis appliquer des cataplasmes émollients après frictions avec la pommade au chloroforme et à l'alcoolature d'aconit.

L'amélioration fut rapide; la joue se dégonfla et devint plus souple; les douleurs cessèrent presque instantanément ainsi que les petites hémorrhagies qui se faisaient par la surface ulcérée. La parole et la déglutition devinrent plus aisées et la pauvre malade s'imagina qu'elle allait guérir. Malheureusement, comme il était facile de le prévoir, l'amélioration ne dépassa pas certaines limites; la marche du néoplasme fut seulement très ralentie et les douleurs presque nulles. L'analyse des urines montra le retour de la glycosurie, en proportion modérée toutefois.

Obs. XV. *Paludisme ancien; accès de fièvre et névralgies; anthrax de la nuque; glycosurie assez forte, mais passagère; retour des douleurs névralgiques; sulfate de quinine; guérison.* — Justine B..., cinquante-deux ans, couturière, entra dans mes salles à la Pitié pendant les vacances de 1881, pour un gros anthrax de la nuque, qui mit cinq semaines à guérir. Cette affection s'accompagnait de fièvre et de phénomènes généraux assez sérieux. Tourmentée par la soif, la malade buvait au moins 6 litres de tisane par jour; les urines, très abondantes, renfermaient une assez forte proportion de sucre. Lorsque je repris mon service, en octobre, la malade était presque guérie. Je fis faire une nouvelle analyse des urines, le sucre avait complètement disparu. L'examen répété plusieurs fois resta toujours négatif.

Avant de signer l'exeat, je procédai à un interrogatoire minutieux, rendu facile d'ailleurs par l'intelligence développée de la patiente.

Justine B..., d'origine belge, est venue à Paris vers l'âge de quatorze ans; elle ne peut donner aucun renseignement sur la santé de ses parents. C'est une femme de petite taille, maigre, assez chétive, ayant toujours vécu misérablement et n'offrant aucun des attributs de la constitution arthritique. Dans son enfance, elle a eu des gourmes et souvent mal aux yeux; à sept ans, fièvre typhoïde. Les règles, venues à douze ans et demi, ont toujours bien marché, interrompues seulement par de fréquentes grossesses.

A vingt-deux ans, dans la convalescence d'une couche, survinrent des fièvres assez intenses revenant tous les deux jours, et qu'on essaya de couper avec une poudre très amère qui lui faisait tourner la tête. Ce médicament, dans lequel on reconnaît facilement le sulfate de quinine, n'eut point de succès. La fièvre, après avoir duré six à sept semaines, guérit par l'emploi du suc de citron et du café noir.

Justine B... n'avait point quitté Paris, mais elle habitait alors la rue Pascal, située près de la Bièvre, et allait laver son linge à cette petite rivière. Or, on sait qu'il y a trente ans le quartier traversé par la Bièvre était fort insalubre et que la fièvre intermittente y était souvent observée.

De temps à autre, après les règles, un ou deux accès revenaient et se dissipaient sans traitement.

A quarante-huit ans, époque de la ménopause, les fièvres revinrent avec sueurs abondantes, vives douleurs de tête; elles durèrent quelques semaines et disparurent d'elles-mêmes.

Il y a deux ans, Justine B..., alors âgée de cinquante ans, fut prise de douleurs névralgiques violentes dans la tête, dans le cou, et dans le ventre au niveau des hypochondres. Combattues par une foule de moyens insignifiants, ces névralgies ne durèrent pas moins de trois mois et s'usèrent à la longue.

En septembre dernier, les fièvres reparurent; elles revenaient tous les jours et présentaient les caractères de la fièvre intermittente : frisson, chaleur, sueur. A peine duraient-elles depuis quinze jours que l'anthrax de la nuque se déclara, forçant, au bout de quelques jours, Justine à entrer à l'hôpital.

Les renseignements qui précèdent établissaient bien clairement l'existence du paludisme antérieur. La glycosurie avait également existé de la façon la plus formelle, mais elle semblait avoir suivi la destinée de l'anthrax puisqu'elle avait disparu avec lui. Il était intéressant de suivre ce cas et de voir de temps à autre ce que deviendrait cette malade. Je l'engageai donc à venir me voir et à m'apporter de ses urines. Vers le 15 novembre, elle vint me trouver un matin au commencement de ma visite. Elle me pria aussitôt de vouloir bien lui faire donner à boire parce qu'elle était toujours tourmentée par la soif.

Elle m'apportait en même temps une fiole renfermant, suivant mes instructions, une partie de l'urine des vingt-quatre heures précédentes. Comme il y avait polyurie, que les urines étaient pâles et légèrement opalines, j'étais convaincu qu'elles renfermaient du sucre. Il n'en était rien cependant. Les signes rationnels du diabète, polyurie, polydipsie, anthrax antérieur, existaient, mais sans le signe prédominant, la glycosurie.

Je recommandai à la patiente un régime que sa position ne lui permettait guère de suivre, et l'engageai à revenir me voir au cas où quelque affection nouvelle se développerait.

Mes offres ne tardèrent point à être acceptées. Le 10 décembre, Justine vint me demander un lit. Depuis le commencement du mois, des douleurs névralgiques occupaient la moitié gauche du visage; depuis deux jours, l'œil avait été envahi. Nous constatâmes une blépharo-conjonctivite intense avec sécrétion muco-purulente abondante, larmoiement considérable à certains moments du jour, blépharospasme, etc. La pression même légère exercée sur le globe de l'œil est pénible, bien que la tension intra-oculaire n'ait guère augmenté ; la cornée, les milieux oculaires conservent leur transparence, la vision est intacte. La névralgie occupe les trois branches du trijumeau, et on provoque une vive douleur en pressant sur les points d'émergence des branches ophthalmique, maxillaire supérieure et inférieure. Parfois la narine gauche laisse écouler une grande quantité de mucus clair.

Il est bien évident que les lésions oculaires ne sont que l'écho de la névralgie du trijumeau. Néanmoins, comme l'état n'était pas dangereux et que les souffrances ne se manifestaient avec intensité que pendant les premières heures de la journée, je me contentai de prescrire les moyens généraux : repos au lit, occlusion des yeux, collyre au sulfate d'atropine, purgatif salin, régime léger.

Au bout de deux jours, ces prescriptions n'ayant rien produit, comme je m'y attendais du reste, j'administrai, à la dose de 60 centigrammes, le sulfate de quinine qui fut fort bien toléré et qui en trois jours fit disparaître les douleurs, la photophobie et le spasme des paupières. La blépharite seule se montra plus tenace; au bout de deux semaines, le bord des paupières du côté gauche était encore rouge et un peu tuméfié. Un beau jour survint aux lèvres et au pourtour des narines une éruption d'herpès qui sembla mettre fin à l'affection oculaire.

Il n'est pas sans intérêt de noter que Justine B..., à son entrée, se plaignait d'embarras gastrique et de douleurs vagues dans l'abdomen, comparables à celles dont elle avait souffert deux ans auparavant. Je fis l'examen du ventre et constatai de la manière la plus nette l'hypertrophie du foie et de la rate, avec sensibilité des hypochondres à la pression.

Il est à peine besoin de dire que l'analyse des urines fut faite deux ou trois fois dans le cours de décembre et de janvier, elle resta toujours négative. La soif persistait à un certain degré.

Le sulfate de quinine fut continué pendant une semaine. On avait voulu le supprimer au quatrième jour, mais les douleurs et le larmoiement avaient aussitôt reparu. Pendant tout le reste de son séjour, c'est-à-dire jusqu'au 15 janvier, la malade prit chaque jour quatre gouttes de liqueur de Fowler. Elle quitta mes salles en très bon état et très satisfaite d'avoir été si vite délivrée de sa névralgie faciale. Je n'en ai plus entendu parler.

Cette observation me paraît un type de ces glycosuries tardives, faibles et passagères, comme le paludisme semble souvent les engendrer; glycosuries latentes pour la plupart du temps, et qu'un traumatisme ou une affection aiguë réveille pour quelques jours ou quelques semaines. Le développement de la glycosurie est d'autant plus remarquable dans ce cas que la malade était plutôt scrofuleuse qu'arthritique, qu'elle avait toujours vécu assez misérablement, et que par sa constitution, son régime et ses conditions hygiéniques elle n'était guère disposée à devenir diabétique. C'est la seconde fois que je vois le diabète chez des strumeux; or, dans les deux cas, il y avait eu paludisme évident. C'est pour moi une raison de croire ici à l'origine palustre de la glycosurie.

Ai-je besoin de dire que je considère l'anthrax comme pouvant rappeler une glycosurie latente, mais comme absolument incapable de la créer de toutes pièces?

Je clos ici cette intéressante série de faits, mais j'espère que sa publication excitera le zèle des praticiens et les engagera à faire connaître les cas semblables qui se présenteront à eux.

A en juger par les documents qui me sont parvenus et qui me parviennent tous les jours, les observations ne feront pas défaut. Quand elles seront assez nombreuses et accompagnées de détails suffisamment explicites, on pourra discuter sérieusement la relation de cause à effet.

Jusqu'à présent, la glycosurie et le paludisme étant relativement communs, on peut toujours attribuer au hasard leur réunion, chez un même sujet; plus tard peut-être on pourra découvrir la filiation étiologique ; savoir comment la malaria peut engendrer ce trouble de la nutrition générale que traduit la présence du sucre dans l'urine, décrire enfin une forme spéciale de glycosurie palustre reconnaissable cliniquement à sa marche, à son évolution, à son pronostic, etc.

Comme nous sommes encore loin de cette possibilité, nous nous bornerons pour le moment à rassembler, à étudier, à commenter sobrement les faits, pour ne pas grossir le nombre déjà excessif de ces hypothèses qu'il faut mettre au rebut presque aussitôt qu'elles sont formulées.

A. Verneuil.

Contributions pharmaceutiques.

OXYDE ROUGE ET OXYDE JAUNE DE MERCURE

Le remplacement de l'oxyde rouge de mercure par l'oxyde jaune a été une heureuse innovation. Souvent les pommades de Lyon, du Régent, de la veuve Farnier, etc., sont si mal pré-

parées que les grains d'oxyde métallique sont visibles à l'œil nu, bien mauvaise condition pour l'application sur les paupières.

Les pharmaciens doivent toujours avoir en provision du bioxyde rouge de mercure porphyrisé; le mélange avec le corps gras devient très intime. Avec l'oxyde jaune, qui a la même action que le rouge, on n'a rien à redouter ; c'est un précipité impalpable naturellement, et qui, uni à la vaseline, inaccessible aux altérations, forme des pommades irréprochables.

Le nouveau *Codex* consacrera ces indications.

P. V.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie externe.

Observations d'abcès par congestion d'origine vertébrale. Observations recueillies dans le service de M. le professeur Tripier, par M. le docteur Augagneur, chef de clinique de la Faculté de Lyon.

La *Gazette hebdomadaire* a publié, dans son numéro du 4 août 1882, un remarquable article de M. Reclus, sur *le traitement des abcès par congestion d'origine vertébrale*. Nous avons pensé que nos lecteurs trouveraient quelque intérêt aux observations suivantes empruntées à la pratique de M. le professeur Léon Tripier. Les faits que nous rapportons permettent des déductions, qui, sur tous les points principaux, confirment les conclusions de M. Reclus; nous ferons remarquer en leur lieu certaines divergences de détail.

Obs. I. — M... (Auguste), âgé de quinze ans, sans profession, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe, lit n° 9, le 21 février 1882. On ne trouve pas d'antécédents héréditaires. Jamais le malade n'a eu une bonne santé. Dans sa première enfance, il a eu souvent des engorgements ganglionnaires et pendant longtemps un écoulement purulent de l'oreille droite. Scarlatine à l'âge de neuf ans. Depuis plusieurs années, il tousse pendant les hivers; il est essoufflé au moindre effort.

Au commencement de janvier 1882, ayant les épaules chargées d'un sac, il tomba en avant sur les genoux. Immédiatement, il éprouva une légère douleur dans l'abdomen. Les jours suivants, cette douleur augmenta peu à peu et la cuisse droite se mit graduellement en flexion sur le bassin. Enfin, il y a quinze jours, en même temps qu'une douleur dans la région lombaire droite, apparut sur le même côté de la colonne une tuméfaction qui s'accrut rapidement.

A son entrée, on constate que le malade reste couché sur le côté gauche, la cuisse demi-fléchie sur le bassin. En arrière, on trouve à la région lombaire, à droite de la colonne, une tumeur du volume des deux poings. A ce niveau, la peau est rouge, chaude et tendue. La fluctuation est manifeste. L'abcès est très douloureux, soit spontanément, soit par la palpation. En pressant sur les apophyses épineuses, on détermine de vives douleurs à la hauteur des trois dernières lombaires. Pas de courbure anormale de la colonne.

Les doigts portés profondément sur le trajet du muscle psoas produisent une douleur excessivement vive ; mais, nulle part il n'y a de la fluctuation, la région paraît plus empâtée que du côté opposé. L'état général est alarmant. La face est pâle et amaigrie. Anorexie complète. La peau est chaude. Température rectale, 40 degrés. Toux quinteuse, expectoration purulente très abondante. A l'auscultation, nombreux râles muqueux aux deux sommets. Le soir, un peu de délire.

Devant cet état général grave, l'intervention s'imposait.

Le 24 février, l'abcès est ponctionné avec l'aspirateur de Potain; mais des grumeaux s'engagent dans le trocart et il ne sort absolument rien. M. Tripier pratique alors sur le point culminant de l'abcès une incision de 3 centimètres de long. Le pus sort en jaillissant, sa quantité équivaut à un litre environ. Inutile de dire que toutes les précautions les plus minutieuses de la pratique antiseptique ont été prises : lavage à la brosse, rasage de la zone opératoire; le spray et l'arrosage fonctionnent pendant tout le temps de l'opération, etc., etc. Je n'insiste pas davantage sur toutes ces précautions dont aucun chirurgien ne méconnaît aujourd'hui l'importance.

L'écoulement du pus est laissé entièrement libre; aucune pression n'est exercée sur la poche. Quand l'écoulement est fini, un drain de gros calibre est placé dans l'ouverture, puis on procède au pansement.

Au moment de l'opération, la température était de 40 degrés. Le soir, elle était tombée à 37°,5, le lendemain à 36 degrés, et dès ce moment elle a oscillé entre 37°,2 et 37°,8, sans jamais monter plus haut.

Le pansement fut renouvelé, suivant la règle absolue, le lendemain de l'ouverture, puis quatre fois seulement pendant les vingt jours suivants. A ce moment (13 mars) la plaie était réduite à un simple bourgeon charnu.

Dans ce cas, l'opération a été pour le malade une véritable résurrection. Tous ceux qui l'avaient vu croyaient la mort imminente. Dès qu'il fut débarrassé de son abcès, l'appétit revint; les douleurs, qui ne le laissaient pas dormir, cessèrent aussitôt. Quand le 4 mai, il quitta notre service pour aller en convalescence à l'hospice de Longchêne, il marchait sans aucune fatigue, la toux avait cessé et le poids avait considérablement augmenté.

L'intervention opératoire avait été bornée à une simple incision; sans raclage des parois, sans injections dans la poche; c'est le procédé employé par Lister. Le choix de cette méthode s'imposait au chirurgien. L'état de faiblesse extrême dans lequel se trouvait le malade, des lésions pulmonaires très marquées, contre-indiquaient formellement l'emploi des anesthésiques. Or, il ne fallait pas songer, chez un garçon de quinze ans, arrivé au dernier degré du marasme, à pratiquer de larges incisions, à racler les parois de l'abcès, à aller chercher les points osseux malades sans le secours de l'anesthésie. Quoique le choc opératoire ait été insignifiant, quoiqu'il n'y ait pas eu la moindre hémorrhagie, la température est, quelques heures après l'intervention, descendue à 37°,5. Que n'eût pas produit un choc plus violent?

C'était encore pour gagner du temps que M. Tripier essayait de ponctionner l'abcès. En thèse générale, il est absolument opposé à ce moyen palliatif : tôt ou tard il faut arriver à l'ouverture, mieux vaut tôt que tard; et en introduisant le trocart aspirateur, on peut faire pénétrer des germes susceptibles de déterminer les plus graves complications.

Quoi qu'il en soit, le résultat a été excellent. L'abcès en voie de formation dans le psoas a complètement disparu; la cuisse a récupéré ses mouvements en totalité cinq ou six jours après l'intervention. Nous étions en présence du début d'une de ces vastes collections purulentes étendues de l'aine à la région lombaire; le pus s'infiltrait dans le psoas en même temps qu'il s'approchait des téguments lombaires. L'ouverture a non seulement guéri un abcès lombaire, mais prévenu un abcès du psoas.

Le malade, que nous voyons de temps à autre, est employé chez un pharmacien et fait sans fatigue un travail assez considérable pour son âge et ses forces.

Obs. II. — G... (Jean), âgé de dix-sept ans, cultivateur, habitant le département de l'Isère, entre à l'Hôtel-Dieu, le 17 février 1882, salle Saint-Philippe, lit n° 21.

Le malade a encore son père et sa mère, qui ont une très bonne santé habituelle. Il dit avoir toujours été faible. Dans son enfance, il n'a eu aucune manifestation strumeuse. Comme maladie antérieure, il accuse un refroidissement (?) survenu il y a deux ans et dont ses explications ne permettent pas d'apprécier l'importance.

Il y a quatre mois, il s'aperçut d'une douleur siégeant à la partie externe de la hanche gauche, et survenue sans cause appréciable, sans traumatisme antérieur. Cette douleur, très peu vive, ne gênait pas la marche; il n'y avait pas de claudication. Depuis six semaines est survenue une tuméfaction de la fesse gauche.

La fesse gauche paraît considérablement tuméfiée, elle offre une saillie globuleuse beaucoup plus prononcée en dehors. Le pli

fessier est en partie effacé. Indolence complète à la palpation; fluctuation manifeste.

L'articulation de la hanche, soigneusement explorée, semble absolument indemne. Il en est de même de l'os coxal et de l'ischion.

En revanche, la pression sur les apophyses épineuses des deux dernières lombaires est très pénible; le grand trochanter est également sensible au toucher.

On admet l'existence d'un mal de Pott, avec abcès par congestion sous-fessier.

Le 5 mars, après anesthésie, M. Tripier pratique une incision de 7 à 8 centimètres sur le point le plus saillant de l'abcès en arrière du grand trochanter. Les vaisseaux sont liés au fur et à mesure de leur ouverture. Après avoir traversé le tissu cellulaire et les muscles fessiers, le bistouri ponctionne l'abcès, le pus s'écoule en très grande quantité. Un doigt introduit dans la poche arrive dans l'échancrure sciatique, par laquelle le pus a cheminé. Sauf du côté du bassin, la collection purulente est parfaitement délimitée. Son point le plus déclive se trouve à la face postéro-externe de la cuisse à trois travers de doigt au-dessous et en dehors du grand trochanter. Une contre-ouverture est pratiquée dans cet endroit. La curette enlève la membrane pyogénique qui tapisse l'abcès; de l'eau phéniquée à 3 pour 100 est injectée en abondance dans la cavité. Il était impossible de songer à atteindre le foyer osseux, situé à une grande hauteur dans le bassin. Les ouvertures sont suturées; dans chacune, le passage des drains est seul conservé. Un des tubes plonge jusque dans l'échancrure sciatique, l'autre placé au point le plus déclive de la poche assure l'écoulement des liquides. On s'assure par des injections que les drains fonctionnent bien, puis, quand le liquide sort limpide, on applique le pansement.

Dans ce cas, le traitement des abcès par congestion a été appliqué dans toute sa rigueur : larges incisions permettant d'explorer la poche en tous sens, raclage des parois, lavages prolongés, suture des incisions en laissant seulement les ouvertures nécessaires pour le passage des drains. C'est là certainement le mode opératoire qu'il faut adopter toutes les fois qu'il est possible.

La règle à observer dans les incisions est la suivante : une première et large ouverture correspondant au point probable d'origine de l'abcès (l'échancrure sciatique dans le cas présent), une ou plusieurs autres dans les points les plus déclives, pour se mettre à l'abri de toute cause de rétention.

Deux faits méritent d'être signalés dans l'histoire de ce malade : la longue durée de la suppuration et la marche de la température.

La guérison de l'abcès en lui-même fut très rapide, la réunion se fit par première intention, les parois se recollèrent et six jours après il ne persistait que les trajets des drains. La guérison du foyer osseux ne s'est terminée que plusieurs semaines après, et a entretenu une suppuration assez abondante. C'est là un fait facile à prévoir et qui se présentera souvent. Comme l'a très bien dit M. Reclus, ces foyers osseux guérissent sans que l'intervention ait porté directement sur eux; notre premier malade en est une preuve. Mais il pourra se présenter telle condition qui retardera indéfiniment cette cicatrisation osseuse. Dès lors que l'abcès est guéri, le succès opératoire est acquis. Néanmoins, la guérison était complète après quatre mois; je doute que le même résultat ait été obtenu sans intervention.

La température, après avoir été normale pendant les jours qui suivirent l'opération, s'éleva tout à coup et garda pendant une quinzaine de jours le type intermittent quotidien. Chaque soir, vers trois heures, le malade éprouvait une céphalalgie violente, remplacée après quelque temps par d'abondantes sueurs. Nous n'avons pendant tout ce temps rien remarqué d'anormal du côté de la plaie; le pus était assez abondant, mais n'avait pas d'odeur. Jamais le malade n'avait été atteint de malaria. Il s'agissait d'une fièvre aseptique, liée très probablement à la réaction du foyer vertébral et du trajet intrapelvien, que nous n'avions pu atteindre. Ce fait n'est pas isolé. Le malade qui fait l'objet de l'observation suivante a présenté des phénomènes analogues, et dans une thèse soutenue à Lyon, en 1880, par M. Brottet, nous trouvons une observation d'abcès d'origine vertébrale ouvert et guéri, dans laquelle la suppuration fut de longue durée et accompagnée d'accidents fébriles à type intermittent.

L'étude de la température chez les malades traités antiseptiquement est d'ailleurs à faire et présenterait des faits d'un très haut intérêt.

OBS. III. — L... (Joseph), âgé de vingt-trois ans, journalier, entre, le 9 mai 1882, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe, lit n° 7.

Ce malade s'était toujours bien porté jusqu'au moment où il fut astreint au service militaire. Il ne resta qu'un an sous les drapeaux et pendant ce temps il séjourna, à trois reprises différentes, à l'hôpital militaire de la Charité, à Lyon. Ce qu'il raconte des symptômes éprouvés à cette époque fait supposer qu'il a eu une bronchite persistante et de nombreuses hémoptysies.

En octobre 1881, il a été pris de vives douleurs dans la région dorso-lombaire. Il souffrait beaucoup plus la nuit que le jour. L'intensité de ses souffrances l'a forcé à interrompre tout travail au mois de décembre. Depuis lors, son état est allé s'aggravant.

En janvier, fourmillements dans les membres inférieurs qui sont engourdis et beaucoup plus faibles. Douleurs sur le trajet des nerfs sciatiques.

En mars, douleurs en ceinture autour de l'abdomen. Le malade ressentit à la même époque une sensation de brûlure dans l'urèthre avec irradiations à l'extrémité du gland. La miction rendait ces sensations plus intenses; il n'a jamais eu d'écoulement.

A son entrée, ces divers symptômes persistent. On trouve, en outre, que la pression sur les dernières dorsales et les premières lombaires produit de vives douleurs. La marche est caractéristique; le malade marche d'une seule pièce; il est obligé de se mettre à genoux pour prendre un objet à terre.

Dans la fosse iliaque gauche, on perçoit une tuméfaction qui remplit en partie la région et s'avance du côté de l'aine; la fluctuation est encore obscure.

Le malade a, dit-il, beaucoup maigri depuis quelques jours; il tousse constamment.

L'auscultation montre qu'au sommet gauche la respiration est rude; dans la fosse sous-épineuse, souffle tubaire localisé avec râles humides gros et fixes. Râles sonores disséminés dans les deux poumons.

Diagnostic : carie vertébrale dorso-lombaire, abcès du psoas, tuberculose pulmonaire.

Le 5 juillet, l'état général du malade est meilleur. Pendant ces dernières semaines, l'abcès de la fosse iliaque a sensiblement augmenté. La fluctuation est très manifeste dans toute la fosse iliaque gauche et correspond au pli de l'aine, au-dessous de l'arcade crurale et en dehors des vaisseaux.

M. Tripier se propose d'abord d'ouvrir au-dessous du pli de l'aine la gaine du muscle iliaque, de pratiquer ensuite une première contre-ouverture au-dessus du ligament de Fallope et en dehors et une seconde au niveau de la région lombaire, si cela est possible.

Le malade anesthésié, le chirurgien incise les téguments suivant la gaine du muscle couturier. Ceci fait, il récline ce muscle au dedans et pénètre entre lui et le droit antérieur de la cuisse, de façon à arriver sur la gaine de l'iliaque, car la fluctuation est très nette en ce point. A son grand étonnement, il ne trouve pas le pus au fond de son incision. Il se porte alors plus en dedans et ouvre la gaine du psoas lui-même, il ne s'écoule rien. Prenant alors la sonde cannelée, il en porte la pointe à trois travers de doigt au-dessus de l'arcade et déchire quelques fibres du psoas; il s'écoule près d'un litre de pus. Dans ces conditions, il était impossible de songer à faire des contre-ouvertures; un seul drain est placé dans l'orifice; même manière d'agir que dans l'observation I.

Pendant la semaine qui suivit, la température ne s'éleva pas au-dessus de la normale. Le pus ne s'écoula qu'en très petite quantité. La température offrit pendant quelques jours les oscillations dont nous avons parlé; le sulfate de quinine en eut rapidement raison.

Actuellement (10 août), il ne persiste qu'un trajet peu profond entretenu par le drain.

Dans un cas semblable, M. Reclus a employé une incision parallèle à l'arcade crurale. Il nous semble que l'incision faite suivant la direction des muscles de la cuisse est bien

préférable. Transversalement, on blesse un bien plus grand nombre de vaisseaux. D'un autre côté, si l'abcès est profond et qu'on veuille se donner du large, on est forcément amené à ouvrir inutilement des gaines musculaires, voire à couper les muscles eux-mêmes. Dans un cas analogue au nôtre, alors que le pus était encore à plusieurs centimètres au-dessus du ligament de Fallope, comment eût-il été possible de lui donner issue avec une incision transversale? L'incision verticale ménage mieux les vaisseaux, porte uniquement sur la région malade, et en la prolongeant on peut agir plus facilement, soit en profondeur, soit d'un côté à l'autre, dans le sens de la largeur.

L'exploration avait déterminé une singulière illusion. La fluctuation propagée dans les tissus voisins se percevait dans la fosse iliaque tout entière et jusqu'à l'aine en dehors, alors que le pus était renfermé seulement dans le psoas. L'ouverture de la gaine de ce muscle ne suffit pas à amener l'écoulement du pus. Il fallut déchirer les fibres musculaires elles-mêmes pour en produire l'issue.

C'est cette infiltration du muscle qu'a décrite Volkman. Les fibres musculaires sont étagées sur les côtés des vertèbres; au début, le pus dissèque ces différents chefs du muscle et s'infiltre dans son épaisseur. Ce n'est que dans les cas déjà anciens que le pus est en contact avec la gaine. Cette disposition crée de véritables difficultés et complique beaucoup le manuel opératoire.

Obs. IV. — C... (Léon), cinquante et un ans, terrassier, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe, n° 29, le 28 juillet 1882.

Rien du côté de l'hérédité. Santé toujours très robuste. Fièvre typhoïde à l'âge de treize ans.

Il y a cinq mois, sans cause appréciable, il ressentit de vives douleurs dans les lombes; ces douleurs étaient lancinantes et s'irradiaient en ceinture. La marche était encore possible; mais quand le malade s'inclinait en avant, il avait de grandes difficultés pour se relever. Ces phénomènes s'accompagnaient d'un état fébrile assez intense : malaise général, céphalalgie, frissons, anorexie. L'état aigu disparut après une huitaine de jours, mais la douleur lombaire persista. Depuis cette époque l'amaigrissement est survenu; perte complète des forces.

Il y a quinze jours, la région péri-trochantérienne gauche s'est tuméfiée sans causer de vives douleurs, mais la marche est devenue impossible.

A l'entrée du malade, nous trouvons une saillie notable des apophyses épineuses des dernières lombaires. La pression sur cette saillie, sur la tête ou les épaules du patient, détermine de vives douleurs.

Marche pathognomonique du mal vertébral.

La région fessière du côté gauche est soulevée par un volumineux abcès, dont le point le plus saillant se trouve à deux travers de doigt en arrière du grand trochanter. En bas, la collection purulente s'étend jusqu'au pli fessier, qui est en partie effacé.

L'état général est relativement bon. Le malade se plaint de douleurs fulgurantes dans le membre inférieur gauche.

Le 4 août, M. Augagneur, chef de clinique, fait à deux travers de doigt en arrière du grand trochanter une incision longue de 8 ou 9 centimètres; après avoir traversé le tissu cellulaire, les muscles et lié plusieurs artérioles, le foyer purulent est largement ouvert. Le pus qui s'écoule peut être évalué à 500 ou 600 grammes. Le doigt introduit dans la poche arrive dans l'échancrure sciatique. Une contre-ouverture est pratiquée en bas et en dehors au niveau du pli fessier. Les parois sont raclées avec la curette, qui ramène des lambeaux de membrane pyogénique. Lavage prolongé à l'aide de la solution phéniquée au 3 pour 100. Les plaies sont réunies à l'aide du catgut par deux plans de suture : l'un, profond, accole les parois de l'abcès; l'autre, superficiel, adosse les lèvres de l'incision cutanée. Un drain est placé dans chaque ouverture; l'un plonge jusque dans l'échancrure, l'autre assure l'écoulement à la partie inférieure de l'abcès.

Pendant les trois jours qui suivirent, le pansement fut renouvelé quotidiennement; la gaze antiseptique n'était mouillée *que par un liquide séreux.*

Aujourd'hui, 12 août, sept jours après l'ouverture, la température ne s'est pas élevée au-dessus de 38 degrés. Les drains ont été réduits de volume et de longueur; il ne s'écoule que quelques gouttes de sérosité purulente fournies par le foyer vertébral. La réunion par première intention a été complète, l'abcès est guéri.

Cette observation est identique à l'observation II; elle est peut-être encore plus probante, si l'on considère que le sujet est un homme de cinquante et un ans. A cet âge, les affections chirurgicales ont un pronostic autrement grave que pendant la jeunesse. La méthode antiseptique rend certainement moins grande l'influence des états généraux sur la marche des plaies.

Nous ne voulons pas tirer de ces quatre observations toutes les conséquences qu'elles comportent. Nous nous bornerons à dire que la méthode antiseptique autorise à ouvrir les abcès d'origine vertébrale dès qu'ils sont accessibles. L'ouverture doit être faite de bonne heure : elle épargne au malade les dangers dus à la présence d'un grand foyer purulent; elle empêche la cachexie et hâte la réparation des lésions osseuses.

Au point de vue opératoire, on peut diviser ces collections purulentes en abcès *complètement* et *imparfaitement* accessibles.

Les premiers sont justifiables des ouvertures multiples du raclage des parois et des foyers osseux, des injections antiseptiques à l'intérieur de la cavité. C'est là la méthode d'élection à laquelle il faudra recourir aussi souvent que possible. Volkman, Bœckel, M. Reclus, etc., lui doivent de fort beaux succès.

Mais quand un abcès est encore profondément caché dans l'abdomen, qu'une seule de ses extrémités peut être atteinte, les injections, le raclage ne peuvent se faire sans danger. Dans d'autres cas, le malade ne peut être endormi et l'intervention doit être réduite au minimum. Tous ces faits se rangent dans la catégorie des abcès incomplètement accessibles. Il faut agir, à leur égard, comme l'avait enseigné Lister : une seule incision, laisser écouler le pus, ne rien injecter dans la poche, introduire un drain dans l'unique orifice. C'est là une opération de nécessité, et quoiqu'elle semble moins complète, elle nous a donné de fort beaux résultats.

En terminant, je dirai que l'abcès une fois guéri, il ne faut pas oublier le traitement de la lésion vertébrale elle-même. L'immobilité joue un rôle capital; dans ce but, nous appliquons à tous nos malades guéris un de ces corsets en feutre plastique inventés par Locking; ces corsets sont bien supérieurs à tous les appareils du même genre qui ont été proposés jusqu'à ce jour; comme ils ont des applications multiples, je ne crois pas devoir insister autrement; mais ce n'est que partie remise, car ils mériteraient d'être mieux connus chez nous.

CORRESPONDANCE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DREYFUS-BRISAC.

De la médication éthérée-opiacée dans la variole.

Paris, 17 juillet 1882.

Mon cher collègue,

Je viens de lire la note que vous avez publiée dans la *Gazette hebdomadaire* sur l'emploi de la médication éthérée-opiacée dans la variole. De même que vous, j'ai toujours considéré l'opium et l'éther comme formant la base essentielle de la médication, le perchlorure de fer et l'alcool comme des auxiliaires.

La potion éthérée-opiacée, à laquelle vous reprochez de n'être pas toujours bien supportée, ne fait point partie intégrante du traitement, et il n'en a pas été question dans ma communication à l'Académie ; ce qui constitue la médication éthérée-opiacée, c'est l'administration de l'éther en injections sous-cutanées, l'emploi de l'opium à haute dose à l'intérieur. En ordonnant aux malades, à qui on fait des injections d'éther,

l'opium seul et non la potion éthérée-opiacée, on obtiendra des résultats aussi satisfaisants, et on n'aura pas à redouter les accidents d'intolérance gastrique, qui me paraissent être le résultat de l'âcreté que l'éther donne à la potion.

La potion éthérée-opiacée avait été composée par M. Malmarie, interne en pharmacie du service, pour éviter les injections d'éther, dont nous avions reconnu les inconvénients, en faisant pénétrer le médicament par les voies digestives; mais la quantité d'éther absorbée par cette voie est tout à fait insuffisante, et rien ne peut, dans les cas graves, remplacer l'injection. Peut-être cependant la potion éthérée-opiacée pourrait-elle être ordonnée pour atténuer encore les formes légères de la maladie, qui ne paraissent pas exiger les injections d'éther.

Vous vous demandez lequel des deux médicaments employés, éther ou opium, agit d'une façon plus active pour amener les résultats heureux du traitement; et vous regrettez de n'avoir pu, par respect pour l'intérêt de vos malades, expérimenter séparément l'action de l'un et de l'autre; je puis, à cet égard, vous fournir quelques renseignements.

Avant d'en arriver à la médication éthérée-opiacée, j'avais employé l'éther et l'opium séparément.

En administrant l'opium à haute dose, j'avais surtout eu pour but de combattre le délire fébrile suivant la méthode si efficace du professeur Lasègue, et je n'avais pas remarqué de modification frappante de l'éruption. Quand je commençai à administrer l'éther, ce fut à titre de tonique et d'excitant; je l'administrai d'abord au moment de la suppuration, alors que les malades commencent à s'intoxiquer; l'effet heureux obtenu dans ces conditions fut incontestable, mais tout à fait insuffisant; un bien-être général succédait aux injections, mais il était très passager, et le dénouement funeste était tout au plus retardé de quelques heures. En voyant l'insuffisance du médicament tardivement administré, l'idée me vint de l'employer dès le début de l'éruption, alors que le mal n'était, pour ainsi dire, pas encore maître de la place. Je choisis les malades le plus gravement atteints et leur fis faire les injections d'éther dès les premiers jours de l'éruption; je comparai la marche de la maladie chez ces varioleux et chez ceux moins gravement atteints qui restaient soumis aux médications ordinaires : chez les premiers, l'état général se maintint meilleur, et c'est alors que j'observai ces soifs d'injections d'éther qu'on ne voit certainement pas à un degré aussi accusé chez les malades traités par la médication éthérée-opiacée. Un certain nombre des sujets soumis à la médication simplement éthérée guérirent, alors que leurs voisins moins gravement atteints qu'eux et traités par les méthodes ordinaires succombaient; mais la suppuration restait toujours abondante; elle était peut-être un peu, fort peu diminuée; elle était surtout mieux supportée.

Les choses en étaient là quand entra dans mes salles un malade présentant une éruption confluente légèrement hémorrhagique, en proie à un délire violent; j'ordonnai l'opium à haute dose contre le délire, les injections d'éther à cause de l'abondance de l'éruption. Quatre ou cinq jours après son entrée, ce malade, dont la situation paraissait désespérée, était guéri; le délire avait cessé; l'éruption était desséchée. La pensée me vint que cette guérison si rapide et si imprévue n'était peut-être pas le résultat du hasard, mais l'effet de la médication employée, l'effet de l'action combinée de l'éther et de l'opium; j'associai, chez un certain nombre de varioleux atteints de varioles graves, l'emploi de ces deux médicaments, et j'obtins les résultats heureux que vous avez pu constater; la médication éthérée-opiacée remplaça, dans mon service, la médication éthérée simple. Quant à l'association des deux médicaments, je la crois indispensable, puisque je n'avais jamais constaté aucun résultat approchant, à l'époque où l'on employait isolément l'opium ou l'éther.

La dose d'opium administrée, 15 centigrammes chez les femmes, 20 centigrammes chez les hommes, paraîtra peut-être excessive à quelques-uns de nos confrères; je la crois presque un minimum. Assurément les effets d'une dose aussi élevée d'extrait thébaïque doivent toujours être surveillés avec grand soin; mais, pour ma part, je n'ai jamais observé le moindre accident à la suite de son administration; j'ai pu, au contraire, constater qu'une dose inférieure devenait facilement insuffisante. Dans le courant du mois d'août dernier, dans mon service de femmes, les effets de la médication ne me parurent plus aussi marqués que d'habitude; je cherchai dans un vice d'administration du traitement la cause de cette insuffisance; après six semaines seulement, j'appris que, par suite d'un changement de surveillante et d'un malentendu, les malades ne recevaient plus qu'une demi-dose d'opium, 7 centigrammes et demi au lieu de 15; la dose réglementaire fut reprise, et les résultats heureux se reproduisirent.

Tels sont, mon cher collègue, les quelques renseignements que je puis vous fournir sur la nécessité de l'association de l'éther et de l'opium, sur l'importance des doses; si vous croyez qu'ils puissent intéresser vos lecteurs, inutile de vous dire que vous êtes tout autorisé à les leur communiquer. En pareil cas, je serais heureux de vous voir insister sur la nécessité de pousser profondément les injections d'éther. C'est le moyen d'atténuer la douleur, d'éviter les eschares, qui me paraissent être toujours le résultat d'injections faites trop superficiellement. Mon interne, M. Delotte, avait adopté une manière d'agir que je crois excellente. Il faisait les injections dans la cuisse, à la partie antérieure ou à la partie externe, en ayant soin d'introduire, presque perpendiculairement au membre, la totalité de l'aiguille pour que l'injection pénétrât profondément dans l'intérieur des tissus. Par ce procédé, il évitait les vaisseaux et nerfs de la partie interne du membre; et je ne crois pas avoir jamais observé d'eschare quand les injections furent faites par lui. J'espère qu'on me pardonnera d'insister sur cette manœuvre opératoire; mais souvent, en médecine, un petit détail technique peut éviter de gros ennuis au malade et au médecin, et je crois que c'est ici le cas.

Recevez, etc.

R. DU CASTEL.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences (Session de La Rochelle, 1882).

SÉANCE GÉNÉRALE.

Le Congrès scientifique de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui a choisi, pour tenir ses assises pour 1882, la ville de la Rochelle, s'est ouvert le jeudi 24 août. Cette journée d'ouverture a été consacrée à une séance générale, qui a eu lieu à deux heures de l'après-midi dans l'ancienne salle de l'Oratoire. Trois éloquents discours, que l'on pourra lire *in extenso* dans la *Revue scientifique* du 26 août, ont été successivement prononcés par M. *Janssen*, de l'Institut, président, sur *les méthodes en astronomie physique;* par M. *Emile Trélat*, qui, après avoir rappelé les pertes regrettables que l'Association française a faites l'année précédente dans la personne de plusieurs de ses membres, et aussi les distinctions qui en ont honoré un plus grand nombre, a jeté un coup d'œil général sur la géographie de notre province algérienne, où s'est tenu le dernier Congrès; par M. *Dor*, maire de la Rochelle, qui a souhaité de la façon la plus aimable et la plus cordiale la bienvenue aux membres du Congrès.

Le soir, la municipalité faisait un brillant accueil à ses invités dans les salons de son vieil hôtel de ville récemment restauré.

Dès le lendemain les travaux commencèrent dans les différentes sections.

La composition du bureau pour la douzième section (sciences médicales) est ainsi arrêtée :

Président : M. Azam.— *Vice-présidents :* MM. Drouineau, père ; Duplouy ; Henrot (Henri) ; Leudet. — *Secrétaires :* MM. Petit (L. H.) ; Leclerc ; de Musgrave-Clay ; Giraudeau.

Dès l'ouverture de la séance M. le professeur *A. Verneuil* est acclamé président d'honneur.

Section des sciences médicales.

SÉANCE DU 25 AOUT 1882.

Pessaire, injecteur et suspensoir. — Ergot de seigle dans l'arthrite. — Morphinisme. — Vomissements incoercibles ; cautérisation du col. — Surdi-mutité. — Nystagmus des mineurs. — Gastro-entérite alcoolique. — État sanitaire de la ville de Rochefort. — Luxation de l'épaule avec fracture de côte. — Transfusion du sang. — Scorbut chez un nourrisson.

M. *Trécout* met sous les yeux des membres de la section de médecine un certain nombre d'appareils dont il fait ressortir les avantages. C'est d'abord un pessaire à sous-cuisses mobiles, dont la pièce principale en ivoire est inaltérable, tandis que les liens extérieurs qui la fixent peuvent être resserrés ou relâchés à volonté. En second lieu c'est un injecteur dit *silencieux*, dont l'extrémité terminale de la canule est faite de telle sorte, que non seulement l'air ne peut refluer bruyamment dans l'appareil, mais encore les mucosités vaginales ne peuvent s'introduire dans son intérieur. En troisième lieu vient un suspensoir *à hamac*, dont le principal avantage est de laisser la verge entièrement libre au-dessus du filet en soie qui renferme les bourses.

— M. *de Musgrave-Clay*, s'inspirant de l'exemple de M. Duboué (de Pau), a employé l'ergot de seigle dans une ostéo-arthrite du coude survenue spontanément chez un enfant lymphatique âgé de six ans. Un phlegmon périarticulaire avait été primitivement incisé. Les doses d'ergot de seigle de 40 centigrammes dès les premiers jours ont été rapidement portées à 50, 60 et 75 centigrammes, et continuées pendant près de trois mois. Une sensation de froid aux pieds éprouvée par le malade a fait cesser l'augmentation progressive des doses du médicament, et à partir de ce moment on les a lentement diminuées. Aujourd'hui l'enfant est complètement rétabli.

Pour M. de Musgrave-Clay il n'est pas douteux que l'ergot de seigle administré d'abord par M. Duboué (de Pau), à titre de reconstituant, a une action spéciale sur les affections inflammatoires des os.

— M. *Mauny*, en 1863, communiquait à la Société de médecine de Jonzac une observation de vomissements incoercibles chez une femme grosse, guéris par la cautérisation du col utérin. En 1867, à l'Académie de médecine, il présentait sur ce sujet un mémoire qui mérita le prix Barbier ; en 1871, devant la Société médicale des hôpitaux, il apportait de nouveaux faits en faveur de cette méthode thérapeutique. Depuis cette époque de nouvelles observations de sa pratique personnelle et de celle d'un certain nombre de confrères de sa région lui permettent de réunir en un seul faisceau treize cas de vomissements incoercibles victorieusement combattus par la cautérisation soit actuelle, soit potentielle, du col de l'utérus. Dans un de ces cas l'utérus n'était pas gravide, il s'agissait d'une vieille fille hystérique chez laquelle la cautérisation arrêta des vomissements durant depuis plusieurs mois.

M. *Landowsky* craint que ces cautérisations n'amènent dans un grand nombre de cas l'avortement. Il faudra toujours employer avant ce moyen héroïque tout ce qui a été préconisé contre les vomissements incoercibles. Il rappelle à ce sujet les bons effets obtenus récemment par les inhalations d'oxygène.

— M. *Boucheron* donne une nouvelle théorie de la pathogénie de surdi-mutité. Après avoir passé en revue les divers états pathologiques auxquels on a voulu attribuer la cause de cette affection : lésions bulbaires, exsudats méningitiques, compression des nerfs acoustiques dans leur trajet intra-crânien, etc., toutes lésions qui, selon lui, sont trop graves pour permettre à l'individu de vivre, M. Boucheron expose la manière dont on peut comprendre la perte de l'ouïe, et partant la mutité chez les sujets en bas âge. Il y aurait d'abord une inflammation catarrhale de la trompe d'Eustache, qui agglutinerait les parois de sa portion molle au point d'interrompre toute communication de l'oreille moyenne avec l'extérieur. L'air contenu dans la caisse se résorberait, et du fait du vide ainsi produit la pression atmosphérique s'exerçant à la surface de la membrane du tympan, la déprimerait et repousserait les osselets qui transmettraient la pression au liquide labyrinthique incompressible. Dès lors les expansions terminales du nerf acoustique anesthésiées d'abord, ne tarderaient pas à dégénérer, à s'atrophier, d'où perte irrémédiable de l'ouïe. L'auteur rapproche ce mécanisme pathogénique de celui du glaucome oculaire et propose de dénommer l'affection *otopiesis*. Comme confirmation anatomo-pathologique de la théorie qu'il émet, M. Boucheron rapporte que dans quelques autopsies de sujets atteints de surdi-mutité, qu'il a eu occasion de faire, il a trouvé la caisse absolument vide d'air ; de plus l'oreille d'un jeune chien sourd, examinée par M. Ranvier, présentait au microscope des altérations très nettes des extrémités terminales du nerf acoustique.

— M. *Landowsky* rappelle les origines encore récentes de la morphiomanie, qui, ne remontant pas à plus de quinze à vingt ans, a frappé un si grand nombre d'individus, qu'actuellement à Berlin il y a deux hôpitaux consacrés au traitement du morphinisme. En dehors de troubles cérébraux passagers et de plusieurs autres phénomènes que l'on connaît bien, les morphiomanes sont sujets à des congestions viscérales veineuses qui à la longue amènent des lésions permanentes. Ces lésions siègent surtout dans les reins, elles se traduisent par l'albuminurie, la glycosurie.

La cessation des injections sous-cutanées de morphine chez les sujets atteints de morphinisme, doit être lente et graduelle. La suppression brusque de la morphine, comme le conseille Livingstein, déterminerait des accidents de collapsus redoutables.

M. Landowsky fait remarquer, qu'à côté du traitement curatif de cette triste affection, il y a un traitement prophylactique, pour lequel le médecin peut beaucoup, c'est l'emploi aussi restreint que possible de cet agent que l'on met trop souvent entre les mains de garde-malades inexpérimentés ou des malades eux-mêmes.

M. *Verneuil* fait ressortir combien cette question du morphinisme intéresse les chirurgiens. Que de malades ne viennent consulter un chirurgien qu'après avoir employé contre leur affection les ressources de la thérapeutique médicale, et parmi elles les injections hypodermiques de morphine dont ils ont bientôt fait abus ! Chez eux est dès lors constitué un état qui, au moment même de l'opération, peut compromettre leur existence à cause de leur intolérance pour le chloroforme, et qui plus tard les expose à des érysipèles, à des phlegmons diffus mortels, non plus parce qu'ils sont sous l'influence de la morphine, mais parce qu'ils sont devenus des dyscrasiques (glycosuriques, albuminuriques). A l'appui de cette opinion M. Verneuil cite l'exemple d'un malade de la ville qu'il ne savait pas adonné à l'usage immodéré de la morphine, chez lequel il réséqua pour une névralgie quelques centimètres du nerf radial. Ce malade eut un phlegmon bronzé qui l'emporta très rapidement.

M. *Rochard* dit qu'à la suite de très nombreuses piqûres, il survient de petits abcès lymphatiques multiples de l'engor-

gement ganglionnaire; cela s'observe surtout à la cuisse et dans l'aine chez les femmes.

Relativement aux doses vraiment colossales auxquelles peuvent s'habituer les morphiomanes, M. Rochard cite l'exemple d'une dame qui s'injecte jusqu'à 3 grammes de chlorhydrate de morphine par jour.

Enfin, M. Rochard fait remarquer combien sont différents les effets de la morphine administrée par les voies digestives ou par la voie hypodermique. Jamais de constipation, pas de perte d'appétit, intégrité absolue du tube digestif chez les gens chez lesquels on injecte sous la peau des doses même considérables de morphine, tandis qu'une assez faible quantité d'opium pris par l'estomac provoque tous ces accidents.

M. *Landowsky* a observé, chez plusieurs femmes s'injectant de la morphine à outrance, des petites bourses muqueuses sur les faces latérales de la première phalange des doigts index et médius, qui sont dues à la façon dont ces morphiomanes pratiquent rapidement dès qu'elles sont seules et d'une seule main leur injection. L'existence de ces bourses muqueuses pourrait dans les cas embarrassants mettre sur la voie du diagnostic morphinisme.

— M. *Dransart*, pour éclairer la pathogénie du nystagmus des mineurs, a examiné 99 malades atteints de cette affection. De cette enquête il résulte pour lui qu'aucune des explications invoquées jusqu'ici n'est admissible, et qu'on doit rejeter la théorie nerveuse d'Oglesley, la théorie amétropique de Romié, la théorie du travail dans l'obscurité, de Nieden; la théorie de l'anémie, d'autres auteurs, etc. C'est le travail dans une galerie basse, forçant l'ouvrier à élever continuellement les yeux, qui rend compte du tremblement oscillatoire des globes oculaires, qui dans la plus grande majorité des cas est vertical.

— M. *Leudet* (de Rouen) a étudié les formes de la gastroentérite alcoolique dans les différentes classes de la société. Chez les gens aisés abusant des alcools : négociants, marchands de vins en gros, c'est la forme chronique de l'inflammation gastro-intestinale que l'on observe, caractérisée par les vomituritions du matin, l'absence de selles moulées, la répétition très fréquente des garde-robes liquides, etc.; dans la classe ouvrière, c'est au contraire la forme aiguë de la gastro-entérite qui domine. De plus, chez les gens aisés, presque toujours il survient à la longue des altérations viscérales du foie, des reins, du système circulatoire, qui se traduisent par de l'ictère passager, de l'albuminurie, de la glycosurie et surtout des hémorrhagies : épistaxis, entérorrhagie, etc. Rien de tout cela chez les gens pauvres. La raison de cette différence dans les lésions et les symptômes de l'alcoolisme des riches et des pauvres doit être recherchée non pas dans la qualité des alcools, mais dans leur quantité et surtout dans leur mode d'ingestion : les gens aisés (marchands de vins, négociants) absorbent une grande quantité de liqueurs alcooliques d'une façon journalière; les gens du peuple, au contraire, n'absorbent que de temps à autre une quantité quelquefois grande, il est vrai, d'alcools.

— M. *Bourrut* présente des considérations très intéressantes sur l'état sanitaire de la ville de Rochefort. De nombreux documents lentement amassés par M. Maher, il ressort que cette ville, autrefois considérée à juste titre comme très insalubre, est aujourd'hui une de celles où la mortalité est des plus faibles. M. Bourrut donne un grand nombre de chiffres destinés à montrer la fréquence et la mortalité des diverses maladies : il insiste particulièrement sur ce fait que tandis que le paludisme est très commun, l'affection typhoïde est très rare.

— M. *Verneuil* communique, au nom de M. *Ramonat*, une observation de luxation de l'épaule compliquée de fracture de côte, variété intercostale. Il s'agit d'un homme adulte qui fit une chute dans un escalier, et ressentit une vive douleur dans l'épaule en même temps qu'il éprouva une gêne très grande des mouvements du bras. Venu au bureau central, cet homme fut considéré comme atteint d'une luxation intra-coracoïdienne, la réduction fut assez facilement faite et le malade retourna chez lui. Le lendemain, de très grandes douleurs et de la gêne respiratoire l'obligèrent à entrer dans le service de M. Dumontpallier à la Pitié. On constate l'existence de râles crépitants dans le poumon du côté malade et une très vive douleur, limitée au niveau de la deuxième côte où existe une saillie dure, osseuse. Le malade est transféré dans le service de Verneuil; il présente des symptômes nets de congestion pulmonaire et peut-être de pneumonie traumatique. La guérison est rapide, mais il persiste une déformation ne laissant pas de doute sur l'existence d'une fracture de côte.

Ce qu'il serait intéressant de savoir, c'est le mécanisme de cette fracture compliquant la luxation scapulo-humérale. L'humérus luxé a-t-il atteint la poitrine perpendiculairement, le membre supérieur étant écarté du tronc et la paume de la main ayant porté sur le sol, ou bien la tête humérale a-t-elle été repoussée vers le thorax dans une chute sur le moignon de l'épaule? Aucune ecchymose, aucune trace de violence à la paume ou sur l'épaule ne permet de résoudre la question. Ce qu'il faut seulement retenir de ce fait, c'est que la fracture de côte n'a aucune gravité, mais qu'il faut faire la réduction le plus tôt possible.

— M. *Rousselle* (de Genève) présente son appareil à transfusion directe du *sang vivant*, qui permet d'injecter le sang d'un individu sain à un individu malade, sans le mettre en contact avec l'air. Il expose les avantages de cette méthode et montre le manuel opératoire de la transfusion avec son appareil.

Une discussion très intéressante s'engage à ce sujet entre MM. Henrot et Verneuil, sur l'utilité de la transfusion du sang. M. Verneuil dit que la transfusion est une opération trop souvent très difficile, très dangereuse et presque *toujours inutile*. Avant de s'occuper du procédé opératoire et de l'instrumentation, il convient de s'occuper de sa physiologie pathologique, de ses indications et de ses contre-indications. La transfusion n'a pas toujours été suivie de mort, dans certains cas même il semble qu'elle a sauvé le malade, mais ces résultats heureux se sont toujours présentés lorsqu'on a injecté une très petite quantité de sang. Ce n'est pas par ses globules, par les éléments de nutrition qu'il fournit aux tissus que le sang injecté agit, c'est en vertu d'une réaction générale dynamique qu'il provoque par son contact avec l'endothélium du système vasculaire. L'éther injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané provoque la même réaction réveillant les forces organiques épuisées.

M. *Henrot* répond qu'en admettant les idées de M. Verneuil, rien ne lui semble plus rationnel que de se servir du sang mis en rapport avec la tunique interne des vaisseaux pour amener cette excitation salutaire de l'organisme.

M. *Verneuil*, en présence de la difficulté de l'opération de la transfusion, de la défectuosité des appareils, préfère les injections d'éther, d'autant plus que pour lui il n'existe pas dans la science une observation prouvant que la transfusion a réussi là où tous autres moyens ont échoué.

— M. *Verger* a eu l'occasion d'observer un cas de scorbut chez un nourrisson de sept mois, placé dans les conditions hygiéniques les plus défavorables.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 21 AOUT 1882. — PRÉSIDENCE DE M. BOUSSINGAULT.

SUR LES EFFETS VASO-MOTEURS PRODUITS PAR L'EXCITATION DU SEGMENT PÉRIPHÉRIQUE DU NERF LINGUAL. Note de M. *Vulpian*. — On sait que l'excitation faradique du segment périphérique du nerf lingual, que l'on vient de couper sur un mammifère, détermine une dilatation considérable de tous les vaisseaux de la moitié correspondante de la langue dans toute la région où se terminent les ramifications de ce nerf. Les phénomènes dont il s'agit se manifestent encore, après la ligature de l'artère linguale, du côté où l'on faradise le segment périphérique du nerf coupé. On les observe aussi, presque au même degré, après qu'on a lié non seulement l'artère linguale, mais encore les artères carotides interne et externe du même côté, à plus de 1 centimètre au-dessus de la bifurcation du tronc carotidien primitif, et ce tronc lui-même, au milieu du cou. La ligature de la carotide primitive et celle de l'artère vertébrale, avant son entrée dans le canal des artères cervicales, ne les empêchent pas de se montrer, même lorsqu'on lie aussi la carotide interne et la carotide externe, à une certaine distance de la bifurcation de la carotide primitive. On constate encore ces effets de l'excitation faradique du nerf lingual, et ils sont tout aussi accusés, après la section du tronc nerveux vago-sympathique et après l'excision du ganglion cervical supérieur du même côté.

Quand la circulation s'arrête définitivement (farado-puncture des ventricules du cœur au travers de la paroi thoracique) chez un animal sur lequel on vient d'exciter le segment périphérique d'un des nerfs linguaux, on voit que la moitié opposée de la langue devient pâle, que ses vaisseaux se resserrent, avant que ces mêmes phénomènes se manifestent dans la moitié de la langue, du côté où le nerf a été faradisé.

En même temps que tous les vaisseaux de la région innervée par le nerf lingual coupé et faradisé se dilatent, ceux de la même région de la moitié opposée de la langue se resserrent. Cette particularité n'avait pas frappé l'auteur lors de ses premières expériences. Le contraste entre les deux moitiés de la langue, lorsqu'on vient de cesser la faradisation du segment périphérique de l'un des nerfs linguaux, lui avait alors paru suffisamment expliqué par la congestion intense, déterminée ainsi dans la moitié de la langue qui correspond au nerf excité. Il s'est assuré plus récemment que la moitié opposée de la langue devient plus pâle qu'avant l'excitation faradique, et que les veines de la face inférieure de cette partie de l'organe subissent un certain degré de resserrement.

Ce resserrement vasculaire et cette pâleur de la membrane muqueuse linguale ne sont pas dus uniquement à une dérivation du sang de cette moitié de la langue au profit de l'autre moitié de l'organe : il y a certainement une action nerveuse vaso-constrictive qui s'exerce sur les artérioles du côté qui pâlit. S'il s'agissait d'un simple phénomène de dérivation, le diamètre des vaisseaux pourrait bien diminuer, mais le sang qu'ils contiennent ne changerait pas de couleur. Or, ce changement de coloration a été incontestable dans plusieurs expériences. Une autre remarque prouve bien aussi que les modifications circulatoires observées dans la moitié gauche de la langue, lorsqu'on électrise le segment périphérique du nerf lingual droit, ne sont pas seulement la conséquence de l'augmentation d'afflux du sang dans la moitié droite de l'organe : c'est que ces modifications (pâleur de la membrane muqueuse, teinte plus sombre du sang contenu dans les veines) sont loin d'avoir la même durée que celles qui ont lieu dans l'autre côté de la langue (congestion vive et générale de la membrane muqueuse, teinte vermeille du sang des veines, etc.).

En somme, il s'agit là d'une action vaso-constrictive réflexe. Le nerf lingual paraît donc posséder un certain degré de sensibilité récurrente, qui se manifeste surtout quand on excite le segment périphérique de ce nerf coupé, par le resserrement des vaisseaux de la moitié opposée de la langue.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 29 AOUT 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

M. le préfet de la Somme adresse à l'Académie le *Compte rendu des travaux des Conseils d'hygiène et de salubrité du département de la Somme pendant l'année* 1881.

M. *Hervieux*, faisant fonction de Secrétaire perpétuel, dépose : 1° au nom de M. le docteur *Henrot* (de Reims), un travail intitulé : *Situation de l'hygiène et de l'assistance publique à Reims;* 2° au nom de M. le docteur *Mignot* (de Chantelle), deux brochures intitulées : *Accidents, considérations sur leurs causes, leurs effets et les moyens de les éviter*, et *Traité élémentaire d'hygiène en six leçons*.

M. *Polaillon* dépose une lettre de candidature de M. *Silvestrini* (de Sassari), au titre de membre correspondant étranger, accompagné de trois travaux en langue italienne à l'appui de cette candidature.

SUR LES AMÉLIORATIONS A ÉTABLIR DANS LES HÔPITAUX D'ENFANTS. — Après avoir signalé à l'Académie, dans une note récente, l'urgence des réformes indispensables à introduire au Dépôt des Enfants assistés, M. *Marjolin* a cru devoir compléter ce travail par l'exposé des améliorations à adopter dans les hôpitaux d'enfants pour diminuer les chances de mortalité et permettre à un plus grand nombre de malades de bénéficier des avantages offerts par l'Assistance publique. Comme toute innovation, l'organisation des premiers hôpitaux a été forcément défectueuse et incomplète. Aujourd'hui, l'expérience acquise pendant de longues années est là pour nous éclairer sur les améliorations à introduire. Des discussions se sont produites à l'Académie de médecine il y a plus de vingt ans, sur les questions relatives à l'hygiène des hôpitaux, et plus récemment (1875) à la Société de chirurgie, sur les réformes et les améliorations à introduire spécialement dans les services d'enfants. M. Marjolin, chargé de faire un rapport au nom d'une commission dont il faisait partie avec MM. Giraldès et Marc Sée, formula des conclusions qui furent adoptées presque à l'unanimité; et cependant l'Assistance publique n'a tenu aucun compte des vœux formulés en cette occasion. C'est pourquoi M. Marjolin a cru devoir revenir sur ces mêmes questions et les soumettre au jugement de l'Académie.

Les améliorations réclamées portent principalement sur la nécessité d'augmenter le nombre des lits d'enfants dans les hôpitaux de Paris et de la campagne, d'abaisser l'âge d'admission, sur les inconvénients de la division des maladies en aiguës et en chroniques, sur l'urgence d'un isolement réel pour les enfants atteints d'affections contagieuses, sur les précautions à prendre au moment de leur convalescence, sur la nécessité de créer des services spéciaux pour les jeunes épileptiques et les teigneux, enfin sur l'organisation du traitement externe ou à domicile. Tout le monde comprendra que, pour une population de 2 239 000 habitants, les 963 lits des deux hôpitaux de Paris et les 900 lits de Berck, de Forges et de la Roche-Guyon ne sauraient suffire à recevoir tous les enfants malades ou blessés qui ne peuvent être convenablement soignés dans leur famille. Cette insuffisance des lits, qui est en outre un obstacle à la mise en pratique d'une excellente mesure prophylactique, l'évacuation régulière des salles, devient encore plus notoire, une fois qu'est reconnue la nécessité d'abaisser l'âge d'admission des enfants. Or, avec le règlement actuel qui ne permet pas d'admettre des enfants au-dessous de deux ans, on s'expose à voir se produire des faits comme ceux que M. Marjolin a cités à la tribune de l'Académie dans la séance du 2 mai. Il s'agissait de deux enfants affectés de lésions traumatiques des plus graves et dont l'admission à l'hôpital fut retardée parce qu'ils étaient âgés de moins de

deux ans. Dans l'espace de vingt et un jours, M. Marjolin a pu relever à sa consultation 42 cas d'affections chirurgicales réclamant des soins réguliers, chez des enfants au-dessous de deux ans. Une autre modification du règlement, relative à la division des maladies en aiguës et chroniques, évitera de reléguer dans la catégorie des chroniques, des petits malades qui ont besoin de l'intervention immédiate du chirurgien. Beaucoup d'affections osseuses, si elles avaient été traitées au début, n'eussent pas entraîné une de ces grandes mutilations qu'on pratique rarement en ville. De même, si les jeunes épileptiques étaient soignés dès le commencement de leur maladie, au lieu d'être réduits à attendre pendant des années leur admission à Bicêtre ou à la Salpêtrière, ils auraient quelques chances de guérir et beaucoup d'échapper à l'idiotie; on épargnerait aussi à leurs familles le triste spectacle de ces convulsions qui exigent l'isolement et des soins spéciaux. Enfin il est une autre maladie digne de la commisération et la sollicitude des médecins, c'est la teigne, qui est encore aujourd'hui très répandue, malgré toutes les mesures prises pour entraver la contagion. Il est avéré que les malades admis au traitement externe dans les hôpitaux spéciaux ne viennent à la consultation que d'une façon très irrégulière. Mais, d'autre part, donner plus d'extension au traitement interne entraînerait pour l'administration une dépense excessive, et il est démontré que les teigneux soignés dans leurs familles ou admis au traitement externe guérissent plus vite, d'une façon générale, que ceux qui séjournent à l'hôpital.

Dans sa dernière communication à l'Académie de médecine, M. Marjolin avait suffisamment insisté sur la nécessité de l'isolement des maladies contagieuses, pour n'avoir plus à s'étendre sur cette question. Il s'est borné à rappeler que dans le cours d'une année, en 1881, dans un seul des trois services de maladies aiguës on a eu à déplorer 30 décès sur 52 cas de rougeole contractée à l'hôpital.

Quant à la question du traitement à domicile, elle est des plus complexes. Pour que le traitement à domicile soit véritablement utile, il est nécessaire d'assainir le logement de l'ouvrier et d'assurer la régularité parfaite des visites du médecin, de ne l'étendre qu'aux maladies non contagieuses et aux familles qui ne sont pas dans une misère telle que l'enfant manque de tout; il est nécessaire aussi que le traitement proprement dit soit complété par l'envoi des malades à la campagne pendant le temps de leur convalescence.

M. *Marjolin* soumet les améliorations et les réformes proposées à l'approbation de l'Académie sous forme de conclusions.

M. *Roger* reproche à M. Marjolin d'avoir oublié les idiots. Il y aurait, plus encore que pour les tuberculeux, intérêt à en débarrasser les familles pauvres pour lesquelles ils sont un véritable fléau.

M. *Marjolin* est tout prêt à étendre aux idiots les améliorations qu'il réclame pour les épileptiques.

M. *le Président*, vu l'importance des questions soulevées et pour permettre la discussion, propose de voter séparément sur chacune des conclusions de M. Marjolin. (*Adopté.*)

Première conclusion. — Abaisser l'âge d'admission dans les hôpitaux d'enfants. (*Adopté.*)

Deuxième conclusion. — Augmenter le nombre des lits consacrés aux enfants malades par la création, dans Paris, de deux nouveaux hôpitaux.

M. *Fauvel* demande quelle sera la contenance de ces hôpitaux. — M. *Marjolin* estime à deux cents le nombre des lits qu'il serait urgent de créer.

M. *Fauvel* croit qu'il y aurait lieu de disséminer les lits à créer, au lieu de les agglomérer dans deux hôpitaux uniques. — M. *Marjolin* dit que l'essentiel est de doter les quartiers qui en sont privés d'hôpitaux d'enfants; car, ce qui détourne le plus les parents pauvres d'amener leurs enfants à l'hôpital, c'est la distance à franchir et la perte de temps qui en résulte.

M. *Roger* trouve qu'il serait préférable de ne demander qu'un hôpital pour Paris et trois pour la campagne.

M. *Fauvel* propose de réserver les questions de détail, et de se borner à demander une augmentation du nombre des lits dans une proportion déterminée.

La deuxième conclusion ainsi modifiée : Augmenter le nombre des lits consacrés aux enfants malades par la création, dans Paris, de nouveaux hôpitaux, *est adoptée.*

Troisième conclusion. — Séparer rigoureusement, dans des services distincts, les enfants atteints de maladies contagieuses. (*Adopté.*)

Quatrième conclusion.—Créer hors Paris un ou plusieurs hôpitaux plus spécialement affectés aux enfants dont la santé ou les maladies exigent un traitement et des soins prolongés. (*Adopté.*)

Cinquième conclusion. — Supprimer la distinction des maladies en aiguës et chroniques, et conserver pour les hôpitaux d'enfants le classement adopté dans les services d'adultes; affections médicales ou chirurgicales.

M. *H. Roger* ignore les avantages qui peuvent résulter pour la chirurgie d'une suppression impossible à adopter dans les services de médecine; car on exposerait à contracter une maladie dangereuse, la scarlatine, la variole, la rougeole, des enfants qui entrent à l'hôpital pour une gourme, un lichen ou toute autre affection chronique sans gravité. — M. *Marjolin* veut, en introduisant le classement nouveau, empêcher que le directeur d'un hôpital vienne, par exemple, s'opposer à l'entrée dans un service de chirurgie d'un enfant affecté d'une coxalgie, sous prétexte que le bulletin d'admission porte la mention d'affection scrofuleuse. — M. *H. Roger* demande qu'on laisse chaque chef de service maître des admissions dans ses salles.

La cinquième conclusion ainsi modifiée : Admettre pour les services d'enfants le même classement que dans les hôpitaux d'adultes, affections médicales et chirurgicales. (*Adopté.*)

Sixième conclusion. — Création d'un service spécial pour les jeunes épileptiques, en dehors des services de Bicêtre et de la Salpêtrière. (*Adopté.*)

Septième conclusion.— Conservation des services internes des teigneux, avec adoption de mesures assurant le fonctionnement régulier du traitement externe. (*Adopté.*)

Huitième conclusion. — Conserver et améliorer le traitement à domicile, lorsque les conditions de salubrité du logement et la situation de la famille le permettent et que les maladies ne sont pas contagieuses. (*Adopté.*)

M. *le Président* propose d'adresser à M. le ministre de l'intérieur les conclusions du travail de M. Marjolin telles qu'elles ont été votées par l'Académie, en le priant de les examiner et de leur donner suite.

Cette proposition, appuyée par M. Bouley, est adoptée à l'unanimité.

— La séance est levée à cinq heures moins dix.

REVUE DES JOURNAUX

Du carcinome du sein et de l'influence de l'opération sur la durée de la vie, par le docteur GROSS.

L'auteur a réuni un certain nombre de documents statistiques et d'observations personnelles. Il croit pouvoir conclure que la vie est souvent prolongée par l'opération et que dans un cas sur quinze on n'observe pas de récidive. Une seule opération peut être insuffisante pour donner ce résultat. Le docteur Gross recommande dans l'amputation de la mamelle, de séparer la peau du muscle pectoral, de cautéri-

ser les tissus avec le fer rouge et d'enlever les glandes axillaires qui sont augmentées de volume. Les opérations partielles sont plus préjudiciables qu'utiles. Les conclusions ont été celles de la plupart des chirurgiens qui ont pris part à la discussion à laquelle ce mémoire a donné lieu devant l'Académie de Médecine de New-York. (*New-York med. Gaz.*, 11 février 1882, et *London med. Record*, 15 mai 1882.)

De la prophylaxie de l'ophthalmie des nouveau-nés, par le docteur Credé.

Employée par l'auteur à la maternité de Leipzig sur une série de deux cents enfants environ, et aussi par Olshausen, Haussmann dans une autre série de quatre cents cas, cette méthode consiste dans le lavage des yeux avec de l'eau à la température de la chambre et dans l'instillation d'une solution à 2 pour 100 de nitrate d'argent.

Aucun des nouveau-nés ainsi traités ne fut atteint d'ophthalmie, bien que les mères fussent affectées de maladies des organes génitaux (syphilis, blennorrhagie, écoulements). Il avait été impossible de pratiquer des lavages antiseptiques préalables de ces organes parce que ces femmes étaient en travail au moment de leur admission à l'hôpital. Au delà du cinquième jour, les ophthalmies qui se déclarent sont dues, d'après le docteur Credé, à d'autres causes qu'à l'infection par la mère. (*Arch. für Gynäk.*, XVIII, 3, 1881.)

Traitement du delirium tremens, par le docteur Latham.

Dans cette communication à la Société médicale de Cambridge, l'auteur divise les malades en trois groupes : 1° ceux qui sont robustes et qui, encore jeunes, n'ont pas les habitudes invétérées des alcooliques; 2° ceux dont la santé est moyenne et font abus des stimulants ; 3° ceux qui sont atteints de graves lésions anatomiques. Les malades du premier groupe sont soumis à la médication par l'hyoscyamine ; ceux du deuxième groupe au traitement par l'opium, s'il n'existe pas d'albuminurie. Enfin les malades du troisième groupe ne sont soumis à l'usage de l'opium qu'avec les plus grandes précautions et simultanément à celui des stimulants. Cette médication est basée, d'après l'auteur, sur cette opinion que le retour du sommeil est l'indice de la guérison. (*Brit. med. Journ.*, 7 janvier 1882.)

Traitement de la blenorrhée par l'eau chaude, par le docteur G. Picard (de Sopeka, Kansas).

L'auteur a employé l'eau chaude par le procédé suivant dans le traitement de la blennorrhée. — Une sonde en caoutchouc est introduite dans l'urèthre de façon à obturer l'orifice vésical avec le renflement terminal, et à mettre l'orifice de l'extrémité libre de l'instrument en rapport avec un vase plus élevé contenant l'eau chaude. Le liquide s'échappe par l'orifice latéral de la sonde qui est placée dans l'urèthre.

On commence l'irrigation avec de l'eau à la température de 90 degrés Fahrenheit et on l'élève graduellement jusqu'à 100 et 120 degrés. Cette opération doit être continuée durant environ quinze minutes, et peut être combinée avec les médications classiques. Il a donné à l'auteur de très heureux résultats. (*Med. and surg. Rep.*, 14 janvier 1882.)

De la paralysie spinale aiguë, par le docteur Gower.

Ce mémoire confirme les observations publiées dans la *Gazette hebdomadaire* (1881, n° 47) et dans lesquelles le docteur Oulmont signalait des cas d'atrophie musculaire progressive chez des individus atteints antérieurement de paralysie infantile.

Le traitement de la paralysie spinale aiguë consiste, d'après M. Gower, dans le décubitus abdominal ou latéral, préférable au décubitus dorsal; dans les révulsifs cutanés, dans l'usage des médicaments vaso-moteurs pendant la période aiguë. Plus tard contre les atrophies et quand les symptômes de régression se manifestent, on fera usage de l'électricité. L'un des pôles sera appliqué sur la moelle et l'autre sur les muscles. Mais tandis qu'on pourra vers le dixième jour électriser les muscles, on devra attendre un mois pour pratiquer la galvanisation de la moelle. (*The British med. Journ.*, mai 1882).

Du pansement des chancres par l'iodoforme, par le docteur Walter Whitehead.

Le procédé suivi par l'auteur est le suivant : La surface du chancre est détergée avec du coton ou du papier buvard. On applique ensuite une solution éthérée d'iodoforme. L'évaporation de l'éther laisse un dépôt pulvérulent d'iodoforme. Une deuxième application est faite alors et on recouvre la plaie d'une couche de collodion. Sur celle-ci, on place un plumasseau d'ouate, de façon à former une cuirasse imperméable, enlevant l'odeur de l'iodoforme et éloignant tous les risques d'inoculation. Trente-six heures après on renouvelle le pansement.

La solution éthérée employée dans la pratique de la ville contient une partie d'iodoforme pour deux parties d'éther. A l'hôpital, l'auteur fait usage d'une solution d'une partie d'iodoforme dans deux d'éther, mélangée avec dix parties de collodion. Mais cette dernière solution est odorante. (*Brit. med. Journ.*, 11 mars 1882.)

Travaux à consulter.

Ainhum, par M. le docteur Dupouy. — L'auteur cite le cas d'un nègre atteint d'ainhum du pied droit (cinquième orteil depuis vingt ans) et du pied gauche depuis un an. Le père et les deux frères du malade ont été atteints de la même affection. Au moment du début de l'ainhum, le nègre avait ressenti de très violentes douleurs lombaires. (*Archives de médecine navale*, 1881, novembre, p. 385.)

Grossesse extra-utérine; expulsion du fœtus par le rectum; guérison par le docteur Bulteau. — Il s'agit d'une femme de trente-trois ans qui avait eu un enfant à l'âge de vingt ans, chez laquelle les phénomènes se présentèrent de la manière suivante : six semaines après la cessation des règles, chute sur le siége, puis symptômes de pelvi-péritonite. Les accidents s'amendent, puis apparaît dans la fosse iliaque gauche une tumeur qui grossit peu à peu et finit par occuper toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen. Cette tumeur fut d'abord douloureuse, puis devint indolente. Environ vers le huitième mois il se produisit un écoulement sanguinolent par l'anus. Enfin, au bout de neuf mois, elle rendit un fémur. A partir de ce moment, la santé se rétablit rapidement et un mois environ après l'expulsion du premier os, les règles reparurent. Pendant huit mois les expulsions d'os eurent lieu à des intervalles irréguliers; la plupart des os du squelette furent éliminés. Au bout de ce temps il ne restait entre le vagin et le rectum qu'une petite tumeur dure, bosselée, peu douloureuse et absolument immobile. La femme guérit fort bien. L'auteur, à propos de cette observation, publie une statistique qui montre que l'ouverture dans l'intestin est la plus grave de toutes. (*Union médicale et scientifique du Nord-Est*, n° 10, 15 octobre 1881.)

Un cas d'empoisonnement par l'atropine, par M. Reinl. — Un enfant avala par erreur 35 milligrammes d'atropine; il fut pris aussitôt de rougeur de la face, de titubation, d'enrouement et bientôt d'hallucination, de délire et de convulsions. En vain on lui ad-

ministra du tannin, de l'iodure de potassium et du jaborandi; au bout de sept heures et demie les phénomènes persistaient, il avait 140 pulsations et 30 respirations. A ce moment on pratique une injection hypodermique de 5 milligrammes de chlorhydrate de morphine. Au bout de dix minutes, le pouls est à 110, la respiration à 20, les hallucinations cessent et bientôt l'enfant s'endort. Le lendemain il n'existait plus qu'un peu de dilatation pupillaire et quelques mouvements choréiformes des extrémités et de la face. Le troisième jour la guérison est complète. (*Prag. med. Wochensch.*, n° 20.)

NOTE SUR LA PETITE CIGUË, par M. John HARLEY. — D'après M. John Harley, qui a successivement essayé l'extrait aqueux de racine de la plante fraîche, l'extrait des semences, la teinture alcoolique de la racine et de la semence jusqu'à la dose de 60 grammes sur trois personnes et sur lui-même, la petite ciguë (*Æthusa cynapium*) n'est pas une substance toxique. (*St-Thomas's Hospital Report*, IX, p. 257.)

DE LA LAPARATOMIE ET DE LA CYSTORRHAPHIE DANS LES PLAIES PERFORANTES INTRA-PÉRITONÉALES DE LA VESSIE. Recherches expérimentales et déductions cliniques par le docteur VINCENT. — Les recherches de M. Vincent avaient pour but d'établir que la rupture de la vessie avec pénétration d'urine dans la cavité péritonéale n'est pas une cause nécessaire de mort et que, dans ces cas, il est bon de faire la suture de la vessie; ses expériences sont probantes, puisque sur quinze lapins qu'il a opérés, cinq seulement ont succombé. Il faut opérer même après un assez long temps, puisque dans l'expérience XIV le lapin a survécu après une suture faite au bout de quarante-huit heures. M. Vincent n'a eu qu'une fois l'occasion de faire la même opération (suture vésicale par adossement séreux) sur l'homme, elle a été suivie de succès. (*Lyon médical*, 1881, brochure in-8° de 16 pages. J.-P. Megret, Lyon, 1881.)

EMPOISONNEMENT MORTEL PAR LA SANTONINE, par M. W. J. KILNER. — Il s'agit d'un enfant de cinq ans qui ingéra 30 centigrammes de santonine et succomba après trente-cinq minutes. Il avait eu surtout des convulsions exclusivement toniques avec opisthotonos; pas de vomissements ni de diarrhée. A l'autopsie, intégrité parfaite de tous les organes, si ce n'est un peu de rougeur de la muqueuse gastrique. (*Saint-Thomas's Hospital Reports*, IX, p. 247.)

CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'ARSENIC DU A UN PAPIER DE TENTURE DE COULEUR ROUGE, par M. Georges CARLICK. — L'auteur rapporte le cas d'une famille dans laquelle la mère et quatre enfants présentèrent des symptômes d'une intoxication arsénicale chronique due à l'arsenic contenu dans la couleur rouge du papier de tenture. Le père et un enfant qui restaient moins longtemps exposés à cette influence furent indemnes. (*The Lancet*, 1881.)

MENSTRUATION PRÉCOCE, par M. PROCHOWNICK. — Observation d'une petite fille morte à trois ans d'une bronchite aiguë et chez laquelle un écoulement sanguin avait lieu par le vagin régulièrement toutes les quatre semaines depuis l'âge d'un an. L'autopsie montra l'utérus manifestement plus développé que chez un enfant et les ovaires semblables à ceux d'une jeune fille au moment de la puberté (*Archiv für Gynækologie*, Band XVII, Heft 2, p. 330.)

ACONIT DANS LA FIÈVRE RÉMITTENTE, par M. Gérald BOMFORD. — Expériences faites dans l'Inde aux environs de Calcutta. Dans un grand nombre de cas on a obtenu des résultats satisfaisants en donnant la teinture d'aconit à petites doses répétées. Ce médicament produit les effets ci-dessous: abaissement de la température, diminution de la fréquence du pouls qui devient plein et fort, rétablissement des fonctions digestives, suppression de la sueur. De plus, les urines deviennent abondantes et le sommeil reparaît. (*The Practitioner*, mars 1881.)

L'APOMORPHINE COMME EXPECTORANT CHEZ LES ENFANTS, par M. E. KORMANN. — L'auteur a employé le chlorhydrate d'apomorphine comme expectorant dans des cas de bronchite intense, de pneumonie catarrhale, de laryngite, etc. D'après lui, les résultats sont très favorables et la résolution rapide. Dans un cas de diphthérie il a complètement échoué. Les doses sont les suivantes: 1 milligramme chaque heure chez les enfants au-dessous d'un an, on augmente chaque prise d'un demi-milligramme par année. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, Band XV, Heft 11, p. 180.)

INFLUENCE DES PRINCIPAUX ALCALOÏDES DE L'OPIUM SUR LA QUANTITÉ D'URÉE EXCRÉTÉE EN VINGT-QUATRE HEURES PAR L'HOMME, par M. S. FUBINI. — Les expériences ont été faites sur un jeune homme de dix-sept ans en pleine santé et soumis à un régime uniforme pendant toute leur durée; si on représente par 100 la quantité d'urée excrétée en vingt-quatre heures, après l'administration, par la méthode hypodermique, de 1 centigramme de chlorhydrate des alcaloïdes suivants, elle est devenue: morphine, 103; narcéine, 116; codéine, 125; thébaïne, 127; narcotine, 105, et papavérine, 120. (*Centralblatt für de medicin. Wissensch.*, n° 42.)

DE L'INGLUVINE DANS LA DYSPEPSIE ET LES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE, par M. SOUTHALL. — M. Southall a employé l'ingluvine dans les dyspepsies avec atonie de l'estomac; dans ces conditions on l'administre en poudre à la fin des repas, deux ou trois fois par jour à la dose de 50 centigrammes. Il n'a eu qu'une seule fois l'occasion de traiter les vomissements de la grossesse par cette substance; le succès a été complet. L'ingluvine est une substance extraite du gésier des oiseaux; elle a été introduite dans la matière médicale par Warner, pharmacien américain. (*The Practitioner*, janvier 1881, t. XXVI, p. 39.)

DU TRAITEMENT DES ULCÉRATIONS PAR LE RACLAGE ET L'EXCISION, par le professeur VOILLET (de Genève). — L'auteur expose que le raclage du fond des ulcérations et l'excision des bords est un excellent moyen de traitement dans le lupus, le bubon ulcéré, etc. (*Journal de thérapeutique*, septembre et octobre 1881, numéros 22, 23, 24 et 25.)

LES ANTAGONISTES DE L'ACONIT SUR LE CŒUR DE LA GRENOUILLE, par M. Sydney RINGER. — L'aconit affaiblit les mouvements du cœur de la grenouille après les avoir déréglés: souvent ces deux effets se produisent à la fois, dans quelques cas l'affaiblissement n'a pas lieu; cette action est plus puissante sur les ventricules que sur les oreillettes. Nous ferons remarquer que l'influence de ce poison est bien moins grande sur les nerfs du cœur que sur l'axe cérébro-spinal. L'atropine fait disparaître tous les effets de l'aconit sur le cœur. Il n'y a aucune influence réciproque de la muscarine sur l'aconit et *vice versa*; il en est de même pour la pilocarpine, mais l'atropine combat les effets combinés de ces substances. L'auteur émet l'opinion que l'atropine agit en vertu d'une action chronique. (*Journ. of physiology*, t. II, p. 436.)

BIBLIOGRAPHIE

De l'intoxication par le tabac dans les manufactures, par M. F. JACQUES. Thèse de Paris, 1881.

Ce travail, fait sur des documents recueillis à la manufacture du Gros-Caillou, mérite d'être signalé. Les ouvriers employés à la manipulation du tabac, ceux surtout qui traitent les masses fermentées de 40 à 50000 kilogrammes, destinées à la fabrication du tabac à priser, sont exposés à de puissantes émanations de poussières organiques, de nicotine volatilisée et d'ammoniaque. Les accidents primitifs sont quelquefois violents et consistent surtout dans une vive excitation des muqueuses pulmonaire et digestive, se traduisant par de la bronchite et des vomissements. La céphalalgie, les vertiges, l'insomnie, les palpitations, le ptyalisme, la polyurie indiquent l'irritation du système nerveux et des appareils de sécrétion. Quand l'ouvrier est acclimaté, ce qui n'arrive pas toujours, des effets secondaires se produisent, d'un caractère plus complexe et auxquels concourent des influences moins délimitées. On a souvent noté la teinte cachectique de la peau. Ce n'est pas la teinte de la chlorose ni du cancer. Elle se rapproche plutôt de la teinte des fiévreux en proie à la cachexie tellurique. Les névroses peuvent se développer. Elles s'aggravent singulièrement quand elles existent déjà. Des troubles digestifs variés se manifestent; un des plus constants est l'état scorbutiforme des gencives, particulièrement marqué chez les femmes. Les coryzas, les bronchites, l'emphysème, s'observent fréquemment. Les palpitations ne sont

pas rares. On a surtout signalé les épistaxis et les métrorrhagies. Ce dernier symptôme se rapporte à des troubles de l'appareil génital qui ont frappé tous les observateurs. Bien qu'on ait parlé de l'influence du tabac sur les pertes séminales, c'est surtout chez les femmes que les troubles les plus marqués ont été observés. En général, elles perdent beaucoup et les époques sont peu régulières et plus rapprochées. La leucorrhée est habituelle. Les avortements sont fréquents et on cite plusieurs exemples de femmes qui, n'ayant jamais pu mener à terme une grossesse, tant qu'elles s'employaient à la manufacture, ont eu des enfants après avoir renoncé à leur travail habituel. La lactation est également compromise par l'influence nicotique. Les enfants dépérissent au sein de la mère, surtout quand celle-ci est employée dans les ateliers où l'on entre en contact plus intime avec le tabac, pour la préparation des cigares, par exemple. On reconnaît ces enfants dans les crèches à leur teinte cachectique; ils vomissent souvent le lait et sont sujets aux convulsions. Bien que Drysdale ait signalé, à Londres, la présence de la nicotine dans le lait des ouvrières, M. Jacques n'a pu la démontrer dans les expériences qu'il a instituées, mais pour lesquelles il employait évidemment des quantités de lait trop peu considérables : deux ou trois cuillerées.

Notre confrère n'a pas vérifié sur les ouvriers qu'il a observés les prétendues vertus prophylactiques du tabac à l'égard de la phthisie, du rhumatisme et des fièvres intermittentes. Il signale même des faits opposés à cette opinion.

Quant aux remèdes à opposer aux inconvénients de la manipulation du tabac, on les trouvera dans l'aération des ateliers, l'usage régulier des bains, des diurétiques, des laxatifs doux qui peuvent favoriser l'élimination, d'un régime hygiénique bien éloigné des habitudes actuelles des ouvriers. On conseille aux mères qui veulent allaiter d'associer promptement à leur lait celui des vaches ou des chèvres additionné d'eau au début dans des proportions convenables. On leur recommandera surtout une propreté scrupuleuse dans l'entretien de leurs nourrissons.

B.

Index bibliographique.

Manuel de vivisections, par le docteur Charles Livon, professeur suppléant à l'École de médecine de Marseille. — Paris, J.-B. Baillière, 1882.

Il existe pour les opérations chirurgicales chez l'homme des traités de médecine opératoire d'une grande valeur; on a compris la nécessité de réunir dans des ouvrages spéciaux la règle que doit suivre le physiologiste qui veut retirer tout le parti possible de l'expérimentation. C'est ainsi qu'ont été publiés, en Allemagne, les traités de Cyon, de Gscheidlen, en Angleterre celui de Burdon-Sanderson; Cl. Bernard a exposé sa propre technique dans l'ouvrage que tout le monde connaît. Mais c'était une œuvre toute personnelle, dans laquelle le grand maître n'indiquait que la partie de la technique relative aux travaux qu'il avait poursuivis. M. Ch. Livon a cherché à réunir dans un petit volume l'ensemble des notions opératoires indispensables à quiconque veut opérer sur les animaux. Il a réussi, pensons-nous, à faire un travail utile, et disons-le à sa louange, c'est loin de Paris, privé des rapports quotidiens si nécessaires avec les hommes spéciaux, que l'auteur a poursuivi son œuvre. Il s'est fait à lui-même une technique d'après les documents puisés dans tous les autres ouvrages; puis après s'être assimilé ces données et les avoir contrôlées, il nous les résume clairement, dans un manuel illustré d'un grand nombre de figures dont la plupart sont empruntées à la *Physiologie opératoire* de Cl. Bernard. Les éditeurs ont mis avec empressement à la disposition du nouvel auteur les clichés ayant déjà servi à une publication antérieure; ils ont de plus fait exécuter vingt figures nouvelles d'après les dessins de M. Livon.

Voilà donc un précis opératoire, écrit en français, à l'usage des physiologistes et que nous croyons appelé à rendre de réels services. Il faudrait maintenant qu'un expérimentateur plus particulièrement adonné à la chimie biologique résumât clairement les manipulations les plus essentielles; qu'un autre, à la fois physicien et mécanicien, nous fixât la règle à suivre dans l'étude des phénomènes de chaleur, d'électricité, d'optique, d'acoustique et décrivît l'instrumentation nécessaire pour l'emploi de la méthode graphique, pour l'application des projections à la recherche et à la démonstration. On devrait faire pour la physiologie une sorte de petite encyclopédie Roret, sans aucun luxe d'édition, accessible par son bon marché et dont chaque volume correspondît à une partie définie de la technique. Aujourd'hui, en effet, il est nécessaire, tout en possédant des notions assez précises sur l'ensemble de la physiologie, de se spécialiser dans ses recherches; ce n'est qu'à cette condition qu'on fera une œuvre utile, car le temps est passé où un seul homme pouvait embrasser l'étude de la physiologie tout entière. A chacun de ces hommes, suivant ses aptitudes spéciales, il faut un guide, un *vade mecum* de laboratoire; la série de petits manuels dont nous parlions tout à l'heure répondrait à ce besoin. M. Ch. Livon aura ouvert la voie dans ce sens et nous souhaitons que ceux qui viendront ensuite fassent chacun un petit ouvrage aussi clair et bien conçu que le sien. F. F.

Comptes rendus hebdomadaires de la Société de biologie. — Paris, O. Doin.

Jusqu'au commencement de l'année 1882, le Société de biologie publiait ses travaux dans la *Gazette médicale de Paris*, depuis longtemps son organe officiel. Tout en conservant les mêmes rapports avec ce journal, la Société a convenu avec sa rédaction, qu'à partir de janvier 1882, elle aurait droit à un Compte rendu hebdomadaire spécial, sous forme de tirage à part, représentant la valeur d'une ou de deux feuilles d'impression. Cette modification a entraîné la nécessité d'exiger de toutes les personnes faisant ou non partie de la Société et qui lui apportent leurs travaux, le dépôt immédiat de la note communiquée : aussi a-t-on obtenu depuis quelques mois une parfaite régularité dans les publications. Et maintenant que l'expérience a suffisamment prononcé, nous nous faisons un véritable plaisir d'annoncer les publications nouvelles. Il ne faut pas oublier, en effet, que c'est à la Société de biologie qu'ont été communiquées tout d'abord les recherches d'un grand nombre de savants, parmi lesquels il suffit de citer Cl. Bernard, Vulpian, Brown-Sequard, P. Bert, etc. Beaucoup se contentent d'avoir présenté un travail à la Société et considèrent ce dépôt comme une prise de date suffisante. Or, il arrive que le Compte rendu de la Société n'avait jusqu'ici été réuni en volume qu'avec un retard d'un ou deux ans, après n'avoir été publié que dans un journal médical dont beaucoup, même en France, ignorent les rapports avec la Société. Il y avait là une condition évidemment défavorable au développement de la Société de biologie; on a remédié à ce fâcheux état de choses en adoptant la publication hebdomadaire de Bulletins spéciaux. Espérons que désormais il sera fait mention à l'étranger des travaux publiés par les Bulletins; nous avons, en effet, eu le regret de constater que, pour l'année 1881 par exemple, la plupart des recherches communiquées à la Société sont extraites des recueils étrangers, si complets d'ailleurs, du *Jahresberichte* de Hoffmann et Schwalbe, du *Journal zoologique* de Carus, etc. Les Bulletins hebdomadaires étant offerts à l'échange, on n'aura plus l'excuse d'ignorer les travaux présentés à la Société de biologie. D'autre part, quand il s'agira de citer un travail communiqué à la Société de biologie, ce n'est plus à un journal quelconque, rendant compte d'une manière forcément incomplète et bien souvent erronée des recherches d'un auteur, qu'on devra se reporter; la citation n'aura de valeur qu'autant qu'elle aura été empruntée au Bulletin officiel. F. F.

VARIÉTÉS

Nécrologie : Desmarres. — L. A. Desmarres, qui tint pendant un certain temps, en France, le sceptre de l'ophthalmologie, est mort le 22 août, à l'âge de soixante-douze ans, étant né le 22 septembre 1810, à Evreux. Il a écrit d'assez nombreux mémoires, mais surtout un *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, qui était d'un grand secours à ceux qui n'étaient pas familiarisés avec cette branche spéciale de la chirurgie (1847; — seconde édition

en 3 volumes en 1853-54); on lui doit aussi un ophthalmoscope. Nos confrères savent qu'un de ses fils pratique avec distinction, à Paris, la même spécialité.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. de Fornel (Mathieu-Eusèbe), médecin de 1re classe, a été promu au grade de médecin principal, 1er tour (ancienneté).

CONCOURS. — Par arrêté en date du 22 août 1882, un concours sera ouvert, le 1er mars 1883, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

HOSPICE GÉNÉRAL DE TOURS. — Des concours vont être ouverts pour trois places d'élèves internes en médecine et en chirurgie, et pour un nombre indéterminé de places d'élèves suppléants.

ASILE D'ALIÉNÉS DU VAR. — Un concours est ouvert entre les architectes français pour la confection d'un projet d'asile mixte d'aliénés à construire dans le département du Var.

CHOLÉRA. — Des dépêches expédiées de Madrid à la date du 29 août annoncent : 1° qu'à Yokohama il y a eu 572 décès sur 775 cas de choléra en vingt jours, et qu'à Tokio on compte par jour 80 cas et 50 décès; 2° que, à Manille, le 28 août, 294 Indiens et 6 Européens étaient morts du choléra.

UN GÉANT. — Des journaux annoncent qu'un homme de dix-neuf ans, haut de 2m,41, doit être amené de Serquenay (Haute-Saône) à Paris pour être soumis à l'examen des hommes de l'art.

COURS PUBLICS. — *Cours préparatoire aux troisième et quatrième examens du doctorat en médecine (ancien régime) et au premier (nouveau régime), par le docteur Martin-Damourette, rue de Seine, 31.* — Les cours pour le premier et le troisième examens commenceront le mardi 5 septembre, à huit heures du soir; ils auront lieu tous les mardis, jeudis et samedis, à la même heure. — Le cours pour le quatrième examen commencera le lundi 4 septembre, à huit heures du soir, et il aura lieu trois fois par semaine, les lundis, mercredis et vendredis.

Ces cours seront terminés dans la première quinzaine de novembre. On s'y inscrit avant l'heure du cours, à la salle de la rue de Seine, 31, ou chez le professeur, avenue d'Antin, 37, tous les jours de trois à six heures.

MORTALITÉ A PARIS (34e semaine, du vendredi 18 au jeudi 24 août 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1034, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 74. — Variole, 8. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 28. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 42.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 168. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 75. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 34. — Bronchite aiguë, 14. — Pneumonie, 56. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 125; au sein et mixte, 58; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 77; de l'appareil circulatoire, 49; de l'appareil respiratoire, 59; de l'appareil digestif, 46; de l'appareil génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 9.

Conclusions de la 34e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1181 naissances et 1034 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 925, 929, 906, 1100. Le chiffre de 1034 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir : une atténuation pour la fièvre typhoïde (74 décès au lieu de 106 pendant la 33e semaine), la rougeole (9 au lieu de 13), la diphthérie (28 au lieu de 36), la scarlatine (2 au lieu de 5); une aggravation pour l'infection puerpérale (4 décès au lieu de 1). A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 3 décès par coqueluche (au lieu de 1); 8 décès par variole et 7 par érysipèle : ces derniers chiffres sont ceux qui avaient déjà été constatés, pour ces maladies, dans le dernier bulletin. En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la diphthérie (23 malades reçus du 14 au 20 août au lieu de 24 entrés pendant les sept jours précédents) et pour la fièvre typhoïde (251 au lieu de 338), et supérieur pour la variole (28 au lieu de 21).

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Des maladies utérines et de leur traitement par le seigle ergoté, le sulfate de quinine, l'électricité, les eaux sulfureuses en général, et plus spécialement par les eaux de Cauterets, par M. le docteur Constant Robert, médecin de la Maternité (de Pau), médecin consultant à Cauterets, chevalier de la Légion d'honneur. 1 vol. in-8 de 166 pages. Paris, G. Masson. 4 fr.

Acné kéloïdique, par M. le docteur Alfred Vérité. Brochure in-8. Paris, Asselin et Ce. » »

Synthèse électrothérapique : Rapport sur l'exposition d'électricité, par M. le docteur Apostolis. Brochure in-8. Paris, H. Lauwereyns. » »

Evian, ses eaux minérales et leur valeur thérapeutique, par M. le docteur Tcberlet. Brochure de 100 pages. Nice. Imprimerie Berna et Barral. » »

Manuel des maladies des femmes, leçons cliniques professées par M. Lombe Atthill. Ouvrage traduit sur la 6e édition anglaise, par M. le docteur P.-P. Laveie (de Québec). 1 vol. in-18 avec figures dans le texte. Paris, H. Lauwereyns. 5 fr.

Lettres sur l'hygiène, par M. le docteur M. Macario. 1 vol. in-18. Paris, Germer-Baillière et Ce. 2 fr.

NÉLATON, *Éléments de pathologie chirurgicale,* 2e édition complètement remaniée, tome V, revu par M. le docteur Desprès. 1 fort vol. grand in-8 avec 61 fig. intercalées dans le texte. Paris, Germer-Baillière et Ce. 14 fr.

De la thrombose veineuse dans les tumeurs fibreuses de l'utérus, par M. Henry Bastard. In-8. Paris, A. Coccoz. 2 fr.

La circoncision est-elle utile? par M. Castelain. In-8. Paris, A. Coccoz. 4 fr.

Des hémorrhagies cutanées liées à des affections du système nerveux et en particulier du purpura myélopathique, par M. Léon Faisans. In-8. Paris, A. Coccoz. 2 fr.

De la contagion de la rougeole, par M. Ant. Béclère. in-8. Paris, A. Coccoz. 3 fr.

Étude sur l'épilepsie partielle, par M. Léon Greffier. In-8. Paris, A. Coccoz. 2 fr.

Étude clinique sur l'absinthisme chronique, par M. le docteur Gautier. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Les affections oculaires chez les gens de la campagne, par M. le docteur G. Martin. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr.

Chirurgie antiseptique et théorie des germes, œuvres réunies de J. Lister, traduites par M. le docteur Borginon. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 10 fr.

Étude sur le poids de l'encéphale dans les maladies mentales, par M. le docteur Bra. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Les névralgies, leurs formes et leur traitement, par M. le professeur Vanlair. 2e édition. 1 vol. in-8 avec figures dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 8 fr.

Étude sur les vices de conformation de l'urèthre chez la femme, par M. le docteur Nunez. In-8 avec 1 planche. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Les maladies de l'oreille chez l'enfant, par M. le professeur Trœlsch, traduit de l'allemand par M. le docteur Delstanche. 1 vol. in-8 avec 7 figures dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 5 fr.

Étude sur la goutte et sur ses différents modes de traitement, par M. le docteur Souligaux. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 5 fr.

Contribution à l'étude de l'albuminurie survenant dans le cours des accidents secondaires de la syphilis, par M. le docteur Cohaden. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

Du pansement à l'iodoforme et de ses dangers, par M. le docteur Le Dentu. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 50 c.

Traité des névroses, par Axenfeld; deuxième édition, augmentée de 700 pages par M. H. Huchard. Paris, Germer Baillière. 20 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

MOTTEROZ, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE
L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 7 septembre 1882.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DE LA BACTÉRIE SYPHILITIQUE ; DE L'ÉVOLUTION SYPHILITIQUE CHEZ LE PORC : M. MARTINEAU. — DES ACCIDENTS LARYNGÉS DANS LE TABES DORSAL.

Académie de médecine : De la bactérie syphilitique ; de l'évolution syphilitique chez le porc : M. Martineau.

Les recherches et les expériences de M. Martineau (voy. p. 589) sont d'un grand intérêt et l'attention avec laquelle a été écoutée sa lecture l'encouragera certainement à continuer, comme il l'annonce, ses études de syphiliographie expérimentale. Tout en rendant hommage au zèle minutieux qu'il a mis à préparer les bouillons de culture dont il s'est servi et à pratiquer les deux inoculations dont il a rendu compte à l'Académie, nous devons, en effet, soumettre à notre distingué confrère quelques réserves dont une ou deux autres expériences pourraient démontrer rapidement ou l'inanité ou le bien fondé. M. Martineau cultive les bactéridies développées dans un bouillon de culture où il a introduit un chancre infectant excisé à une malade de son service. Il constate, après inoculation du liquide contenant ces bactéridies, que des bactéridies semblables se retrouvent pendant quelques jours dans le sang de l'animal inoculé, que celui-ci souffre, qu'il a de la fièvre, enfin qu'au bout d'un mois se développent des éruptions cutanées et des adénopathies. Ces accidents, M. Martineau les déclare syphilitiques bien que l'excision d'une des papules et d'une tache intradermique ne renferment pas de bactéridies. Celles-ci se retrouvent cependant dans le sang. A quelle époque disparaissent-elles? L'observation ne le dit pas. Il n'est cité que deux examens histologiques du sang, l'un le 12 juin (six semaines environ après l'inoculation), l'autre le 21 juillet. Dans cette dernière expertise, le sang ne contenait plus ni bactéridies, ni microbes; mais, depuis combien de temps n'en rencontrait-on pas? Cependant l'animal restait malade. Les bactéridies du sang de ce premier sujet, inoculées à un singe, ne donnent aucun résultat. M. Martineau en conclut que la syphilis du porc n'est pas transmissible à cet animal. Cette conclusion est peut-être un peu hâtive. Ne pourrait-on pas soutenir qu'au moment de leur inoculation ces bactéridies étaient inactives et qu'elles n'auraient produit aucun résultat chez un animal sujet à contracter la syphilis? Nous reconnaissons cependant tout l'intérêt que présente cette première expérience. Nous admettons que les bactéridies du premier

FEUILLETON

Sur la méthode à suivre dans les recherches bibliographiques.

(Fin. — Voyez le numéro 33.)

A la fin de votre article, vous raillez ceux qui se figurent qu'on peut faire de la bibliographie sérieuse en se faisant traduire par des amis tel ou tel article allemand ou anglais. Car il faudrait, dites-vous, plus de six mois pour avoir la traduction de tous les livres qui sont à consulter sur une question spéciale. Vous avez raison. S'il fallait faire traduire tous les travaux qu'on est forcé de connaître plus ou moins, on n'en finirait pas. Quant aux analyses, il n'y faut pas songer, car on ne peut admettre que notre ami interprétera tout le travail de la même façon que nous! Cependant les amis sont bons à quelque chose; le tout est de savoir s'en servir.

Supposons M. X. sachant assez d'anglais ou d'allemand pour faire ses recherches, pour comprendre *grosso modo* les travaux afférents au sujet qu'il étudie, mais pas assez pour faire la traduction littérale de certains passages qui l'intéressent plus particulièrement. X. s'adresse alors à son ami Z. qui sait l'allemand ou l'anglais sur le bout du doigt, et le prie de lui lire en français lesdits passages. L'ami Z. remplit dans ce cas, il est vrai, le rôle d'un dictionnaire, mais c'est un dictionnaire intelligent, avec qui vous pouvez discuter sur le sens d'un mot, d'une phrase, pour la plus grande fidélité de votre traduction et rectitude de vos idées.

Quant au scrupule qui vous fait craindre d'accorder trop d'importance à la bibliographie, permettez-moi de ne pas le partager. Notre cher maître, M. Verneuil, qui est bon juge dans cette question, comme vous savez, a dit quelque part : « Je soutiens depuis longtemps que le progrès scientifique a trois moteurs principaux d'égale puissance : l'*érudition*, l'*observation*, l'*expérimentation*, et qu'il existe une *méthode*

liquide de culture ont pu paraître identiques avec celles que l'on a retrouvées dans le sang de l'animal ; nous convenons que les accidents signalés chez cet animal ressemblent bien à des accidents syphilitiques. Mais pour arriver à cette conclusion : que « l'on ne peut mettre en doute l'existence de la bactéridie syphilitique », il eût fallu un grand nombre de résultats. Il eût été intéressant de faire, comme le conseille M. Pasteur, plusieurs cultures successives, dans plusieurs bouillons de culture, des bactéridies prises dans la macération première et d'inoculer ensuite à plusieurs animaux les bactéridies ainsi cultivées. Alors seulement les résultats eussent paru à l'abri de toute contradiction.

La deuxième expérience est faite par inoculation directe du pus d'un chancre infectant. Les accidents sont, dans ce cas, plus précoces. On retrouve les mêmes bactéridies ; mais celles-ci, loin de persister aussi longtemps, disparaissent du sang de ce deuxième sujet, le 21 juillet, *le même jour* où on ne les retrouve plus dans le sang du premier animal inoculé près de deux mois plus tôt. Et cependant le deuxième animal reste malade jusqu'au 23 août, c'est-à-dire durant un mois encore. Les bactéridies du sang de ce jeune porc sont inoculées à un autre animal ; elles ne déterminent aucun accident.

On le voit donc ; avant de conclure il faudrait savoir avec plus de précision : 1° si, après plusieurs cultures successives, les bactéridies recueillies à la surface d'un chancre induré peuvent déterminer, après inoculation, des accidents analogues à ceux que provoque le premier liquide ; 2° quelle est la durée approximative de la persistance dans le sang et les produits de sécrétion de ces bactéridies ; 3° si on ne les retrouve point dans les papules ou à la surface des ulcérations que l'on constate dans le cours de la maladie provoquée ; 4° si, au moment où l'inoculation des bactéridies cultivées à l'aide du sang des animaux inoculés reste inefficace, l'inoculation des bactéridies puisées dans les premiers bouillons de culture reste douée d'un certain degré d'activité.

Mais, hâtons-nous de le déclarer, nous ne faisons ressortir ces difficultés que pour encourager M. Martineau à les résoudre. Le travail qu'il vient de commencer annonce des résultats trop importants aux points de vue de l'histoire et de la pathogénie de la syphilis, pour qu'il nous soit possible de ne pas signaler à notre savant et laborieux confrère la voie par laquelle nous souhaitons qu'il arrive à l'aide d'une deuxième série d'expériences.

Des accidents laryngés dans le tabes dorsal.

Il n'est guère de semaine où quelque publication nouvelle ne vienne encore étendre la sémiologie déjà si complexe du tabes dorsal ; mais ce sont surtout les formes dites naguère anormales qui bénéficient de ces recherches incessantes. Plus on devient expert à dépister la maladie de Duchenne dès ses premières manifestations, plus on est amené à ne voir, dans le tableau symptomatique, tel que l'a tracé cet éminent observateur, qu'un type idéal dont le plus souvent la clinique s'écarte. D'ailleurs les lésions du tabes sont évidemment moins localisées qu'on le croyait autrefois, et sa place n'est plus parmi les myélites, mais parmi les affections cérébro-spinales ou au moins bulbo-spinales. Depuis que les recherches de Pierret ont définitivement introduit cette notion dans la science, on n'est plus fondé à qualifier de complications ou d'anomalies les syndromes divers liés à des troubles fonctionnels ou à des altérations organiques du système sensitif cérébro-spinal, alors même qu'ils se produisent au début du processus morbide.

Dans ces dernières années, les phénomènes céphaliques du tabes ont été l'objet de fort nombreux travaux, parmi lesquels nous ne citerons que les plus récents, ceux de Joffroy et Hanot, de Debove et de Lecoq ; qu'on y joigne les recherches nouvelles sur les symptômes oculaires et auditifs, dont l'importance clinique s'accroît de jour en jour, et l'on voit que la description du tabes à modalité bulbaire est presque aussi avancée que celle du tabes à évolution classique. Il s'agit, dans ces cas, de faits complexes au point de vue clinique, où les divers appareils qui sont sous la dépendance directe du bulbe rachidien sont simultanément frappés, et où la filiation des accidents est parfois difficile à établir. Nous ne nous occuperons ici que des ictus laryngés proprement dits, c'est-à-dire des cas où c'est le larynx qui fournit la note pathologique dominante ou au moins primordiale.

I

L'histoire des manifestations laryngées du tabes est, croyons-nous, tout entière de provenance française. C'est en 1868 que M. Féréol, dans un mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux, démontra l'existence, au cours de l'ataxie locomotrice, de troubles laryngés que Cruveilhier n'avait fait qu'entrevoir. Puis il nous faut arriver à 1874 pour trouver, dans la thèse de Martin, la relation d'un fait du même ordre,

---

bibliographique distincte, indépendante, digne d'être cultivée pour elle-même, et qui ne le cède en rien à ses deux rivales quant au nombre et à la valeur des informations qu'elle fournit. J'ai pour elle tant de reconnaissance et de respect que je voudrais voir partager par tous mes sentiments à son égard. »

Si vous voulez lire un bel éloge de cette méthode, veuillez parcourir les six ou huit pages que M. Verneuil a bien voulu écrire en tête de mon *Traité de la gastro-stomie*, pages qui résument admirablement tous les services qu'on peut attendre des recherches bibliographiques bien faites, et dont font partie les deux ou trois phrases que je viens de citer. De son côté, le discours de M. Billings est rempli d'arguments en faveur de ces recherches. En voilà plus qu'il n'en faut, je crois, pour chasser sans crainte le remords qui vous est venu. Seulement je vous préviens que vous trouverez dans la préface à laquelle je faisais allusion tout à l'heure une opinion toute contraire à la vôtre, quand vous accusez presque l'érudition de nuire à l'originalité et quand vous dites que ceux qui ont le rare don de l'originalité scientifique n'ont pas besoin d'être érudits. Permettez-moi d'invoquer encore, sur le premier point, l'opinion de M. Verneuil.

« On répète sans cesse que les érudits ne font jamais de découvertes et que leur esprit perd toute son originalité. Le reproche est injuste et l'assertion inexacte. L'érudition certainement ne crée rien par elle-même, mais elle conduit aisément à la création ; le chercheur qui, à défaut d'imagination ou d'intuition, se sert de la méthode bibliographique, arrive sûrement dans les points où il y a quelque chose à trouver. Détourner les travailleurs de l'emploi des livres, c'est conseiller aux voyageurs, explorant des régions mal connues, de ne point se servir des cartes géographiques dressées par leurs prédécesseurs. »

Voyez maintenant à quoi sert l'érudition à ceux qui ont le don de l'originalité scientifique.

communiqué par M. Vulpian. Dès lors les observations se multiplient; celle de Jean (*Soc. anat.*, 1876) offrit un intérêt d'autant plus grand qu'elle renfermait la première autopsie complète, et qu'elle fut l'occasion d'un rapport où Budin exposa succinctement deux faits analogues.

Vers la même époque, M. Charcot, dans son enseignement classique, introduisait définitivement les crises laryngées dans la séméiologie du tabes, parmi les manifestations viscérales de l'ataxie, dont le type nous est fourni par les crises gastriques. Puis M. Krishaber, dans un travail publié par la *Gazette hebdomadaire* (1880), appela l'attention sur une forme très grave de laryngisme tabétique. Le mémoire de Cherchevsky, rédigé sous l'inspiration de M. Charcot, mémoire où tous les faits connus sont réunis, démontra la subordination de ces accidents au tabes (*Revue de médecine*, juillet 1881).

Mais la bibliographie de Cherchevsky n'est déjà plus complète; car récemment ont vu le jour plusieurs observations nouvelles, celles de Lizé (*Union médicale*, 21 juillet 1881), de Vulpian (*Revue de médecine*, 1882, n° 2) et de Demange (*eod. loc.*, n° 3), toutes instructives, la dernière surtout, au point de vue anatomo-pathologique.

Enfin M. Fournier, dans son ouvrage sur le tabes spécifique, consacre aux crises laryngées quelques pages qui constituent l'étude clinique la plus précise que nous possédions des symptômes laryngés du tabes.

II

Bien que les manifestations laryngées se présentent sous des formes très dissemblables, et que d'autres symptômes viennent souvent compliquer le tableau clinique, on peut, avec M. Cherchevsky et M. Fournier, les rapporter à trois types principaux d'intensité croissante, depuis une légère toux, à peine gênante, jusqu'au laryngisme le plus formidable.

L'attaque légère est caractérisée par une toux spéciale, nettement spasmodique, même dans sa forme la plus atténuée. Le malade accuse une sensation de picotement ou de chatouillement au niveau du larynx, parfois un peu de constriction à la gorge; puis éclate une toux sèche, nerveuse, assez pénible, qui se prolonge quelques minutes pour s'arrêter brusquement. L'élément spasmodique est souvent fort accusé; ce sont alors des secousses expiratoires répétées, une sorte de hoquet convulsif, suivi d'une inspiration rauque, en un mot une crise que l'on a fort exactement comparée à l'accès de coqueluche.

Dans le second type, ce qui domine, c'est la perturbation apportée brusquement à la fonction respiratoire. Le malade est tout à coup pris d'une dyspnée extrême, avec sensation de strangulation et cyanose de la face. L'angoisse est à son comble, mais ne dure que quelques instants, car bientôt le rythme respiratoire se rétablit.

Enfin, dans la forme la plus grave, l'ictus est tel que la respiration se suspend complètement, et que le malade tombe foudroyé en état d'apnée complète. C'est le tableau du spasme de la glotte avec la soudaineté sidérante qu'on observe chez le nouveau-né, chez qui il entraîne si souvent la mort subite.

Tels sont les phénomènes laryngés proprement dits; mais on conçoit que, dans les formes intenses, les grandes fonctions ne restent pas indemnes. La scène est dramatisée par tels incidents qui relèguent au second plan le laryngisme, depuis les vertiges et les nausées, jusqu'aux lypothymies, aux accidents épileptoïdes ou apoplectiformes, bref tout le cortège des phénomènes bulbaires. C'est ainsi que, dans son travail sur les accidents apoplectiformes du tabes (*Revue de médecine*, juin 1882), Lecoq fait un groupe à part des cas « où les crises laryngées... semblent, par l'asphyxie et la congestion cérébro-spinale passive que celle-ci détermine, être la cause immédiate de phénomènes apoplectiformes ». A ces accès foudroyants il n'y a d'ordinaire pas de prodromes; quelquefois cependant une sensation de picotement au niveau du larynx les annonce, à la manière de l'aura dans les attaques d'hystéro-épilepsie.

Ces crises peuvent avoir une terminaison fatale (Duclos, Jean, Lizé), soit qu'il y ait mort subite, comme dans l'asthme thymique du nouveau-né, soit que le malade succombe « en état de mal laryngé » par asphyxie croissante. En outre des observations auxquelles nous venons de faire allusion, on doit à M. Krishaber la relation d'un fait analogue, où la trachéotomie put seule arrêter les progrès de l'asphyxie.

Mais le plus souvent, et ceci prouve qu'il ne s'agit que de désordres purement fonctionnels, la crise s'arrête brusquement, sans laisser de traces après elle, quelle qu'en ait été la gravité apparente. La durée de ces accès est très variable, de quelques secondes à plusieurs minutes, vingt minutes et même davantage dans les formes d'intensité moyenne. En dehors des attaques, les malades ne présentent d'habitude aucun trouble respiratoire, de même que, dans l'intervalle des crises gastriques, les fonctions digestives reviennent à la norme.

« Avant de se mettre à creuser une question, il est bon de consulter les livres et de dresser l'inventaire complet de la science sur cette question.

» Ceci a plusieurs avantages: Si après avoir compulsé on se trouve suffisamment éclairé, rien n'empêche d'en rester là, de passer outre et de porter ailleurs son activité. Mais on peut aussi condenser le fruit de ses veilles et en composer une note ou un mémoire qui dispensera les autres de la peine que soi-même on a prise. Ce travail, quand bien même il ne renfermerait rien de nouveau, serait toujours instructif pour ceux qui n'ont point creusé le sujet, c'est-à-dire pour l'immense majorité des lecteurs.

» Mais je suppose que l'enquête bibliographique ne satisfasse pas votre curiosité et vous démontre la nécessité de nouvelles recherches. Si vous retournez au lit du malade, instruit comme vous l'êtes devenu, vous observerez beaucoup mieux, sachant surtout ce qu'il faut observer. Si vous rentrez au laboratoire, vous savez dans quel sens il faut interroger la nature, et vous ne vous exposez pas à répéter des expériences qui ne servent à rien.

» En tout cas, et en quittant vos livres, vous pouvez faire deux parts, celle des notions acquises, démontrées, négligeables, et celle des choses douteuses, équivoques, à l'élucidation desquelles il faut résolument travailler. »

Je ne sais pourquoi je me figure que les grands maîtres de la science expérimentale moderne connaissaient à fond l'état de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie avant de faire les découvertes qui les ont illustrés. Lorsque Cl. Bernard découvrit la fonction glycogénique du foie, croyez-vous qu'il ne connaissait pas aussi bien que le plus instruit de ses contemporains les notions acquises par ses prédécesseurs sur la physiologie du foie, la pathogénie et la pathologie du diabète, et les modifications imprimées à l'organisme par les lésions du système nerveux? Lorsque M. Pasteur découvrit le rôle joué par les microbes dans les maladies des vers à soie, de la bière, du vin, dans le charbon et le choléra des poules, etc.,

Les phénomènes laryngés ont donc, à l'instar de toutes les manifestations viscérales de l'ataxie, un caractère franchement intermittent. Tantôt ils reparaissent plusieurs fois, jusqu'à cinquante fois dans la même journée, sans cause appréciable, ou sous l'influence d'une cause occasionnelle, comme le froid, la fatigue vocale, une émotion; il en est ainsi surtout de la toux spasmodique. Tantôt ils ne se produisent qu'à des intervalles de dix, quinze jours et même plus pour disparaître quelquefois d'une manière définitive. Il est des malades qui n'ont, dans tout le cours de leur affection, qu'une ou deux crises, soit légères, soit violentes; il en est d'autres qui sont toujours en imminence d'ictus laryngé; mais, dans ces cas, il existe des lésions profondes du bulbe, et généralement, à côté de ces phénomènes, se produisent d'autres accidents du côté des appareils congénères au point de vue de l'innervation.

A cet égard donc on ne saurait formuler de loi absolue; tandis que pour M. Fournier « les troubles laryngés augmentent de fréquence et d'intensité à mesure qu'ils s'éloignent de leur explosion première », la marche inverse serait la règle, d'après M. Vulpian : « Dans tous les cas que j'ai vus, les crises ont fini par s'éloigner les unes des autres, par perdre progressivement de leur intensité et disparaître complètement. » Or, dans les observations publiées, on trouve des faits à l'appui de ces deux opinions contradictoires. N'en est-il pas de même d'ailleurs pour presque toutes les manifestations du tabes dorsal?

Variable est donc la physionomie clinique, comme le mode d'évolution des accidents laryngés; non moins variable leur moment d'apparition. Ils peuvent entrer en scène à toutes les périodes du tabes; mais la statistique semble démontrer que, dans la moitié des cas au moins, ils marquent le début de la maladie. Souvent des mois, des années se sont écoulés avant que les symptômes tabétiques habituels aient apparu. Et même les faits de laryngisme prémonitoire du tabes sont probablement beaucoup plus nombreux que ne l'indique la littérature médicale. N'est-il pas, en effet, vraisemblable que fréquemment pareils phénomènes, alors surtout qu'ils se présentent sous la forme la plus légère, passent inaperçus ou sont attribués à des affections banales des voies respiratoires?

D'autres fois, au contraire, les accidents laryngés ne se produisent qu'à une période avancée de la maladie, et, alors même, ils sont souvent passagers. Mais c'est dans ces cas surtout, on le conçoit aisément, qu'ils affectent la plus grande gravité.

III

Quelques mots seulement sur l'anatomie et la physiologie pathologiques de ce syndrome.

Nous n'avons à mettre en ligne que trois observations avec autopsie (Cruveilhier, Jean, Demange), et encore les deux dernières sont-elles seules complètes. A priori, tout portait à croire que les accidents laryngés sont liés soit à un trouble fonctionnel, soit à une altération organique du bulbe et des nerfs qui en émanent : pneumo-gastrique et spinal. Conformément à ces prévisions, on a trouvé, pour ne parler que des lésions bulbaires, des altérations très nettes des corps restiformes, et une dégénérescence scléreuse du noyau sensitif des nerfs mixtes.

D'autre part, M. Krishaber a montré qu'il s'agit ici de phénomènes purement spasmodiques : la brusquerie d'apparition, le caractère intermittent des crises, enfin les résultats souvent négatifs de l'examen laryngoscopique en témoignent. Il est vrai que l'on a noté plusieurs fois un état paralytique ou parétique de certains muscles ou d'une corde vocale; mais, comme l'a fait remarquer cet auteur, « la paralysie persistante d'un muscle ou d'un groupe musculaire produit facilement la contraction spasmodique du muscle antagoniste ».

L'ictus laryngé complet se réduirait donc, suivant toute vraisemblance, à un spasme réflexe dont la genèse est expliquée à la fois par l'hyperexcitabilité du bulbe et par l'hyperesthésie de la muqueuse laryngée, qu'innerve le pneumogastrique.

Si tel est le mécanisme des accidents laryngés dans le tabes, on conçoit que des manifestations de même ordre puissent s'observer dans divers processus morbides à localisation bulbaire, et dès lors ce syndrome ne saurait avoir une importance diagnostique considérable. Nul n'ignore que le laryngisme n'est pas exceptionnel chez les hystériques, et même qu'on le rencontre chez des individus d'ailleurs bien portants, à l'état de phénomène isolé. Nous faisons ici allusion à ces ictus que M. Charcot a le premier décrits, et qu'il place provisoirement à côté du syndrome de Menière, en leur donnant la dénomination de vertiges laryngés. Ils peuvent, d'après M. Krishaber (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, mars 1882), se présenter sous les différentes modalités qui appartiennent aux accidents laryngés du tabes, depuis la toux spasmodique jusqu'à l'attaque sidérante.

Phénomènes prémonitoires, les crises laryngées doivent

---

admirables découvertes qui le conduisirent au traitement de ces maladies, croyez-vous qu'il n'avait pas une connaissance approfondie des travaux antérieurs sur l'organisation des magnaneries, l'alcoolisation du vin, les diverses fermentations, etc.? Si ces deux savants (le mot vient spontanément sous ma plume) n'eussent pas fait d'abord une enquête sur les notions acquises avant eux, comment eussent-ils pu s'assurer que les théories déjà émises n'avaient aucune valeur, et comment auraient-ils été amenés à chercher mieux dans une autre voie que celle qu'avaient suivie leurs devanciers? Pour moi, les grands inventeurs de systèmes, de méthodes, aussi bien en science qu'en philosophie, ont dû commencer par faire, comme Descartes, table rase, avant de songer à édifier de nouvelles doctrines; mais, avant de détruire, encore faut-il connaître l'existence d'abord, l'inutilité ensuite, de ce qu'on veut détruire. Si je ne me trompe, Cl. Bernard, M. Pasteur, et les autres, avaient d'abord fait la part de ce qu'on savait, peu ou prou; ils avaient étudié les procédés d'expérimentation de leurs prédécesseurs, en avaient reconnu les points faibles, et alors seulement, armés de leur savoir, et surtout éclairés par leur intelligence, ils se sont élancés à la recherche de l'inconnu.

L'érudition est encore bonne à autre chose pour les inventeurs, ne serait-ce qu'à les empêcher de donner comme nouvelle une idée qui date d'un siècle. « Les recherches bibliographiques faites avec conscience, dit encore M. Verneuil, dissipent bien quelques illusions et portent atteinte à certains prestiges; je conviens même qu'elles occasionnent parfois des désenchantements personnels; on caressait l'espoir d'avoir fait une découverte, et voilà qu'un malheureux passage, perdu dans un obscur bouquin, vous dépossède cruellement! »

Elle permet encore aux inventeurs, cette chère érudition, de se défendre contre les revendications de priorité qui surgissent aussitôt qu'ils ont mis leur invention au jour. Permettez-moi de vous citer les grandes découvertes qui ont

être rangées parmi les signes de « possibilité » du tabes, et peuvent mettre sur la voie du diagnostic; phénomènes tardifs, elles offrent une réelle gravité pronostique, en ce sens qu'elles révèlent un trouble fonctionnel ou une altération organique du bulbe rachidien.

L. Dreyfus-Brisac.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie expérimentale.

De la bactéridie syphilitique. De l'évolution syphilitique chez le porc; étude et expériences, par MM. L. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, et Hamonie, interne des hôpitaux. Extrait d'un travail communiqué à l'Institut (Académie des sciences) dans la séance du 4 septembre (1).

. . . .

Le 29 avril 1882, nous avons enlevé un chancre infectant syphilitique induré, existant sur la petite lèvre gauche d'une malade couchée au n° 34 de la salle Saint-Louis, à l'hôpital de Lourcine. Ce chancre est mis dans un vase clos, préalablement chauffé au rouge sombre. Nous préparons un bouillon concentré (Liebig), porté à l'ébullition pendant deux heures environ. Nous chauffons fortement un ballon à col très allongé, préalablement porté au rouge sombre et refroidi. Nous y introduisons la valeur environ d'un verre à bordeaux du bouillon en ébullition, de l'alcalinité duquel nous nous sommes assurés. Nous bouchons le tube avec un tampon d'ouate et nous laissons refroidir. Dès que la température du liquide est de 30 degrés centigrades environ, nous y introduisons rapidement le chancre, et nous scellons le tube à la lampe sans enlever le tampon d'ouate.

Le bouillon est couleur acajou foncé, mais clair et limpide. Le ballon est placé dans un bain-marie, à la température moyenne de 30 degrés centigrades, et variant entre 25 et 40 degrés. Cette opération a lieu vers midi.

A trois heures, on distingue en suspension dans le liquide quelques flocons qui troublent sa transparence.

A six heures et demie, un petit dépôt grisâtre se forme au fond du vase.

Le 30 avril, vers dix heures du matin, nous ouvrons le tube, nous prenons quelques gouttes de liquide, et nous scellons aussitôt à la lampe.

On examine au microscope une goutte de bouillon, et nous constatons la présence de nombreuses bactéridies offrant les caractères suivants :

Forme de bâtonnets, d'une longueur variable, mais ne dépassant pas le diamètre d'un globule sanguin, formés d'une matière claire au point, et obscure si on élève très légèrement l'objectif; il n'y a pas trace de noyau, d'enveloppe ni de granulations.

Ces bactéridies sont groupées par deux (— —) suivant une ligne horizontale ou seules, ou bien elles sont accolées bout à bout et deux par deux (= =); mais, entre les deux bactéridies accolées, il y a un très petit espace clair, de telle sorte que le contact n'existe pas, à proprement parler. Dans d'autres parties du champ du microscope, deux bactéridies sont accolées de façon à former un angle plus ou moins ouvert (<<), très rarement elles sont accolées trois par trois. Quelquefois deux bactéridies semblent n'en former qu'une.

Ces bactéridies offrent des mouvements divers. Le plus fréquent y est un mouvement autour d'un axe qui couperait l'animal en deux, à la façon d'une aiguille de boussole. Ces mouvements se font successivement à droite et à gauche, d'où une progression rapide de la bactéridie. Très souvent on voit la bactéridie pirouetter sur elle-même autour d'un axe transversal; elle plonge, pour ainsi dire. Assez rarement elle tourne autour d'une de ses extrémités fixes, l'autre étant mobile. La bactéridie progresse indistinctement par les deux bouts. On peut aussi lui voir décrire des mouvements légers, ondulatoires, comme un serpent; mais ces mouvements sont rares et peu accusés.

Il arrive parfois que deux bactéridies accolées se meuvent par leurs bouts opposés. Leur bout accolé étant fixe et représentant une sorte de charnière, les deux autres bouts se meuvent en sens inverse, mouvement qui représente assez bien le chiffre 2.

En même temps que ces bactéridies, on constate la présence de quelques bâtonnets beaucoup plus longs (jusqu'à quatre et cinq fois), très peu mobiles, la plupart même immobiles, rectilignes ou légèrement curvilignes. Enfin on trouve aussi quelques microbes, assez rares relativement, en forme de points excessivement petits, brillants et obscurs (si on lève l'objectif), agités de vifs mouvements de progression.

Une goutte de solution de violet de méthylamine donne une magnifique coloration des bactéridies qui continuent à se mouvoir, mais d'une façon moins rapide.

Le soir, vers dix heures, les bactéridies continuent à se mouvoir (les préparations ont été exactement scellées à la paraffine). Les mouvements sont plus lents, surtout pour celles qui sont colorées.

Le 1er mai (neuf heures du matin), nous prenons quelques gouttes de bouillon que nous plaçons sous le champ du microscope. Nous extrayons de même le chancre du tube, que nous plaçons dans l'alcool parfaitement pur à 90 degrés. Le tube est scellé à nouveau comme hier. Le liquide est trouble

(1) Le même travail a été lu mardi dernier à l'Académie de médecine.

---

révolutionné la chirurgie depuis trente ans : l'écrasement linéaire, le drainage chirurgical, l'exérèse non sanglante, la doctrine septicémique avec son corollaire la méthode antiseptique, la ponction avec aspiration. Que de discussions n'ont-elles pas soulevées, tendant à démontrer que les inventeurs n'avaient reproduit que les idées d'autrui! Voyez, par exemple, l'écrasement linéaire. A peine Chassaignac en a-t-il prononcé le nom que de toutes parts on lui crie : « C'est du vieux neuf; j'ai fait cela avant vous; notre collègue un tel aussi! Et le serre-nœud de Graefe, et celui de Mayor! » Et Chassaignac de s'indigner et de citer à son tour des textes. « Que réclamez-vous? répond-il à ses contradicteurs? J'ai inventé la méthode, les autres n'ont trouvé que des instruments, et encore ces instruments n'ont-ils rien de comparable au mien. Vous me parlez du serre-nœud de Mayor. Cherchez mieux, car celui-là n'est qu'un assemblage de pièces plus anciennes que lui. De quoi se compose-t-il? D'un tube métallique, de petites boules ressemblant à un chapelet, d'un treuil ou tourillon. Eh bien, le treuil appartient à Fallope, le chapelet à Rœderer, et quant au treuil, je ne pense pas qu'on fasse honneur de son invention à Mayor (1). »

Voilà pour l'instrument. Quant à la méthode, elle était si bien à Chassaignac que dix ans de luttes oratoires n'ont servi qu'à affirmer et à affermir ses droits.

Vous me pardonnerez certainement, mon cher ami, ce long discours en faveur de la méthode bibliographique. Je lui dois une grande reconnaissance, parce qu'elle m'a procuré les succès dont je suis le plus fier, et je voudrais, comme mon maître, que l'érudition soit honorée par tous comme elle le mérite. Malheureusement, pour beaucoup de raisons, l'érudition et les érudits sont encore en bien petite faveur auprès de la masse des praticiens, et cet état de choses ne me paraît pas devoir cesser de sitôt. La faute en est à bien des circonstances, sans doute; mais je crois que ce qui éloigne le plus

(1) *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1856-1857, t. VII, p. 284, 289 et suiv.

et fortement floconneux; il contient des masses de bactéridies petites, agitées de mouvements rapides, excessivement vifs. Plus leur longueur est grande, moins sont actifs leurs mouvements. On voit d'énormes bactéridies en nombre considérable, la plupart immobiles, quelques-unes sont disposées en *y* (Y). On y trouve aussi les microbes punctiformes déjà signalés, en petit nombre relativement. La pièce se colore parfaitement par le violet de méthylamine; les mouvements continuent néanmoins.

Dans la préparation du 30 avril, les mouvements des bactéridies persistent encore, mais ils sont plus lents.

Expérience I. — Le 1er mai, à cinq heures et demie du soir, sur un porc mâle âgé de cinq mois environ, bien portant, nous faisons sur l'abdomen, à gauche de la région pénienne, dans le tissu cellulaire sous-cutané, une première injection avec une seringue de Pravaz remplie de liquide de culture des bactéridies, et une deuxième au niveau de la région axillaire droite. Nous conservons un échantillon de ce liquide, que nous continuons à maintenir à l'étuve à une température de 25 à 30 degrés.

Ce même soir, à neuf heures, nous constatons que les points observés le matin dans la préparation sont, pour la plupart, des petites bactéridies vues perpendiculairement par un de leurs bouts. Si l'on observe pendant quelques instants ces points, on les voit se transformer en bâtonnets à mesure que la bactéridie quitte la position verticale. Ce sont les très petites bactéridies qui se tranforment ainsi.

Le 2 mai, à neuf heures du matin, le porc a de la fièvre, le museau est sec, les pattes sont chaudes, le pouls rapide. L'animal présente des soubresauts fréquents; il refuse toute nourriture.

A six heures du soir, on pique une veine sous-cutanée abdominale; on recueille quelques gouttes de sang. Les globules sont au nombre de 7 920 000; ils sont petits, très nets et peu modifiés de forme. Nous constatons la présence de quelques bactéridies très mobiles et vivaces, parfaitement colorées par le violet de méthylamine.

Le 3 mai, l'animal est dans le même état; il est agité; il présente des soubresauts fréquents; la fièvre paraît intense; il ne veut prendre aucune nourriture. Cet état s'amende les jours suivants.

Le 13 mai, l'état général est bon; l'animal mange.

A la fin du mois de mai (30), nous constatons sur l'abdomen sept à huit papules très saillantes, rondes, rouges, du volume d'une lentille. Quelques-unes existent au niveau des creux axillaires, au voisinage de l'anus et sur la partie interne des cuisses.

Le 31, nouvelles papules sur la région dorsale; les poils s'enlèvent facilement à la moindre traction.

Le 1er juin, les papules sont plus nombreuses sur l'abdomen et le dos.

Le 4, blépharo-conjonctivite intense de l'œil gauche : conjonctive rouge, sécrétion purulente qui se concrète et agglutine les bords des paupières. L'animal est triste, reste étendu, ne mange pas.

Dans l'épaisseur du fourreau de la verge, nous constatons une tumeur dure, douloureuse, mobile, roulant sous la peau, du volume d'une noisette environ. Dans les plis inguinaux, trois petits ganglions durs, non douloureux.

Le 12, la tumeur pénienne a augmenté de volume; elle reste mobile, sans adhérence à la peau, toujours douloureuse. L'œil va mieux.

Nous enlevons une papule et une tache noire intradermique, ressemblant à une pétéchie, surtout sur la région dorsale. Au microscope, la papule est constituée par une hyperplasie lamineuse avec corps embryoplastiques et cellules fusiformes nombreuses; pas de bactéridies dans la préparation.

En même temps, nous recueillons quelques gouttes de sang qui sont immédiatement mises en culture à la température de 42 degrés. L'une d'elles est mise à part; placée, en sortant de la veine, sous le champ du microscope, on y constate des bactéridies.

Pour la culture des bactéridies recueillies, nous employons le procédé suivant :

Nous lavons un ballon Pasteur à l'acide phénique et nous le plaçons dans l'étuve chauffée à toute vapeur pendant cinq heures environ. Le bouillon de culture est chauffé pendant dix heures, maintenu à l'ébullition. On le laisse refroidir et on le rend alcalin avec la soude. On le filtre deux fois; on le porte de nouveau à l'ébullition, puis on le place dans le ballon Pasteur; il reste à l'étuve pendant vingt-quatre heures. Après ce laps de temps, examiné au microscope, il ne contient pas de bactéridies. Alors, à l'aide d'un gros tube effilé dont l'extrémité opposée est obstruée à l'aide d'un tampon d'ouate phéniquée, nous recueillons quelques gouttes de sang, au niveau d'une petite veine de la paroi abdominale. Trois gouttes seulement sont mises dans le ballon contenant le bouillon de culture, maintenu à la température de 42 degrés environ. Au bout de dix-huit heures, nous constatons des bactéridies en nombre considérable, analogues à celles obtenues dans le liquide de culture du chancre.

Le 16 juin, peu au courant des affections cutanées du porc et afin d'affirmer notre diagnostic de syphilides papulo-squameuses, nous prions MM. les professeurs Bouley et Nocard, M. Weber, vétérinaire à Paris, d'examiner l'affection cutanée dont le porc inoculé le 1er mai est atteint. Ces messieurs ne peuvent se prononcer sur la nature de cette affection, ils n'en ont jamais observé d'analogue sur le porc. Quant à la

---

de l'érudition c'est la mauvaise bibliographie. Ceci m'amène à vous entretenir ici de quelques-unes des causes qui contribuent à faire cette mauvaise bibliographie, causes à ajouter à celles dont j'ai parlé précédemment.

Une des principales est certainement l'indifférence d'une certaine catégorie d'écrivains pour la bibliographie faite comme nous l'entendons. Or, je ne crois pas devoir être démenti en disant que sur cent mémoires, notes, articles de journaux, il y en a quatre-vingt-dix qui émanent de cette catégorie d'écrivains, qui peuvent avoir les plus grands égards pour deux des moteurs du progrès scientifique, la méthode expérimentale et la clinique, mais qui professent le plus profond dédain pour le troisième, la méthode bibliographique. Vous trouverez de ces auteurs aussi bien parmi ceux qui ne donnent pas d'index que parmi ceux qui ne sauraient écrire une page sans y ajouter quinze renvois à d'autres travaux; les uns témoignent de leur dédain pour la méthode en la laissant complètement de côté, et les autres en en faisant un usage trop libre.

Et l'altération des textes! Quelle source fertile en erreurs de bibliographie! J'en ai relevé des centaines, et bien d'autres avant moi ont fait la même chose. Mais il faudrait les citer toutes pour obliger un peu les écrivains à y regarder à deux fois avant d'avancer un fait dont ils ne sont pas sûrs. Car, à quoi bon prêcher l'exactitude et l'honnêteté en bibliographie, s'il n'y a pas derrière votre discours une sanction quelconque. Tout le monde ne peut malheureusement pas prendre le taureau par les cornes, ni dévoiler les petites indélicatesses d'autrui. Il est des considérations de bien des genres qui vous font penser malgré vous à la fable *du pot de fer et du pot de terre*, et sans être précisément une cruche on devient prudent. Pourquoi, pour un bon mot, et souvent pour un mauvais, s'exposer à *perdre vingt amis?* Je m'y suis exposé autrefois, et il m'en a cuit. Et pourtant je n'accusais pas des innocents, et j'étais même beaucoup plus bénin que bien d'autres.

Vous rappelez-vous certaine discussion à l'Académie de

tumeur pénienne, ils la considèrent comme une tumeur sous-cutanée, probablement de nature inflammatoire. Ces messieurs sont frappés de la similitude d'éruption existant entre les syphilides papulo-squameuses dont sont atteintes plusieurs malades du service et celles du porc. Ils constatent en outre les bactéridies du chancre dont nous avons conservé les préparations.

Le 20, l'éruption papuleuse se généralise de plus en plus.

Le 26, la tumeur sous-cutanée de la région pénienne est devenue adhérente à la peau; elle a perdu sa mobilité; elle est douloureuse et enflammée. A sa surface, elle présente une ulcération arrondie, du volume d'une pièce de 50 centimes; le fond est rouge, luisant, sec; elle est fortement indurée. Cette induration correspond à la tumeur sur laquelle repose l'ulcération. Par la pression, on fait suinter à sa circonférence un pus blanchâtre. Deux ou trois ganglions inguinaux, gros, ne paraissant pas douloureux.

Le 30, le volume de la tumeur pénienne a diminué de plus de moitié. Elle est limitée à la peau, confondue qu'elle est avec le derme. Elle correspond exactement à l'ulcération qui se répare et qui offre un fond rouge et luisant.

Le 9 juillet, la tumeur a disparu. L'ulcération est cicatrisée. A son niveau, la peau conserve une induration. Les ganglions inguinaux ont disparu.

Une tumeur dure, ronde, existe à la patte antérieure droite, au niveau de la petite phalange. Elle dévie l'angle du membre; elle est douloureuse à la pression; l'animal boite de cette patte. Sur le corps, il n'existe aucune éruption.

Le 21, le sang examiné ne contient pas de bactéridies, ni de microbes.

Le 3 août, la tumeur de la patte droite persiste; elle reste dure; l'animal boite toujours. Aucune autre tumeur ne se forme sur le squelette, aucune éruption sur la peau. L'animal a pris un développement énorme.

Le 10, la tumeur de la patte droite diminue; elle reste dure; elle ne paraît pas douloureuse à la pression, l'animal boite moins. Lorsqu'on le chasse pour l'obliger à courir, le membre postérieur gauche paraît moins agile que le droit, il semble qu'il existe une légère paralysie de ce membre dont le squelette ne présente aucune déformation. Aucune éruption sur le corps.

Le 23, la tumeur de la patte droite persiste; son volume est moindre. Le membre postérieur gauche possède tous ses mouvements.

Pour confirmer ces résultats, nous instituons l'expérience suivante :

Expérience II. — Le 21 juin, nous inoculons à un jeune porc, mâle, âgé d'un mois environ, le pus d'un chancre infectant syphilitique, recueilli sur une malade couchée au lit n° 10 de la salle Saint-Louis. Afin qu'il n'y ait aucune erreur possible sur la nature syphilitique de ce chancre, nous pratiquons à la partie interne de la cuisse droite de la malade une auto-inoculation, qui, disons-le de suite, ne donne aucun résultat. Il s'agit donc bien d'un chancre syphilitique. L'inoculation au porc est faite avec une aiguille à vaccin dans la peau du pénis.

Le 25, à trois heures, quatre jours après l'inoculation du chancre infectant, nous prenons quelques gouttes de sang d'une veine abdominale. Ce sang, examiné immédiatement au microscope, contient une grande quantité de bactéridies analogues à celles développées par la culture du chancre de la première expérience et à celles développées dans le sang du premier porc inoculé avec ces bactéridies chancreuses ou syphilitiques. Ces bactéridies sont mises en culture dans du bouillon de porc. Disons que, pour cette expérience comme pour la première, le sang du porc a été examiné avant l'inoculation et qu'aucune bactéridie n'y a été constatée.

Le 30, neuvième jour de l'inoculation, il existe une induration parcheminée au niveau du point d'inoculation.

Le 5 juillet, sur la peau du ventre, nous constatons un certain nombre de petites papules rosées, squameuses, saillantes, rappelant, par leur aspect, celles constatées déjà sur le premier animal. De plus, entre le fourreau et le deuxième mamelon gauche, il existe deux papules plus grosses, de coloration violacée, saillantes, très indurées, pouvant se soulever en masse si on les prend entre deux doigts.

Le 9, outre les petites papules qui existent toujours et qui sont entourées d'un cercle épidermique, nous constatons à droite, vers le deuxième mamelon, une nouvelle papule, analogue comme grosseur et comme coloration à celles qui existent à gauche.

Le 21, les petites papules ont disparu; les grosses sont plus nombreuses, elles sont saillantes, de coloration manifestement cuivrée; elles ont le volume d'une tête de clou. Le sang examiné ne contient pas de bactéridies.

Le 3 août, les papules abdominales persistent : elles offrent une induration manifeste; elles ne sont plus colorées, leur couleur se confond avec celle de la peau. Sur les oreilles, sur la nuque, nous trouvons cinq grosses papules rouges, avec cercle épidermique à leur base, saillantes, indurées, nouvellement formées.

Le 10, les papules des oreilles sont affaissées, peu colorées, sauf une, qui existe sur le bord libre de l'oreille gauche. La peau de l'abdomen, du thorax, de la face interne des cuisses présente de nombreuses papules, saillantes, rouge cuivré; quelques-unes présentent une teinte violette, surtout au niveau de l'inoculation. Le poil tombe à la plus légère traction. L'animal est vif, alerte; il mange bien.

Nous enlevons une de ces papules. Examinée au micro-

---

médecine, il y a trois ou quatre ans, sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, et les amabilités que se sont envoyées et renvoyées deux des membres qui ont pris part au débat, à propos du texte de Murchison? Mais ceci est de l'histoire trop contemporaine pour y insister. Je glisse donc et passe à une autre génération. Voyez, par exemple, comment, il y a quelque vingt-cinq ans, Voillemier *arrangeait* Morel-Lavallée devant la Société de chirurgie. Il s'agissait des épanchements traumatiques de sérosité, que le travail de Morel-Lavallée a le premier fait bien connaître. Or, ce travail renferme certains faits que Voillemier accusait son collègue d'avoir *altérés* en remplaçant, dans le texte d'autrui, du sang par de la sérosité. Et en preuve de ce qu'il avançait il citait les faits suivants (1) :

« (Page 705). M. Morel cite une observation de de La Motte qu'il termine ainsi : « Ils furent obligés d'ouvrir la tumeur, » d'où il sortit beaucoup d'un sang clair et haut en couleur... »

» Là M. Morel s'arrête et dit : « Ce sang clair et haut en » couleur et *sans coagulum* était-il autre chose que de la séro- » sité? » — Oui, sans doute, répond Voillemier. Deux pas de plus, et M. Morel marchait sur la vérité, car de La Motte ajoute : *Le sang mis dans un plat fut caillé peu de temps après.* Cette dernière ligne a été omise par M. Morel.

» Avec Pelletan, c'est le même sans-gêne. Page 703, il dit que dans les deux observations de l'Hôtel-Dieu l'épanchement de sérosité pure s'est montré à la jambe, une fois à la suite de la chute d'une pierre, et une fois à la suite d'un coup de pied de cheval. Voici les paroles de Pelletan :

« Il sortit une grande quantité de *sang noir* qui coulait en nappe. Chez le second malade, il sortit du *sang fluide et noirâtre.* » Voilà ce que M. Morel appelle de la sérosité PURE! »

Et Voillemier continue sur ce ton pendant plusieurs pages. Et Morel-Lavallée n'a rien répondu à ce reproche

(1) *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1856-1857, t. VII, p. 41.

scope, nous constatons une structure analogue à celle de la papule enlevée sur le premier porc. Il est à remarquer seulement que les éléments embryoplastiques sont plus nombreux. Pas de bactéridies.

Le 23, les papules ont complètement disparu. Aucun accident syphilitique apparent.

Le 2 juillet, avec les bactéridies cultivées du jeune porc (animal de la deuxième expérience), nous pratiquons à l'école d'Alfort, en présence de M. le professeur Nocard, une injection sous-cutanée à la région pénienne d'un jeune porc, mâle, âgé de trois mois environ, et une deuxième, à la région pénienne également d'un jeune chevreau.

Le 17, M. Nocard faisait savoir que les animaux inoculés paraissaient jusqu'ici indemnes; qu'ils n'avaient présenté aucun trouble appréciable. Leur température n'a pas varié de plus d'un dixième de degré. A aucun moment, il n'a pu trouver dans leur sang un élément figuré anormal.

Expérience III. — Le 5 juillet, nous pratiquons à la région pénienne d'un singe macaque, âgé, une injection sous-cutanée de bactéridies constatées dans le sang du premier porc (première expérience) et cultivées d'abord dans le bouillon de Liebig, puis du bouillon de porc. Pour la première fois, nous avons constaté dans ce bouillon, outre les bactéridies, la plupart légèrement incurvées, une quantité énorme de microbes (micrococcus et diplococcus) en forme de sphères, isolés, parfois réunis deux à deux ou en zooglœa. Ces microbes sont animés de mouvements actifs.

Le 10 août, cet animal n'a présenté jusqu'ici aucun phénomène anormal. Le sang, examiné à différentes reprises, ne contient pas de bactéridies.

En résumé, le 29 avril 1882, nous excisons un chancre induré, que nous plaçons dans un ballon contenant une certaine quantité de bouillon de culture préparé suivant les indications données par M. Pasteur pour la recherche et l'étude des microbes. A midi, nous commençons notre opération; à trois heures, le liquide de culture contient quelques flocons qui troublent sa transparence; à six heures et demie, un petit dépôt grisâtre se forme au fond du vase, et le 30 avril, à dix heures du matin, nous constatons au microscope la présence de nombreuses bactéridies. Pour assurer la réalité de cette bactéridie syphilitique, nous injectons dans le tissu cellulaire de la région pénienne d'un porc, âgé de cinq mois environ, avec une seringue de Pravaz, une certaine quantité du liquide de culture contenant les bactéridies.

Le lendemain de cette injection, nous constatons dans le sang de l'animal la présence de bactéridies analogues; un mois environ après l'inoculation, des manifestations cutanées syphilitiques (syphilides papulo-squameuses) se développent sur l'abdomen, en même temps que les poils tombent.

N'ayant aucune donnée sur la syphilis du porc et afin d'affirmer la réalité de l'affection inoculée à ce premier animal au moyen de la bactéridie syphilitique, nous instituons une deuxième expérience qui doit nous servir de comparaison. A cet effet, à l'aide d'une aiguille à vaccin chargée de sérosité recueillie sur un chancre infectant, nous pratiquons une inoculation dans la peau de la région pénienne d'un jeune porc âgé de quelques semaines.

Quatre jours après cette inoculation, l'examen du sang de l'animal démontre l'existence d'une bactéridie analogue à celle de la première expérience. Quatorze jours après, les manifestations cutanées syphilitiques (syphilides papuleuses) apparaissent sur l'abdomen. D'abord isolées, elles se généralisent, persistent pendant plusieurs jours, puis elles disparaissent complètement, deux mois après l'inoculation. De même, après plusieurs semaines, l'examen microscopique du sang a démontré l'absence de la bactéridie.

Afin de nous assurer de la transmission de la syphilis à d'autres animaux, au moyen des bactéridies trouvées dans le sang des deux porcs, nous les cultivons, et avec l'aide de M. le professeur Nocard (d'Alfort), nous injectons avec la seringue de Pravaz dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région pénienne d'un jeune porc et d'un chevreau ce liquide de culture. Ces expériences n'ont donné jusqu'à ce jour (23 août) aucun résultat. Le sang, examiné avec le plus grand soin par ce savant professeur, n'a jamais présenté de bactéridies.

Tel est le résumé succinct des expériences que nous avons commencées le 29 avril dernier.

Si nous comparons nos deux expériences (1° inoculation à un porc de la bactéridie développée par la culture d'un chancre infectant; 2° inoculation à un autre porc de la sérosité recueillie sur un chancre infectant), on constate leur similitude tant au point de vue du développement de la bactéridie dans le sang qu'à celui des manifestations cutanées syphilitiques. On ne peut donc mettre en doute la réalité de la bactéridie syphilitique. Nous n'avons pas besoin de faire ressortir toute l'importance que cette découverte comporte au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique de la syphilis. Nous nous proposons de continuer nos études et d'informer l'Académie dès que nous aurons obtenu de nouveaux résultats.

. . . .

---

d'inexactitude dans ses citations, reproche qui, sortant de la bouche moqueuse de Voillemier, devait être sanglant, passez-moi l'expression. Cette blessure à son amour-propre l'a-t-elle rendu plus précis sous ce rapport? Je l'espère, mais en vérité je n'en sais rien. Néanmoins j'incline à penser que, si de temps en temps on redressait ainsi en public, par la plume ou la parole, les erreurs bibliographiques, ou bien les écrivains *légers* écriraient moins, sans chercher davantage, ou bien chercheraient mieux. Dans les deux cas il y aurait moins d'erreurs dans notre littérature, et le résultat ne pourrait être que bon.

Je crois donc, en résumé, qu'il ne faut pas se décourager. Je connais déjà plusieurs de nos maîtres qui sont entièrement disposés à nous appuyer de leur influence; notre petite phalange grandit lentement, mais progressivement; mes collègues de la bibliothèque sont tout dévoués à la méthode; M. Billings (de Washington) lui fournit un sérieux appoint par ses excellentes publications, l'*Index medicus* et l'*Index-Catalogue*. Vous-même vous voilà des nôtres, tout prêt à soutenir nos idées et par votre légitime influence et par votre journal. *Quo non ascendamus!...* si nos échelles ne cassent pas.

En attendant, n'accordons à personne le droit de n'être pas, sinon érudit, du moins aussi instruit que possible, jusqu'au moment où il existera des bibliographies parfaites qui permettront de se rendre compte en un coup d'œil de tout ce qui a été écrit sur un sujet donné. Mais qui verra cela? Si c'est nous, nous nous en réjouirons, et comme nous aurons été à la peine, nous irons volontiers à l'honneur. Sinon, nous aurons du moins la conscience d'avoir fait notre possible pour donner à la vraie érudition la place qu'elle mérite dans la science. Quoi qu'il en soit, j'espère que cet échange de vues sur une idée qui nous est chère à tous deux n'altérera en rien nos bonnes relations, et que vous ne m'en voudrez pas trop d'avoir trahi votre anonymat.

Croyez, mon cher ami, à l'assurance de mes sentiments bien affectueux. L. H. Petit.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences (Session de La Rochelle, 1882).

Section des sciences médicales.

(Suite. — Voyez le numéro 35.

SÉANCE DU 26 AOUT.

Goitreux en Savoie. — Prophylaxie de la phthisie. — Cas de myxœdème. — Variole hémorrhagique. — Tumeur de la région mammaire. — Secours aux noyés. — Résection du poignet. — Traitement de la gangrène du pied. — Amplitude de l'accommodation. — L'iodure de potassium dans la méningite infantile. — Éruptions vaccinales spontanées. — Cure des fistules recto-valvulaires et recto-vaginales. — Cure de l'épithélioma.

M. *Carret* a relevé la proportion des goitreux dans la Savoie pendant une période de vingt ans, de 1860 à 1881. Il a rapproché les résultats de cette enquête des résultats fournis par les conditions géologiques, thermales, d'altitude et d'orientation des diverses communes de la région. De ce rapprochement il ressort que c'est dans une zone isotherme qu'on observe la plus grande quantité de goitre. D'après l'auteur ces conditions de température favoriseraient le développement d'un agent organique qui serait la cause du goitre et qui se trouverait spécialement dans les eaux.

— M. *Edw. Landowsky* se préoccupe de la prophylaxie de la phthisie pulmonaire. Il pense qu'en traitant un tuberculeux dès le début par des moyens hygiéniques sur lesquels il ne veut pas insister, on peut enrayer la maladie et empêcher ce tuberculeux de devenir phthisique Pour cette raison il insiste sur l'importance qu'il y a à faire le plus tôt possible le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

M. *Henrot*, en 1877, a publié l'observation clinique d'un malade atteint de myxœdème. Il rappelle rapidement les principaux symptômes de cette affection signalée pour la première fois par Gull en 1873, sous le nom d'état crétinoïde des femmes adultes, et très bien étudiée depuis par Charcot sous le nom de cachexie pachydermique et par Rydel-Saillard dans sa thèse inaugurale de 1881. Il veut surtout signaler aujourd'hui les lésions trouvées à l'autopsie de son malade. Elles consistent en une infiltration mucoïde de la peau donnant aux diverses régions du corps un volume considérable. La même infiltration existe dans le tissu interstitiel des viscères de l'abdomen. Le squelette, et particulièrement le maxillaire inférieur, est hypertrophié. Par contre les masses musculaires sont diminuées de volume. Le cœur et les gros vaisseaux ont été encore trouvés plus petits qu'à l'état normal. C'est surtout du côté du système nerveux que les lésions sont intéressantes: il y a une hypertrophie considérable du corps pituitaire et de la glande pinéale; le grand sympathique dans toute son étendue de la partie supérieure du cou au ganglion cœliaque a plus que doublé de volume. Les autres parties de l'encéphale sont saines, mais la moelle épinière est entourée d'une sorte de coque dure qui double extérieurement la pie-mère et dont l'examen microscopique n'a pas encore été fait.

M. Henrot a pensé qu'on pourrait peut-être placer la cause pathogénique du myxœdème dans les lésions hypertrophiques du corps pituitaire, de la glande pinéale et du grand sympathique, et qu'ainsi la pathologie expliquerait la physiologie des deux premiers organes qu'on ignore encore. Déjà Tiedemann, Pourfour du Petit pensaient que le corps pituitaire établissait une anastomose intracrânienne entre les deux cordons sympathiques. Tout récemment Oven a démontré que le corps pituitaire et la glande pinéale, rudimentaire chez l'homme et la plupart des mammifères, est au contraire très développée chez les poissons et les reptiles, abondamment pourvus de tissu muqueux sous leurs téguments dans l'interstice de leurs organes. M. Henrot se demande si l'on ne pourrait pas attribuer les lésions caractéristiques du myxœdème à une hypertrophie du corps pituitaire de la glande pinéale, qui, rudimentaire et n'exerçant dès lors qu'un rôle très secondaire dans la production du tissu muqueux, prendrait sous l'influence de causes inconnues un développement anormal et présiderait au développement colossal du tissu mucoïde.

— M. *Petit* fait une communication sur l'étiologie de la variole hémorrhagique. Cette forme se rencontrerait chez des gens ayant des altérations viscérales chroniques: néphrite, glycosurie, foie gros, etc. C'est l'état organique du sujet qui commande les complications: le milieu, le poison ne sont pour rien, et cela aussi bien chez les adultes que chez les enfants, aussi bien chez une race que chez une autre.

M. *Armagnac* dit que chez les Indiens, dont la constitution est très grasse, la variole sévit avec une mortalité effrayante, de 100 pour 100. Il n'a jamais vu d'Indien survivre à cette maladie. C'est surtout la forme hémorrhagique qu'on observe. Quelle part faut-il faire pour expliquer cette gravité à la constitution individuelle des Indiens et à l'absence de toute vaccination?

M. *Rochard* a constaté que les nègres d'Afrique et les populations indigènes du centre de l'Asie succombent infailliblement lorsqu'ils sont atteints de variole. De même des indigènes de la Cochinchine avant l'importation de la vaccine. Aujourd'hui la mortalité des Cochinchinois est celle des Européens.

M. *Verneuil* ramène la question sur le terrain où s'est placé M. Petit: variole hémorrhagique. Dans un même milieu, le poison étant toujours le même, les accidents devront toujours être semblables, à moins qu'un troisième facteur susceptible de varier n'intervienne, c'est le malade avec sa constitution individuelle particulière.

— M. *Duplouy* (de Rochefort) présente un malade porteur d'une tumeur de la région mammaire droite développée depuis quelques mois sans douleur, sans phénomène inflammatoire, et qu'il croit être un cystosarcome.

M. *Verneuil* pense qu'il s'agit d'un kyste simple et conseille d'enlever la tumeur comme s'il s'agissait d'un néoplasme, car la bénignité de cette affection est encore très problématique. D'ailleurs une ponction exploratrice éclairera le diagnostic. Cette ponction pratiquée séance tenante a donné lieu à un écoulement de pus. C'est un kyste suppuré.

— M. *Voisin* a longtemps réclamé de la préfecture de la Seine l'installation de pavillons de secours convenablement aménagés pour secourir les noyés. Depuis quelques années ce service fonctionne sur les berges de la Seine. M. Voisin décrit le mobilier indispensable de ces pavillons, qui sert à remplir trois indications capitales dans le traitement de la submersion: 1° la respiration artificielle par la méthode de Sylvester; 2° le réchauffement de l'individu par un appareil caléfacteur très simple; 3° le repos au lit jusqu'à ce que la chaleur soit complètement revenue. Ces deux dernières conditions sont des plus importantes. Grâce à ces secours on a pu rappeler à la vie des individus ayant séjourné sous l'eau 10, 15 et 20 minutes.

— M. *Nepveu* a rassemblé tous les cas connus de résection pathologique du poignet afin de s'édifier sur la valeur de l'opération. Il laisse les faits antérieurs à la thèse de Follet de 1867, les méthodes de pansement et les procédés opératoires ayant diminué la mortalité et favorisé le succès au point de vue fonctionnel. Les résultats sont encore désastreux, il est difficile de dire exactement dans quelle proportion, car les observations très souvent incomplètes ne disent pas toujours ce qu'est devenu le malade. Il n'y a que Billroth et Verneuil qui ont donné une statistique complète de leur

pratique: sur 6 cas de M. Verneuil, 5 malades sont morts plus ou moins de temps après l'opération.

— M. *Lecler* rapporte une observation de gangrène du pied traitée avec succès par les cautérisations répétées au thermo-cautère. La cause de cette gangrène est restée d'ailleurs inconnue.

M. *Henrot* et *Decès* sont également parvenus à enrayer la marche d'une gangrène du pied survenue spontanément par le même traitement.

M. *Verneuil* fait remarquer l'importance de ces deux faits qui peuvent servir à fixer la pratique de ce qu'il y a à faire dans la gangrène spontanée, qu'on ne sait trop souvent comment attaquer.

— M. *Prompt* croit que l'expérience de Scheiner donne des résultats infidèles pour la détermination du punctum proximum dans la recherche de l'amplitude d'accommodation. La cause d'erreur est dans les mouvements de dilatation et de resserrement de l'iris indépendants de ceux du muscle accommodateur.

— M. *Vavart* a obtenu 11 guérisons de méningite des enfants sur 25 à 30 cas par l'iodure de potassium administré à l'intérieur et par la suppuration du cuir chevelu au moyen de frictions d'huile de croton tiglium. Pour expliquer ces faits l'auteur pense que le plus souvent la méningite des enfants au lieu de tenir à la présence de tubercules dans les méninges, relève de la scrofule qui porte son action sur les membranes du cerveau au lieu de rester cantonnée à la peau.

M. *René Leclerc* insiste sur la difficulté du diagnostic de la méningite chez les enfants. Il cite l'observation très intéressante d'une enfant que l'on avait condamnée comme atteinte de méningite. Elle guérit et quelle ne fut pas la surprise de la mère et des médecins lorsqu'après quinze jours de maladie on s'aperçut que cette enfant avait grandi de 9 centimètres! On n'avait eu à faire qu'à une fièvre de croissance.

— M. *Rigabert de Taillebourg*. Les éruptions vaccinales spontanées peuvent être primitives et se développer simultanément avec les boutons de vaccine ou bien être consécutives, et évoluer à une époque plus reculée, souvent du neuvième au onzième jour.

Les deux cas qui font l'objet de cette communication se rapportent à la dernière partie de cette proposition.

Premier cas. Dans les premiers jours de mai 1882, je pris du vaccin à Rochefort sur un enfant parfaitement sain. Le lendemain (samedi) je vaccinais une petite fille âgée de neuf mois, à ce moment en parfaite santé. Pendant la période d'état de l'éruption vaccinale du cinquième au huitième jour, la fièvre fut très forte et les pustules énormes. Vers le onzième jour, je pris du vaccin pour un de mes petits voisins âgé de dix-sept mois.

Le lendemain de cette vaccination, la fièvre se déclara de nouveau chez le premier enfant, le corps se couvrit de taches rouges qui se changèrent bientôt en pustules vaccinales dont la marche et les caractères furent en tout semblables aux boutons de vaccine primitifs.

Deuxième cas. Je viens de dire qu'au onzième jour j'avais vacciné un second enfant avec le vaccin du premier, avant l'éruption vaccinale secondaire.

Chez ce dernier, sur six piqûres, une seule devint le siège d'une pustule vaccinale. Il y eut peu de réaction fébrile. Mais au douzième jour la fièvre s'alluma subitement, la peau se couvrit de taches rouges qui devinrent également le siège de pustules vaccinales, quoique moins nombreuses que dans le premier cas.

J'ai été vivement frappé par ces deux faits: d'autant plus que le vaccin pris à Rochefort avait servi à vacciner d'autres enfants de cette ville le jour où je le recueillis: chez ces enfants la marche de la vaccine fut très normale.

Je n'exprime ici qu'un regret, c'est de n'avoir pas vacciné un troisième enfant avec le vaccin du second, afin de constater s'il y avait de la spécificité dans ce virus vaccinal.

— M. *L. H. Petit* lit, au nom de M. *Ch. Monod*, un travail sur la cure des fistules recto-vulvaires et recto-vaginales. L'auteur conseille essentiellement de faire du côté du périnée un large débridement, d'aviver les bords de la fistule et de procéder ensuite à des sutures comme dans la périnéorraphie. Ricord et Demarquay avaient déjà fait les larges incisions, mais ils n'avaient pas pratiqué de suture.

— M. *Duplouy* (de Rochefort) a appliqué deux fois les injections interstitielles de liquides caustiques à la cure d'épithéliomas. Il s'est servi d'acide acétique, injecté à la dose de 4 à 5 gouttes, non pas dans la gangue même de la tumeur, mais à sa périphérie, de manière à déterminer une zone d'inflammation modificatrice et éliminatrice. Les injections ont été répétées un plus ou moins grand nombre de fois suivant la réaction. Au bout de quelques jours le néoplasme est pour ainsi dire tombé de lui-même. Un de ces malades serait mort cinq ou six ans après de phthisie, sans avoir présenté de trace de récidive de la tumeur; le second est en voie de guérison.

SÉANCE DU 28 AOUT 1882.

Forme cardiaque de la fièvre typhoïde. — Action locale de la pilocarpine. — La cataracte dans la région lyonnaise. — Un ostéoclaste. — Suites de la section du radial. — Régénération des tubes nerveux. — Gangrène et paludisme.

M. *Bernheim* insiste sur la gravité de la forme cardiaque de la fièvre typhoïde. Cette forme cardiaque doit être distinguée d'abord des formes qui empruntent leurs caractères à différentes cardiopathies (ramollissement du muscle cardiaque, altérations vitreuses ou cireuses), ou à des troubles de la circulation pulmonaire (hypostase); elle consiste en modifications fonctionnelles du cœur (accélération du rythme), sans altération organique. Souvent cette très grande fréquence des battements du cœur ne coïncide pas avec une élévation proportionnelle de la température. Cette forme cardiaque se montre dès le début de la fièvre typhoïde. Au point de vue de la physiologie pathologique, on peut l'expliquer par l'action du *poison typhique* sur les centres moteurs du cœur. Cette forme cardiaque est d'ailleurs rare, M. Bernheim ne l'a observée que 6 fois, sur 250 cas. Elle pourrait peut-être expliquer la pathogénie de certains cas de mort subite. La thérapeutique est pour ainsi dire désarmée contre cette forme de la typhoïde; il n'y a rien à retirer de l'emploi des excitants: alcool, éther, etc.

— M. *Aubert*, remarquant qu'une très petite quantité de pilocarpine, absorbée à la surface du derme mis à nu, détermine une hypersécrétion locale de la sueur, hypersécrétion que l'on peut constater *de visu*, ou encore mieux, et plus sûrement, à l'aide d'un papier chimique au nitrate d'argent, appliqué sur le territoire du tégument en expérience, a eu l'idée de mettre à profit cette propriété pour étudier la durée de la perméabilité des plaies épidermiques aux substances solubles. Voici comment il procède: sur une surface du tégument où l'épiderme a été détruit, par égratignure, piqûre ou épilation, il répand une solution de pilocarpine, qui, absorbée, détermine la sécrétion sudoripare dans le voisinage de l'érosion, sécrétion constatée par le papier chimique. Tant que durera la perméabilité de la plaie épidermique, la pilocarpine, déposée à ce niveau, produira l'hypersécrétion. Voici quelques résultats: les égratignures légères, les piqûres, restent perméables pendant trois et

quatre jours; l'épilation n'ouvre la voie à l'absorption que pendant vingt-cinq à trente heures.

— M. *Gayet* a recherché quelle était la distribution de la cataracte dans la région lyonnaise, afin de voir si l'on pouvait en retirer quelque chose pour l'étiologie. De cette étude, il résulte qu'on doit repousser toute influence tellurique; l'abus de l'accommodation ne doit pas être non plus mis en cause. Il semble que la cataracte soit, le plus souvent, due à l'action de la chaleur; on trouve, en effet, de nombreux cataractés à la campagne chez les individus exposés à la chaleur rayonnante du sol, chez les ouvriers (verriers, par exemple) exposés à un foyer de chaleur intense. A ce sujet, M. Gayet rappelle les études de M. Jansen, sur le pouvoir diathermane du cristallin. Cet auteur a démontré que la lentille oculaire absorbe environ 13 pour 100 des rayons calorifiques. Chez les individus sains, jeunes, la chaleur ne suffit pas à troubler la constitution de la lentille cristallinienne; chez les vieillards la résistance serait moins grande, d'où la plus grande fréquence de la cataracte dans la seconde moitié de l'existence.

M. *Verneuil* respecte les données de la chimie et de la physique ou physiologie pathologique, mais lorsqu'il recherche la cause d'une maladie, il préfère la rechercher d'abord dans la constitution de l'individu. Il faut savoir s'il n'a pas quelque tare organique; l'arthritisme *peut-être* semble présider aux opacités spontanées du cristallin.

— M. *Aubert* présente, au nom de M. *Robin*, un ostéoclaste, qui permet de fracturer, en un point bien déterminé, sans esquilles et sans beaucoup de force, un os volumineux, tel que le fémur.

— M. *Verneuil*, au nom de M. *Redard*, lit une note sur les suites éloignées de la section du nerf cubital. Deux théories peuvent expliquer le rétablissement de la sensibilité à la suite de la section d'un nerf sensible : *a*) la régénération des tubes nerveux dans la cicatrice, avec toutes leurs propriétés physiologiques; *b*) les anastomoses périphériques. Pour trancher la question, il fallait trouver un point du corps où les anastomoses périphériques n'existaient pas, où, par conséquent, le retour de la sensibilité ne pût s'expliquer par les anastomoses; cette région existe, c'est la partie interne du petit doigt. Le rétablissement de la sensibilité ne se fait pas dans cette région après la section du cubital, ainsi que cela résulte d'un certain nombre de faits observés par M. Verneuil, on doit conclure que la restauration des tubes nerveux sensibles, du moins au point de vue fonctionnel, n'existe pas.

M. *Chauveau* dit que la régénération des tubes nerveux, au double point de vue de l'anatomie et de la physiologie, est aujourd'hui un fait acquis à la science, mais qu'il faut des conditions spéciales, comme, par exemple, le jeune âge du sujet.

M. *Verneuil* ne croit pas la chose aussi démontrée que le prétend M. Chauveau. Il réclame de nouveaux faits cliniques et expérimentaux et propose de renvoyer la discussion au prochain congrès, afin qu'on puisse juger le procès avec un nombre suffisant de pièces. Il y a là, en effet, plus qu'une question de physiologie, une question pratique en découle; doit-on ou ne doit-on pas faire la suture nerveuse? Si nul bénéfice ne doit être obtenu par la suture, à quoi bon exposer le malade aux dangers d'une semblable opération?

— M. *Verneuil* rappelle une phrase de l'article Gangrène du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, dans laquelle l'auteur, pourtant extrêmement érudit, Raynaud, dit que jamais la gangrène n'a été observée du fait du paludisme. Des faits épars dans la science montrent que cette proposition n'est pas fondée. M. Verneuil a réuni avec soin un très grand nombre d'observations de gangrène paludique, il rappelle les noms des auteurs qui ont cité ces faits et il peut tracer l'histoire de cette gangrène.

En général, elle débute par la périphérie, les extrémités, qui sont souvent symétriquement atteintes. Les désordres sont peu étendus et le pronostic est bénin, lorsque reconnaissant sa nature on la combat par le sulfate de quinine. Outre cette affection efficace du sulfate de quinine, qui déjà peut indiquer la nature de la gangrène, on peut donner à ceux qui seraient tentés de ne voir qu'une simple coïncidence de la gangrène et du paludisme chez le même individu, d'autres preuves : il y a des faits où la gangrène s'est annoncée par un véritable accès de fièvre paludéenne; dans d'autres cas la fièvre d'accès est survenue pendant l'évolution de la gangrène. L'objection qui consiste à dire que sur des millions de paludiques il n'y a que quelques cas de gangrène, trop peu nombreux pour qu'on voie une relation de cause à effet, n'a pas de valeur. N'est-ce pas la même chose pour la plupart des accidents qui compliquent les maladies? La gangrène ne survient qu'à la longue, chez les vieux paludiques, lorsque, probablement, des lésions se sont produites du côté des vaisseaux ou du côté des éléments anatomiques des tissus et en compromettent la vitalité.

(*A suivre*.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 28 AOUT 1882.

Aucune communication intéressant la médecine.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 5 SEPTEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY (ANCIEN PRÉSIDENT).

M. *Hervieux*, faisant fonction de Secrétaire perpétuel, dépose : 1° au nom de M. le docteur *Aréas*, une brochure intitulée : *le docteur Pidoux;* 2° au nom de M. le docteur *Salisbury* (de New-York), un travail intitulé : *Original investigations in diphtheria and scarlet fever.*

M. *Gosselin* dépose, au nom de M. le docteur *Abeille*, une *Observation suivie de guérison d'ostéite épiphysaire du tibia gauche suivie d'ostéo-myélite suppurée et de nécrose avec suppuration concomitante du coude droit.*

Traitement du cancer. — M. *Polaillon* fait hommage à l'Académie d'un mémoire qu'il vient de publier sur le *Traitement du cancer*. Ce travail de M. *Polaillon* a pour but de réagir contre la pratique qui consiste à enlever les utérus cancéreux soit par la méthode sus-pubienne, soit par la méthode sous-pubienne. Il est vrai que, depuis Récamier, l'ablation totale de l'utérus est devenue un peu moins meurtrière, grâce aux perfectionnements opératoires modernes : de 88 pour 100 la mortalité est tombée à 37 pour 100. Mais le résultat final n'en reste pas moins déplorable, parce que l'opération laisse presque toujours une partie du mal, et que les malades qui échappent au traumatisme opératoire succombent rapidement à la récidive du cancer. On peut se demander si l'opération, lors même qu'elle réussit, ne hâte pas la mort, et si la survie que l'on croit donner aux opérées n'est pas une illusion. M. Polaillon conclut au rejet, jusqu'à nouvel ordre, de l'ablation complète de l'utérus et même de l'ablation isolée du corps de cet organe, dans le cas de cancer.

Mais il n'en est pas de même lorsque le cancer est à son début et n'envahit que les lèvres du col. Dans ce cas, une amputation du col, au-dessus des limites du mal, peut amener une guérison. L'auteur en a cité deux faits qui me paraissent probants. Enfin le procédé qu'il a considéré comme le meilleur pour faire l'amputation du col est la section avec l'anse galvanique.

Nécrologie. — M. *le Président* annonce à l'Académie la mort d'un de ses membres les plus éminents, de M. Woillez,

et il invite M. Roger à donner lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de ce savant regretté.

M. *Roger* a retracé en termes émus la carrière de M. Woillez qui fut à la fois un savant laborieux, un clinicien habile et un médecin dévoué. Il a rappelé la longue série de ses recherches cliniques qui, presque toutes, ont eu pour objet les affections de la poitrine. Entre autres ouvrages issus de ces travaux, il convient de citer la *Clinique des maladies aiguës des organes respiratoires*, le *Dictionnaire du diagnostic médical*, le *Traité de percussion et d'auscultation*, sans oublier un ouvrage philosophique sur l'*Homme et la science en notre temps*, où l'auteur aborde les problèmes les plus mystérieux et qui a été conçu à l'époque des derniers désastres de notre patrie et sous le règne de la guerre civile.

Nommé au concours médecin des hôpitaux, en 1855, M. Woillez entra à l'Académie par un vote presque unanime, que justifiaient à la fois l'excellence de ses travaux et la dignité de sa vie.

Le discours de M. Roger, que nous engageons à lire dans le *Bulletin de l'Académie*, a été accueilli par d'unanimes applaudissements.

De la bactéridie syphilitique, par M. L. Martineau (voy. au *Premier-Paris*, p. 585, et aux *Travaux originaux*, p. 589).

Traitement de la fièvre typhoïde par le seigle ergoté. — Après avoir rappelé la récente communication de M. Vulpian sur le *Traitement de la fièvre typhoïde par l'acide salicylique*, M. *Duboué* (de Pau), membre correspondant national, fait connaître les résultats qu'il a obtenus dans ces dernières années de l'emploi du seigle ergoté dans le traitement de cette même maladie. M. Duboué publie dans son travail une série d'observations personnelles, dont quelques-unes appartenant à la forme grave de la dothiénentérie, avec prédominance des accidents adynamo-ataxiques. Le seigle ergoté a été le plus souvent employé après insuccès des moyens habituels de traitement (eau froide, sulfate de quinine). Les doses quotidiennes ont varié de 1gr,50 à 3 grammes administrés tantôt en deux prises espacées d'une heure, tantôt par prises de 50 centigrammes (deux cachets contenant chacun 25 centigrammes de seigle ergoté, toutes les deux heures). Cette médication avait pour effet de faire tomber la fièvre et d'amener la sédation des accidents ataxiques. Quant à son influence sur la mortalité, l'auteur croit pouvoir la déduire des chiffres suivants qui composent la statistique des cas qu'il a soumis jusqu'à ce jour à la médication en question : sur un ensemble de 36 cas de fièvre typhoïde dont 15 *très graves*, 14 *graves*, 11 *de moyenne gravité*, traités par le seigle ergoté, 2 seulement se sont terminés par la mort.

L'auteur pense que l'action bienfaisante du seigle ergoté est due en grande partie à ce que cette substance combat très avantageusement l'asphyxie qui serait un des principaux éléments dans la pathogénie des accidents de la fièvre typhoïde et qui dominerait en quelque sorte le pronostic de cette maladie.

La fièvre typhoïde a Paris (période de 1875 a 1882).— Après avoir étudié la valeur et l'importance des deux principales théories invoquées pour rendre compte de l'étiologie de la fièvre typhoïde, la théorie anglaise, dite de l'origine fécale, et la théorie française qui admet une origine multiple, M. *de Pietra Santa* présente à l'Académie une enquête minutieuse faite au moyen de documents fournis par les divers bureaux d'hygiène et de statistique médicale des diverses capitales de l'Europe. Il arrive ainsi à montrer que la statistique médicale s'accorde avec l'observation clinique pour démontrer l'impossibilité de rattacher la fièvre typhoïde à une cause unique, l'origine fécale adoptée par l'école anglaise.

— La séance est levée à quatre heures cinquante minutes.

REVUE DES JOURNAUX

Des névroses du nerf pneumogastrique, par M. L. Kredel.

Les expériences des physiologistes ayant éclairé de plus en plus l'influence considérable du nerf pneumogastrique sur la respiration, l'activité cardiaque, etc., il est temps que l'observation clinique étudie à son tour cette influence sur l'homme.

Dans cet ordre d'idées nous connaissons déjà les *paralysies* du nerf vague, dont le symptôme le plus net est une accélération souvent énorme de l'action du cœur. Dans le cas de Huppert (*Berl. klin. Woch.*, 1874, 31), le pouls battait 240 fois, dans le cas de Weil (*Arch. für klin. Med.*, XIV) 216 fois à la minute.

Un symptôme plus rare est la paralysie de la corde vocale du côté correspondant. Les organes abdominaux présentent des phénomènes trop inconstants ou trop peu caractérisés pour servir au diagnostic. Chose curieuse, les organes thoraciques ne présentent jamais le ralentissement de la respiration si constant chez les animaux en expérience. Un cas de Guttmann (*Virch. Archiv.*, t. LIX), où la respiration tomba à 12 par minute, fait seul exception. Les lésions secondaires des organes thoraciques (broncho-pneumonies, etc.) sont aussi très rares.

On a essayé ensuite d'expliquer par une lésion du nerf vague les *accès d'asthme bronchique*. On sait que Biermer explique l'emphysème aigu consécutif par une contraction des muscles des petites bronches, sorte de sphincter plus facile à vaincre par l'inspiration que par l'expiration. D'autres accès, ceux d'angine de poitrine, ont été attribués à des altérations fonctionnelles du nerf vague. Dans l'opinion de Kredel les désordres moteurs de l'activité cardiaque dans l'angine de poitrine peuvent être attribués, dans l'état actuel de la physiologie, au système nerveux cardiaque *automatique*, *régulateur*, *sympathique* ou *vaso-moteur*.

1° Les ganglions automatiques peuvent être irrités ou paralysés à la suite de processus pathologiques, comme dans les intoxications.

2° Les filets régulateurs de l'activité cardiaque produisent, lorsqu'ils sont lésés, des formes assez caractérisées d'angine de poitrine. Tantôt ce sont les symptômes de l'irritation du nerf vague qui prédominent : ralentissement du pouls, renforcement des battements, pouls plein et dur, et même disparition transitoire des bruits du cœur avec sensation pénible d'oppression ; plus rarement on constate une paralysie intermittente du même système : fréquence anormale du pouls, petit, à peine sensible, cyanose, dyspnée, froid de la peau. Un cas de ce genre a été rapporté par Riegel (*Berl. klin. Woch.*, 1875, 31).

3° Les désordres du système sympathique produisent l'angine de poitrine excito-motrice.

Elle se caractérise par une suractivité cardiaque plus ou moins évidente. Au summum de l'accès, l'activité cardiaque est régulièrement affaiblie, ralentie ; pendant les rémissions, renforcée. Tout cela se traduit par l'état du pouls.

4° Enfin du système cardiaque vaso-moteur dépend l'angine vaso-motrice qui est accompagnée de modifications importantes de la quantité de sang et de la température de la périphérie : ces lésions circulatoires localisées peuvent précéder l'accès douloureux.

Tout cela démontre bien, comme l'avait déjà dit Bernheim, que l'angine de poitrine n'est qu'un syndrome.

Les lésions de la respiration sont considérées comme secondaires, comme dues à la douleur. Kredel n'est pas de cet avis et il rapporte à ce sujet quelques observations recueillies dans la clinique de Riegel.

Obs. I.—Dans un premier cas publié par Tuczek (*Archiv für klin. Chir.*, t. XXI) on observa subitement une accélération

extraordinaire de l'activité cardiaque sans élévation de température. Les phénomènes subjectifs étaient peu marqués vis-à-vis de cette accélération du pouls. Pas de dyspnée; respiration accélérée, purement costale. Emphysème aigu, apparaissant et disparaissant avec l'accélération du pouls.

Obs. II (personnelle). — Ouvrière de seize ans, présentant des signes d'insuffisance mitrale. Rien de particulier jusqu'au 29 octobre, où elle fut prise subitement de violente dyspnée et d'anxiété précordiale.

Cyanose. Pouls, 144; choc de la pointe visible dans toute l'étendue du thorax. Pointe à gauche dans le sixième espace intercostal. Respiration vésiculaire; respiration, 52 à la minute.

Au bout de dix minutes, même état; toux, expectoration muqueuse, spumeuse, striée de sang. La sonorité thoracique s'étend maintenant jusqu'aux fausses côtes, gros râles, quelques ronchus. Plus trace de matité cardiaque.

Neuf heures du soir, pouls, 140; respiration, 36. Dyspnée moindre, moins de râle. L'étendue de la sonorité pulmonale a diminué, mais la matité cardiaque est encore disparue.

Le lendemain, sept heures et demie: pouls, 120; respiration, 24. Pas de dyspnée. La sonorité revenue à ses limites normales, plus de râle, pas encore de matité cardiaque apparente.

Cette dernière ne revint qu'au bout de vingt-quatre heures.

Dans ce cas on remarqua un synchronisme parfait entre les troubles circulatoires et thoraciques (cyanose et dyspnée).

L'emphysème, colossal et rapide, constaté, doit avoir été dû à un spasme des muscles bronchiques; la dyspnée et la cyanose s'expliquent par une fluxion congestive intense des bronches (crachats muqueux striés de sang).

Obs. III. — Jeune fille de seize ans, bien portante, présente subitement des phénomènes identiques à ceux qui viennent d'être décrits, mais moins graves.

Le tableau clinique que l'on vient de lire représente, suivant l'auteur, une combinaison de l'angine de poitrine et de l'asthme bronchique. Toutefois, il faut bien reconnaître que les phénomènes d'angine sont bien peu marqués, et d'autre part, que les accès se distinguent des accès d'asthme par la fréquence de la respiration et son type costal. Mais les deux symptômes capitaux de l'angine de poitrine (accélération du pouls) et de l'asthme (emphysème aigu) existaient dans cette affection mixte à laquelle conviendrait le nom d'*asthme cardiaque*.

Pour arriver à une pathogénie plausible de ce syndrome compliqué il faut de toute nécessité faire intervenir le nerf vague. Mais alors on se trouve devant cette difficulté d'admettre en même temps une paralysie des filets cardiaques (angine de poitrine) et une irritation des filets pulmonaires (asthme bronchique).

Quant au siège, on peut se le figurer périphérique (ganglions bronchiques hypertrophiés) ou central.

L'auteur admet plutôt une lésion périphérique. L'emphysème pulmonaire *double* après une irritation *unilatérale*, peut s'expliquer par une action réflexe. Une pression sur le pneumogastrique au cou, d'un côté seulement, peut entraîner un ralentissement du pouls et de la respiration.

Kredel reconnaît lui-même que cette théorie d'une compression, qui produit en même temps une irritation et une paralysie, a quelque chose de forcé et il cherche s'il n'était pas possible de trouver mieux.

Or, les expériences de Hering (*Sitz. der kais. Acad. der Wiss.*, t. LXIV) ont démontré que l'extension forcée du poumon avait pour résultat une accélération considérable du pouls. C'est à peu près ce que l'on observait dans les cas qui précèdent; en tenant compte de ces résultats, la pathogénie serait la suivante. Pour n'importe quelle cause, par exemple par suite d'une tuméfaction subite d'une glande bronchique, les branches du nerf vague sont irritées : il en résulte un spasme des petites bronches, une élévation de la pression intra-bronchique, et secondairement de l'emphysème aigu. Par voie réflexe il s'ensuit de l'accélération cardiaque.

Pareils faits ont été vus par Gerhardt (*Volkmann's Samm.*, n° 209) et Langer (*Wien. med. Woch.*, 1881, n°s 30-31). Aucune allusion à la thérapeutique (*Deutsch. Arch. für klin. Med.* 1882, p. 547).

On rapprochera utilement du travail précédent un mémoire de Prœbsting (*ibid.*, n° 31, p. 349) sur la suractivité cardiaque ou *tachycardie*, due tantôt à une paralysie du sympathique, tantôt à une irritation des filets excito-moteurs. Tous les cas publiés y sont résumés.

De l'influence des maladies sur le volume du cœur,
par M. Spatz.

Travail exécuté d'après les idées et sous l'inspiration du professeur Buhl (de Munich).

L'auteur n'est pas découragé par la difficulté de ces recherches ni par le peu de résultats obtenus par Engel ou par Ducastel, parce qu'il ne poursuit pas, comme ces derniers, un but inaccessible (fixation de chiffres normaux), parce qu'il opère sur un matériel beaucoup plus considérable, enfin parce que sa méthode d'évaluation lui paraît supérieure en pratique à celles qui ont été recommandées jusqu'ici.

Assimilant le cœur à un corps de pompe, Spatz détermine: 1° le contenu des deux ventricules en se contentant de mesurer, comme autrefois Bizot, la hauteur ventriculaire; 2° la largeur des orifices aortiques et pulmonaire, en mesurant la ligne qui relie les trois points d'insertion de deux valvules; 3° l'épaisseur des parois ventriculaires qui représente la pression.

L'auteur a mesuré ainsi 1071 cœurs, dont 638 masculins.

Il a trouvé que le cœur augmentait dans toutes ses dimensions jusqu'à l'âge de trente ans, qu'il restait stationnaire pendant l'âge viril et décroissait pendant la vieillesse. La largeur de l'aorte, au contraire, augmente d'une façon continue.

Il confirme le développement de l'organe à l'époque de la puberté. Beneke a constaté le premier ce fait constant qu'à cet âge le cœur est gros et les orifices étroits.

L'artère pulmonaire est toujours plus large que l'aorte. Chez les femmes les dimensions sont toujours plus faibles que chez les hommes.

Au point de vue des maladies, l'auteur conclut d'abord que le typhus ne donne lieu à aucune altération caractéristique des dimensions du cœur et des gros vaisseaux.

Même résultat pour la pyémie puerpérale.

Dans la phthisie le cœur est atrophié, surtout à gauche; on observe parfois une véritable hypertrophie compensatrice du ventricule droit.

La cachexie cancéreuse a pour résultat d'atrophier encore davantage le cœur que la phthisie pulmonaire.

Dans la néphrite granuleuse, les ventricules sont manifestement hypertrophiés, surtout le gauche: les orifices restent les mêmes. Il y a donc une sténose relative qui fait que le pouls est remarquablement tendu et bondissant. L'hypertrophie est due, suivant Buhl, à une myocardite parenchymateuse.

Dans la myocardite pure, parenchymateuse, sans complication cardiaque ou rénale, dont l'auteur a pu réunir 78 cas (!!!), les conditions sont les mêmes que dans le mal de Bright.

Dans l'emphysème les ventricules sont dilatés, mais non épaissis.

En terminant l'auteur fait voir qu'il n'y a aucune relation directe entre le volume du cœur et la taille ou le poids du corps. (*Deutsch. Arch. für klin. Med.*, t. XXX.)

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales, par M. DUJARDIN-BEAUMETZ, premier fascicule. — Paris, O. Doin, 1882.

Il est des ouvrages qu'il serait très dangereux de juger d'après un premier fascicule. Mais le nom de l'auteur de ce nouveau dictionnaire, sa compétence si bien établie, les preuves qu'il a données de son savoir et de son expérience en publiant ses *Leçons de clinique thérapeutique*, nous permettent de nous départir d'une règle, trop souvent justifiée, en signalant dès aujourd'hui les nouvelles pages qu'il vient de faire paraître. Aussi bien est-il possible de louer sans réserve la méthode qui a guidé l'auteur et l'intérêt qu'il a su donner aux premiers articles de ce dictionnaire. Cependant pourquoi ne ferions-nous pas remarquer que 176 pages consacrées à ce qui nous paraît ne se rapporter qu'au tiers environ de la lettre A l'obligeront, si tout son travail est conçu sur le même plan, à nous donner un nombre de fascicules bien supérieur à celui qu'annonce la couverture? Ne nous plaignons d'ailleurs ni de cette abondance de matériaux, ni du prix relativement élevé de l'ouvrage, ni du temps que devra durer sa publication. Un dictionnaire bien fait est une œuvre trop utile et trop rarement menée à bonne fin pour que nous hésitions à remercier M. Dujardin-Beaumetz du service qu'il vient de rendre à la science et à la pratique médicales. Dans son introduction, notre savant confrère fait ressortir les progrès dont, malgré les tendances un peu exclusives des travaux modernes, a pu profiter la thérapeutique. Fondée tout à la fois sur les études de laboratoire et sur les expérimentations cliniques, cette science marche lentement, mais parallèlement avec l'anatomie et la physiologie pathologiques, la chirurgie et la médecine. Le nombre relativement trop considérable de publications hâtives, ou d'annonces dont l'expérience ne confirme pas les trompeuses promesses, ne doit pas décourager ceux qui ont foi dans l'avenir de leur profession, ceux qui s'efforcent de chercher les meilleurs moyens de guérir ou tout au moins de soulager les malades.

Il suffit de parcourir ce nouvel ouvrage pour comprendre pourquoi la thérapeutique reste décriée par certains savants alors que tant de médecins conservent leurs convictions et leurs espérances. Prenons pour exemple l'histoire de l'aconit si complètement étudiée par M. Dujardin-Beaumetz. A plusieurs reprises, en parlant de la pharmacologie, des effets physiologiques et des usages des préparations obtenues avec cette plante, l'auteur établit que les principes actifs sont surtout extraits de la racine d'aconit, que « le choix de la plante, de la partie de la plante employée, le mode de préparation des divers produits influent considérablement sur la teneur en principe actif ». L'extrait aqueux de feuilles d'aconit a pu être donné aux doses de 15 et même 20 grammes sans effet appréciable. Or les préparations officinales, recommandées par l'ancien Codex, sont faites avec les feuilles de la plante. Il en résulte que très souvent l'on voit des médecins, d'ailleurs distingués, prescrire 3 ou 4 grammes d'alcoolature ou de teinture d'aconit sans obtenir aucun effet appréciable, alors que quelques gouttes d'alcoolature de racine d'aconit bien préparée peuvent déterminer les accidents les plus sérieux. Que l'on ignore ces différences d'action entre les alcoolatures et les teintures, entre les préparations obtenues à l'aide de la racine et celles qui proviennent de la feuille d'aconit, que le malade après avoir absorbé une certaine dose de la potion qui lui a été recommandée, change de pharmacien et reçoive une nouvelle potion préparée avec toutes les précautions sur lesquelles insiste M. Dujardin-Beaumetz, et l'on verra la même formule ou une formule analogue déterminer des effets très différents sur les mêmes malades. Autre exemple: combien de fois n'entend-on pas les malades et même les médecins déclarer que les eaux alcalines sont débilitantes, qu'elles provoquent une fluidification du sang, prédisposent dès lors aux hémorrhagies et sont par conséquent d'une administration difficile et d'un usage dangereux? Confondant l'action *silencieuse* des eaux bicarbonatées sodiques avec les effets déterminés par la cachexie alcaline, les adversaires des eaux minérales de Vichy, pour ne citer que celles-ci, oublient que les alcalins, introduits dans l'organisme, « favorisent ce mouvement d'échanges continus qui est la condition même de l'existence et en maintient l'équilibre » ; qu'ils augmentent l'activité du suc gastrique et déterminent « une légère et agréable excitation ». Il faut lire tout l'article consacré à la médication alcaline pour se faire une idée de l'intérêt que peuvent avoir, au point de vue pratique, des études thérapeutiques à la fois consciencieuses et sans parti pris. Il nous faudrait citer encore l'article *Alcool*, auquel les travaux personnels de l'auteur donnent une autorité toute spéciale, l'article *Alimentation*, qui est très complet et très intéressant, l'article *Allaitement*, où nous avons vu sans surprise, mais non sans satisfaction, M. Dujardin-Beaumetz éviter, dans les conseils si sensés qu'il donne à ceux qui le liront, et l'exclusivisme de certains praticiens qui condamnent absolument l'allaitement mixte à l'aide du biberon et les imprudences de certaines nourrices qui font prendre trop tôt à leurs nourrissons des panades ou des bouillies.

Nous n'éprouvons donc aucun embarras à déclarer que nous avons trouvé excellent ce premier fascicule du nouveau *Dictionnaire de thérapeutique*. Il nous reste à exprimer le vœu que les fascicules suivants ne diffèrent pas de celui qui vient de paraître et que, relié en un ou en plusieurs volumes, cet ouvrage, si bien commencé, soit rapidement terminé par le savant médecin qui a eu le courage d'entreprendre ce travail bien pénible, mais certainement très utile.

L. LEREBOULLET.

VARIÉTÉS

LE CONGRÈS DE GENÈVE.

On nous avise de Genève que le secrétariat du Congrès d'hygiène refuse à la presse toute communication des *manuscrits* et des *procès-verbaux* des séances. Quoique la *Semaine médicale* nous apporte un compte rendu en partie sténographique des deux premières séances, nous croyons devoir nous abstenir jusqu'à plus ample informé. La presse, quand elle veut bien envoyer, non sans frais, des rédacteurs spéciaux à ces sortes de réunions, ne se regarde comme l'obligée de personne, et elle estime que ce serait manquer d'égards aux membres mêmes du Congrès que de leur fermer une voie légitime de publicité. Ainsi l'ont compris les Congrès internationaux et l'Association française pour l'avancement des sciences, et il y aurait lieu d'être surpris qu'une mesure aussi manifestement illibérale et bureaucratique fût inaugurée dans la cité qu'on a coutume d'appeler *la libre Genève*.

Nous nous réservons, dans tous les cas de signaler, à notre choix, quelques-unes des communications faites au Congrès.

NÉCROLOGIE ; WOILLEZ. — Encore un deuil pour l'Académie de médecine, où la mort a souvent frappé cette année. M. Woillez, médecin honoraire de la Charité, a succombé le 2 septembre à une affection cardio-pulmonaire, à l'âge de soixante et onze ans. Ses obsèques ont eu lieu mardi. Des discours ont été prononcés sur sa tombe par MM. H. Roger, au nom de l'Académie de médecine; Hérard, au nom de l'Association des médecins de la Seine, et Desnos au nom de la Société des hôpitaux. Le discours de M. Roger, lu mardi

devant l'Académie, et que nous résumons au compte rendu de la séance, fait connaître les principaux services rendus à la science par notre distingué et regretté confrère.

— Notre confrère et ami le docteur Horteloup vient d'être cruellement frappé dans ses plus chères affections. Tous ceux qui ont connu la jeune et charmante femme qui lui a été enlevée par une longue et douloureuse maladie, s'associeront à sa douleur.

ÉLOGE DE HOUEL.

Nous sommes heureux de reproduire presque entièrement cet éloge, prononcé à la Société anatomique par notre distingué collaborateur, M. Reclus.

. . . .

M. Houël naquit en 1815, à Saint-Aubin-Vieil-Evreux (Eure); il commença ses études classiques au collège d'Evreux, puis il vint à Paris et entra au lycée Saint-Louis, dont il devait être plus tard le chirurgien. A vingt ans, il se faisait inscrire à la Faculté de médecine, et entrait dans cette carrière où la route est pénible pour tous, mais où, plus que tout autre, il eut à ressentir combien la côte est rude à monter. Il était interne des hôpitaux à vingt-six ans, aide d'anatomie à vingt-huit; à trente-trois il soutenait sa thèse inaugurale; enfin, en 1860, à l'âge de quarante-cinq ans, M. Houël obtenait le titre d'agrégé dans la section de chirurgie.

Si nous montrons combien cette carrière fut lente, c'est pour insister sur un des traits distinctifs du caractère de M. Houël, et qui lui fait le plus grand honneur; il n'avait pas l'infatigable mémoire et la rapide intelligence de ses concurrents, de M. Broca, par exemple, le plus illustre d'entre eux; mais rien ne lassait sa persévérante patience. Il ne connut pas les découragements hâtifs que nous souffle la vanité. Il essuyait bravement sa défaite et préparait un nouveau combat.

Peut être cependant renonça-t-il trop tôt au concours du Bureau central. De 1850 à 1860 les places de chirurgiens étaient rares et fort nombreux les candidats. M. Verneuil n'était-il pas forcé d'attendre trois ans l'ouverture du concours qui devait le nommer? Après quelques échecs, M. Houël ne persista plus. Comme agrégé, il remplaçait d'ordinaire Nélaton, qui lui confiait son magnifique service de la Clinique. Ne pouvait-il, au bout de huit ans, se considérer comme suppléant nécessaire de ce maître éminent? Et il abandonna la lutte au moment où la multiplicité des vacances allait lui ouvrir cette porte si longtemps fermée devant lui!

Et c'est grand dommage, car notre science ne vit que de pratique. Nous ne valons que par notre hôpital; l'effort de notre esprit est vain, nos lectures sont lettre morte, si nous ne contrôlons chaque jour la théorie nouvelle au lit de nos malades. La plus haute raison scientifique n'est-elle pas le fruit d'une expérience et d'une observation patiente dirigée par un jugement droit? Aussi est-on étonné que M. Houël, sans être chef d'un service, ait pu produire tant et de si bons travaux.

Sa thèse inaugurale sur *les luxations des cinq dernières vertèbres* est encore classique, et si elle est peut-être moins lue qu'autrefois, c'est qu'elle se trouve maintenant en substance dans la plupart de nos traités et de nos compendiums. Sa thèse d'agrégation de 1857 sur les *plaies et ruptures de la vessie* eut un semblable succès, et, jusqu'à ces dernières années, c'est là qu'on étudiait cette question difficile. Trois ans après, en 1860, les *tumeurs du corps thyroïde* lui étaient dévolues, et ce travail terminait dignement la série d'épreuves qui entraînèrent sa nomination.

On ne doit pas chercher, dans ces œuvres, les larges synthèses, ce n'est pas non plus par les préoccupations de la forme que valent ces travaux. M. Houël avait peu de soucis littéraires; mais il prétendait être clair, ses informations étaient toujours abondantes et sûres, il fouillait son sujet et ses descriptions, précises jusqu'à la minutie, ne laissaient dans l'ombre aucun détail. Le fil d'Ariane qu'il nous mettait dans les mains était peut-être un peu court, mais du moins ne risquait-on jamais de s'égarer.

Nous ne parlerons pas de ses nombreux travaux sur les *monstruosités*. Il n'a pas publié moins de neuf mémoires importants qui soulevèrent d'intéressantes discussions à la Société de biologie, dont il était membre, et à la Société anatomique; vous vous rappelez, messieurs, la prédilection qu'il avait pour ces sujets difficiles, et lorsque l'un de vous présentait quelque fœtus anormal, sans parti pris — et naturellement — il se tournait vers M. Houël.

En 1854, M. Houël publiait dans vos *Bulletins* ses *rapports sur les kystes hydatiques du poumon;* l'année suivante, il étudiait le siège de *l'encéphalocèle congénitale*, question controversée encore, et où la lumière ne semble pas près d'être faite. L'Académie des sciences le récompensait pour ses *mémoires sur les névroses*, et l'Académie de médecine pour ses recherches sur *l'étranglement interne.* Il envoyait une note à la Société de chirurgie, dont il devait être un jour le président, sur *les fractures en V*, puis *sur l'absence de consolidation dans les fractures linéaires des os plats et les fissures des os longs.* Enfin il fut chargé, en 1865, par le professeur Cruveilhier, de terminer le cinquième volume de son *Traité d'anatomie pathologique.* Ce n'est point là un honneur médiocre, et peu d'hommes ont eu cette chance inespérée de collaborer à ce livre immortel.

Nous devons parler d'un ouvrage de longue haleine, un *Manuel d'anatomie pathologique générale et appliquée*, qui coûta bien des veilles à son auteur. A une autre époque, il aurait certainement joui de quelque faveur du public; mais il eût le tort de ne pas venir à son heure. La microscopie venait de renouveler l'anatomie pathologique; l'école de Lebert, quoiqu'elle fût brillante encore, allait péricliter, et une école nouvelle se développait, dont les travaux absorbaient exclusivement l'attention. Que pouvait être, dans cette mêlée, l'honnête livre de M. Houël, dont les descriptions étaient faites sur les pièces du musée Dupuytren?

L'organisation de ce musée, du reste, a été le grand œuvre de sa vie. Nommé conservateur-adjoint lorsqu'il n'était qu'aide d'anatomie, M. Houël devint directeur en 1868. A ce moment, les collections ne contenaient guère que 1200 pièces non classées; aujourd'hui elles en possèdent plus de 6000, étudiées et décrites avec le plus grand soin dans un catalogue en six volumes, accompagné d'un Atlas photographique. Ce travail considérable est encore dû à M. Houël. Aussi parlait-il de son musée comme un père parle d'un fils, et l'on était parfois tenté de sourire de son accent attendri, car *son* musée restera toujours le musée Dupuytren, dont le nom est trop illustre pour ne pas rester solitaire. . . . . .

LE CHOLÉRA

Une certaine inquiétude s'étant manifestée principalement sur le continent à cause du bruit qui signalait l'apparition du choléra dans la mer Rouge, le bureau des affaires des Indes publie la dépêche suivante en date d'Aden :

Le vaisseau *Hesperia*, venant de Bombay, arrivé à Aden le 26 juillet, avait à bord 498 pèlerins pour la Mecque. La santé était excellente à bord et aucun cas de choléra ne s'était manifesté pendant le voyage. Les pèlerins ne reçurent cependant pas l'autorisation de descendre à terre, et l'*Hesperia* renouvela sa provision de charbon dans la nuit.

Le 27 juillet au matin, le chauffeur mourait du choléra. L'*Hesperia* fut aussitôt envoyée en quarantaine à quatre milles des autres navires, et des mesures furent prises pour éviter toute communication avec ceux-ci.

Aucun autre cas de choléra n'ayant été signalé, l'*Hesperia* reprit, le 6 août, son voyage pour l'île Kamaran, située à l'extrémité du golfe Arabique. Là, une stricte quarantaine lui fut imposée avant le débarquement des pèlerins à Djeddah.

C'est sans doute cet incident qui a donné naissance au bruit d'après lequel le choléra aurait éclaté dans la mer Rouge. Aucun cas n'en a été constaté à Aden depuis le mois d'octobre 1881, et la santé publique y est toujours très bonne.

Les derniers avis ne signalent aucun cas de choléra épidémique dans l'Inde, mais sept cas suivis de mort à Bombay.

Pendant la dernière quinzaine, aucun cas de choléra n'a été constaté à Madras.

A Calcutta, quatorze cholériques ont succombé. La moyenne des décès causés par cette épidémie pendant les cinq dernières années est de 21.

Deux gouvernements européens ont déjà décrété des mesures de précautions contre le choléra.

En Italie, le ministre de l'intérieur a prescrit de soumettre à la quarantaine tous les bâtiments venant de l'Inde, du golfe du Bengale et des îles Philippines.

Le gouvernement espagnol a ordonné une quarantaine rigoureuse pour tous les navires venant d'Egypte, de Malte et de l'île de Chypre. (*Agence Havas.*)

On reçoit de Madrid les télégrammes suivants :

1er *septembre.* — Le choléra augmente sans cesse à Manille. 331 indigènes et 5 Espagnols sont morts dans la journée d'hier.

2 *septembre.* — Le bruit court que le choléra a fait son apparition à Tanger. L'Espagne prend des précautions rigoureuses.

Même date. — Des avis de Manille en date du 1er septembre annoncent que le choléra fait journellement 300 victimes à Iloïlo (Iles Philippines). On compte 4550 décès depuis quatorze jours.

On lit dans le *Petit Marseillais :*

Depuis quelque temps déjà des bruits persistants signalaient la présence du choléra en Arabie et en Egypte; le fléau n'ayant pas pris d'extension, peu à peu les craintes s'étaient dissipées.

Voici maintenant que diverses dépêches nous annoncent que l'épidémie cholérique sévit à Varsovie où, depuis le 4 août, 68 personnes ont été atteintes; 27 cas sont mortels.

D'autre part, la même maladie ravage les Philippines et notamment Manille; la presse madrilène s'est émue des nouvelles qu'elle a reçues de cette colonie; des mesures sérieuses ont été prises immédiatement en Espagne pour ordonner la mise en quarantaine de tous les vaisseaux venant de Bornéo, des îles Soulou et de l'archipel des Philippines.

Le *Messager du Midi* a reçu, de son côté, de Marseille, la nouvelle que les réfugiés égyptiens qu'on avait relégués à Ratonneau vont quitter cette île qui sert pour les quarantaines. Il n'y a pas en ce moment de quarantenaires, mais on annonce la très prochaine arrivée de deux navires venant du Sénégal, où sévit la fièvre jaune. Il faudra donc faire place aux passagers, et les Egyptiens ne pourront pas rester dans l'île. On sera très probablement obligé de les faire camper dans les terrains vagues de l'ancien Lazaret.

La vaccination libre et la vaccination obligatoire. — En Ecosse, d'après le docteur Carpenter, très rares sont ceux qui n'ont pas été vaccinés. Aussi la mortalité par la variole est presque nulle; les poursuites pour infraction au Compulsory vaccination act sont presque inconnues. Pendant les épidémies de 1870 et des années suivantes, l'immunité de la région septentrionale de la Grande-Bretagne a été remarquable. Les décès observés étaient ceux de personnes venant de Londres ou du continent. Les varioleux étaient en général des voyageurs ou des sauniers. Malgré ces bons résultats, dont il faut féliciter l'administration et le corps médical écossais, l'organisation présente encore des imperfections, que M. Carpenter voudrait voir disparaître. Par exemple, les vaccinations ne sont obligatoires que pour les enfants au-dessus de six mois; on les expose donc jusqu'à cet âge aux risques de la contagion variolique. De plus les changements de districts, les mutations de domicile rendent ainsi plus difficiles la tenue des registres et la surveillance des inspecteurs. Enfin, inconvénient grave, la lymphe vaccinale d'origine animale n'est pas fournie par des établissements officiels. Aussi, on emploie surtout le vaccin humain. Il y aurait donc lieu à des perfectionnements dans cette organisation, par une meilleure inspection de la vaccine, et la création d'établissements vaccinogènes officiels. (*Union médicale*, d'après *The Lancet*, 29 juillet 1882).

Récompense honorifique. — Le ministre de l'intérieur vient de décerner une médaille d'honneur à M. le docteur Fernand Ledé, pour le dévouement dont il a fait preuve lors de la catastrophe survenue le 12 juillet dernier, rue François-Miron.

Assistance publique. — La commission spéciale chargée, d'après l'article 1er de la loi du 10 janvier 1849 sur l'Assistance publique à Paris, d'élaborer un règlement d'administration organisant cette institution vient d'adopter les conclusions d'un rapport présenté par M. Lyon, maître des requêtes au conseil d'État. D'après ce rapport, le rôle des indigents, c'est-à-dire l'inscription d'office des individus remplissant les conditions exigées pour recevoir les secours publics, disparaîtrait. On établirait, en se basant à la fois et sur le produit de la contribution mobilière et sur le chiffre de la population, une nouvelle répartition des fonds alloués aux bureaux de bienfaisance, de manière à faire disparaître les inégalités qui existent aujourd'hui entre les divers arrondissements au point de vue de la quotité des secours. Enfin, on supprimerait les pharmacies des maisons de secours telles qu'elles existent aujourd'hui. (*Débats.*)

Faculté de médecine de Paris. — M. Jaillet, préparateur du laboratoire de thérapeutique, est nommé chef de ce laboratoire. — M. Grenet est nommé préparateur du laboratoire de thérapeutique, en remplacement de M. Jaillet.

Faculté de médecine de Nancy. — Sont nommés pour une période de trois ans, à partir du 1er août 1882 : 1° *chef de clinique obstétricale*, M. le docteur Rémy; 2° *chef de clinique chirurgicale*, M. le docteur Guillemin.

M. Nicolas, aide d'anatomie, est nommé prosecteur.

Concours pour l'internat en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine. — Un concours pour la nomination à deux emplois d'interne en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine (Sainte-Anne, à Paris ; Ville-Evrard et Vaucluse, dans Seine-et-Oise) sera ouvert le lundi 4 décembre 1882, à midi précis. Pourront prendre part à ce concours tous les étudiants en médecine âgés de moins de trente ans et pourvus de douze inscriptions. Les candidats devront se faire inscrire à Paris, au siège général de la préfecture de la Seine (bureau du personnel), du 2 au 18 novembre 1882 inclusivement.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont institués, pour une période de deux ans, à dater du 1er novembre 1882, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux : 1° *chefs de clinique médicale :* MM. les docteurs Dallidet (Jacques), Cayla (Frédéric); 2° *chefs de clinique chirurgicale :* MM. les docteurs Chevalier (Gabriel-Léon) et Courtin (Félix); 3° *chef de clinique obstétricale :* M. le docteur Hirigoyen (Louis); 4° *chef adjoint de clinique obstétricale :* M. Rivière (Maurice).

Mortalité a Paris (35e semaine, du vendredi 25 au jeudi 31 août 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1006, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 82. — Variole, 7. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 1. — Diphthérie, croup, 26. — Dysenterie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 47.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 167. — Autres tuberculoses, 9. — Autres affections générales, 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 43. — Bronchite aiguë, 10. — Pneumonie, 47. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 102; au sein et mixte, 57; inconnu, 6. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 81; de l'appareil circulatoire, 45; de l'appareil respiratoire, 45; de l'appareil digestif, 45; de l'appareil génito-urinaire, 28; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 42. — Causes non classées, 9.

Conclusions de la 35e *semaine.* — Il a été enregistré cette semaine 1152 naissances et 1006 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1029, 906, 1100, 1034. Le chiffre de 1006 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc légèrement supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir : une atténuation pour l'érysipèle (4 décès au lieu de 7 pendant la 34e semaine); une aggravation pour la fièvre typhoïde (82 décès au lieu de 74), la rougeole (19 au lieu de 9). A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 7 décès par variole (au lieu de 8), 26 par diphthérie (au lieu de 28), 5 par infection puerpérale (au lieu de 4), 2 par scarlatine. En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la variole (16 malades reçus du 21 au 27 août au lieu de 28 entrés pendant les sept jours précédents) et pour la diphthérie (21 au lieu de 23). Il a été admis 251 malades atteints de fièvre typhoïde.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Motteroz, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur **A. DECHAMBRE**

MEMBRES : MM. les docteurs **BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE**
L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 14 septembre 1882.

RÉSEAU SYMPATHIQUE PÉRIPHÉRIQUE. — LES NOUVEAUX PROJETS DE LOI SUR L'EXERCICE DE LA PHARMACIE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : Réseau sympathique périphérique.

On a été heureux à l'Académie de médecine, en ce temps de disette, d'entendre une très intéressante lecture de M. le docteur Onimus sur l'importance du réseau lymphatique périphérique et sur le rôle qu'il peut jouer dans certaines maladies de la peau. Nous publions aujourd'hui ce mémoire (p. 605).

Les nouveaux projets de loi sur l'exercice de la pharmacie.

Les lois qui régissent encore la médecine et la pharmacie, ont été bien souvent déjà et très justement critiquées. Mais tandis que, parmi les nombreux médecins qui font partie de nos Chambres législatives, il n'en est point encore qui ait songé à soumettre à la sanction de ses collègues une proposition qui modifie et rende plus compatible avec les exigences de l'art de guérir et les habitudes du public la loi qui régit l'exercice de la médecine, plusieurs projets, au contraire, destinés à mieux réglementer l'exercice et la police de la pharmacie, ont été récemment publiés. Nous ne ferons que de courtes allusions au projet de loi sur « *la police de la pharmacie et des professions accessoires* » adopté par le conseil d'État dans ses séances des 29 décembre 1880, 6, 13 et 27 janvier, 3, 10 et 17 février 1881 Ce projet, qui donne aux préfets (art. 13 et 14) le droit « d'autoriser telles personnes qu'ils jugeront convenables à vendre et débiter certains médicaments...., » et qui ne parle pas de l'exercice de la pharmacie vétérinaire, a été vivement attaqué dès qu'il a été rendu public et nul ne paraît songer aujourd'hui à le présenter à la discussion des Chambres. Nous confondrons aussi dans un examen d'ensemble le projet de loi élaboré par le syndicat général des pharmaciens et celui qu'ont adopté dans leurs séances des 2 et 3 mai dernier les délégués de l'Association générale des pharmaciens de France. Plusieurs des dispositions qui se retrouvent dans ces deux projets ont été adoptées par M. H. Faure, député de la Marne.

FEUILLETON

Les mœurs obstétricales des Peaux-Rouges.

Encore quelques années, et les races aborigènes de l'Amérique du Nord auront vécu. Leurs derniers représentants disparaissent avec rapidité, emportés par les maladies ou les guerres intestines, absorbés par le flot envahissant de la population conquérante. Bientôt, sans doute, comme au Yucatan, comme dans le Centre-Amérique, au pays des villes fantômes, leur civilisation ne sera plus attestée que par des ruines, et leurs antiques coutumes que par de vagues traditions.

Déjà les plumes d'aigle, ornements fameux de leurs bonnets de guerre, n'existent plus guère que dans l'imagination des romanciers. Adieu les tomawaks, les arcs et les flèches! Les cris de guerre sont remplacés par les détonations des fusils à tir rapide, et ces belliqueuses tribus abandonnent leurs armes primitives pour le revolver et la carabine se chargeant par la culasse.

En même temps, les mœurs des conquérants deviennent aussi les leurs. Les coutumes nationales se perdent peu à peu, et dans leurs accouchements les femmes font appel aux chirurgiens militaires des garnisons de l'Ouest et aux médecins de colonisation. Jusque dans ces derniers temps, les mœurs obstétricales de ces peuplades étaient peu connues. La parturition y est enveloppée d'une sorte de mystère, et les hommes ne sont encore que difficilement admis à être témoins des épisodes de l'accouchement. Ces coutumes conservent donc leur originalité primitive (1).

Il n'a pas fallu moins que les rapides progrès de la colonisation pour mettre les médecins en contact direct avec ces tribus. Appelés dans les cas difficiles, ils ont pu, depuis quel-

(1) *Saint-Louis Courier of med.*, p. 385, 1882.

La proposition de loi qu'il a déposée le 6 juin dernier sur le bureau de la Chambre doit appeler tout particulièrement notre attention, non seulement en raison de la compétence spéciale de son auteur, mais aussi et surtout à cause des adhésions qu'il a reçues d'un très grand nombre de ses confrères. Nous ferons d'ailleurs ressortir les divergences qui existent entre le projet de M. H. Faure et ceux qui l'ont précédé; mais nous ne pourrons, on le conçoit, nous attacher à discuter ou même à mentionner les 46 articles qu'il a rédigés. Il nous suffira de mettre en relief les principales réformes demandées par M. H. Faure ou celles que réclament ses confrères, partisans des dispositions défendues par le syndicat général ou par l'Association générale des pharmaciens de France.

Une première question, qui intéresse tout à la fois l'exercice professionnel et l'avenir scientifique de la pharmacie, a été diversement résolue. Faut-il maintenir deux classes de pharmaciens? Faut-il n'admettre qu'un seul diplôme? Convaincu de l'utilité qu'auraient la suppression du grade d'officier de santé et l'obligation imposée à tous les médecins de posséder le diplôme de docteur, nous admettons cependant, avec M. H. Faure, que deux ordres de pharmaciens peuvent être conservés. Les motifs qui nous dictent cette opinion sont les suivants. La pharmacie est une profession souvent ingrate, pénible, astreignant celui qui l'embrasse, non seulement à un labeur assidu, mais encore à une résidence presque permanente dans son officine. L'existence du pharmacien est, sans doute, presque toujours assurée; il est honoré de ceux qui savent reconnaître les services qu'il peut rendre, mais nul ne niera qu'il ne faille un grand courage pour s'établir dans une humble commune et y satisfaire à toutes les exigences d'une clientèle rurale. Comme le dit fort bien M. H. Faure, les autres professions libérales ont des débuts bien autrement séduisants et, pour qu'un jeune homme, né dans un milieu qui lui promet une aisance moyenne et ayant parcouru tout le cycle des études classiques, en obtenant le grade de bachelier, consente à subir le stage pharmaceutique et à se mettre à la tête d'un établissement, il faut qu'il espère des avantages matériels sérieux et surtout qu'il compte poursuivre ses études de chimie et d'histoire naturelle pour réaliser de nombreux progrès et honorer, comme l'ont fait un si grand nombre de pharmaciens célèbres, la profession qu'il a choisie. Quelques pharmaciens, parmi lesquels se rencontrent parfois des savants de premier ordre, n'ont donc pas reculé devant la difficulté d'études préparatoires et les sacrifices que font encore au début de leurs études ceux qui suivent leurs traces ne seront pas regrettés le jour où, installés dans une grande ville, ils auront gagné en considération et en renommée ce qu'ils ont dépensé en laborieux efforts. Aussi faut-il proclamer bien haut l'utilité de ces études scientifiques et encourager les jeunes gens sortis de nos établissements d'enseignement secondaire à continuer les traditions que leur ont léguées leurs prédécesseurs. C'est dans ce but, qu'il nous paraît utile de conserver à un certain nombre de pharmaciens le titre scientifique et professionnel qui les distingue de leurs confrères et leur donne, aux yeux du public, l'autorité que confère la science.

Mais la gestion d'une pharmacie, l'exécution des formules rédigées par les médecins, la préparation des médicaments simples n'exigent ni ces travaux préparatoires, ni les connaissances scientifiques qui permettent de faire progresser les sciences chimiques et naturelles. On exige aujourd'hui et l'on devra toujours exiger de tous les pharmaciens des connaissances professionnelles suffisantes. Un stage assez long, sous la direction d'un chef habile et consciencieux, et quelques études théoriques, telles sont les garanties qu'il faut demander à tous les candidats. Elles seront aisément fournies par les jeunes gens qui, n'ayant pu achever leurs études classiques ni par conséquent suivre les cours des écoles supérieures et des Facultés, ont su toutefois acquérir toutes les connaissances nécessaires pour exercer la pharmacie. Supprimer les pharmaciens de 2[e] classe, — l'expérience du reste a été tentée, — serait diminuer dans de très notables proportions le nombre des pharmaciens, priver, par conséquent, un grand nombre de localités de praticiens honnêtes et suffisamment expérimentés et de plus favoriser l'exercice illégal de la pharmacie. On arriverait au même résultat en créant un seul diplôme professionnel, mais en exigeant de tous les pharmaciens le diplôme de bachelier (projet de la Société de pharmacie rédigé par M. Bourgoin). Enfin il nous semble que la considération des pharmaciens et le niveau scientifique de la profession qu'ils exercent s'abaisserait vite si l'on diminuait la valeur et la difficulté des études préparatoires en ne faisant subir à tous les candidats que des examens professionnels et en n'exigeant pas des connaissances scientifiques qui ne s'acquièrent plus que très difficilement après que l'on a quitté les écoles.

Pour encourager les pharmaciens dits de 1[re] classe; pour ne point décourager les pharmaciens de 2[e] classe plus nombreux et toujours indispensables, nous croyons devoir

---

ques années, pénétrer dans les habitations, et quelquefois même fixer par la photographie les tableaux de mœurs dont ils étaient témoins.

Les pratiques obstétricales des Indiens des Etats-Unis ont entre elles de nombreuses ressemblances; mais les détails qui suivent sont surtout relatifs aux tribus du Nord-Ouest et de l'Ouest. Malgré ces ressemblances, admises par tous les auteurs, faute de renseignements complets, on constate d'une tribu à l'autre, et surtout suivant les contrées, de singulières différences de mœurs (1). C'est ainsi qu'on admet comme générale la coutume d'accoucher dans la position agenouillée ou demi-couchée. Il est loin d'en être toujours ainsi.

Voici, par exemple, le témoignage d'un médecin de la *Great-Rond-Agency* le docteur John Field, de Shéridan (Orégon), qui a longtemps résidé dans les tribus du Nord-Ouest (2).

(1) Engelman, *Amer. journ. of obstet.*, août 1881; et Lefour, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1881.
(2) *Saint-Louis Courier of med.*, p. 386, mai 1882.

Les personnes qui interviennent dans l'accouchement sont de vieilles matrones parentes ou amies. Aucune ne porte le titre de sage-femme ou d'accoucheuse. Aucune ne prend même, comme en Chine ou au Japon, le nom de *receveuse de naissances* (1). Néanmoins, dans chaque tribu ou campement, l'une d'elles possède toujours une sorte d'autorité à laquelle on obéit, et qui, sans doute, est le résultat de l'âge ou de l'habileté.

Au début du travail, la femme est debout et se promène dans sa case. Parfois elle se couche sur un lit peu élevé et tient les jambes et les cuisses dans la demi-flexion. A chaque douleur elle pousse un cri, sans imiter par conséquent la négresse du Sénégal, qui dissimule ses souffrances, parce que autrement « sa famille la répudierait, et qu'elle n'aurait plus de commerce avec son mari (2) ».

Au moment de l'accouchement, la femme se couche sur

(1) Corre, *La mère et l'enfant dans les races humaines*, Paris, 1882, p. 79.
(2) Hébert, cité par Corre, p. 87, *loc. cit.*

approuver le maintien des deux classes qu'avait établie la loi de germinal an XI.

Nous n'avons donc, à ce point de vue, aucune objection à opposer aux idées défendues par M. H. Faure. Comme lui aussi, et bien que notre confrère M. le docteur Galippe (*Journal des connaissances médicales*, p. 130) et le syndicat général des pharmaciens (art. 3) aient défendu la thèse contraire, nous pensons que le droit d'exercice des pharmaciens de 2e classe pourrait être limité. La loi actuelle avait été faite pour fournir provisoirement un personnel assez nombreux dans le but de suffire aux besoins des campagnes où vont et iront de moins en moins chaque année les pharmaciens de 1re classe. Mais il est arrivé et il arrivera toujours, si on ne s'y oppose, que les pharmaciens de 2e classe envahiront peu à peu les plus grands centres. D'après une statistique fournie par l'*Avenir pharmaceutique* il existe aujourd'hui

à Paris	96 p. 100	de pharmaciens de 2e classe
à Bordeaux et Nantes	95 p. 100	— —
à Lyon	94 p. 100	— —

Pour remédier à un état de choses préjudiciable aux intérêts de ceux qui ont donné le plus de preuves de savoir et de labeur et pour ne pas nuire à leur dignité professionnelle, on pourrait ne recevoir les pharmaciens de 2e classe que dans les écoles secondaires, leur imposer six années de stage et une année de cours théorique, enfin, comme le demandait le Congrès de 1867 et comme le réclame M. H. Faure, ne les autoriser à s'établir que dans les villes ne dépassant pas 10 000 âmes.

Si l'on nous a bien compris, on voit que le but que nous poursuivons en conseillant le maintien de la division des pharmaciens en deux classes est surtout de favoriser les études scientifiques et de rehausser ainsi le niveau de la profession, tout en rendant possible le recrutement des praticiens nécessaires aux petites villes et aux campagnes. Nous ne croyons pas, en défendant cette opinion, manquer de libéralisme. Sans doute on pourra soutenir que les devoirs professionnels étant les mêmes pour les pharmaciens des deux classes, la loi ne doit point interdire à quelques-uns d'entre eux l'exercice de leur profession dans les grandes villes. Nous répondrons que le privilège de prendre part aux concours pour le professorat ou d'être désigné pour les expertises légales ne suffit pas pour assurer aux pharmaciens de 1re classe une juste rémunération des sacrifices qui ont été exigés d'eux. Si l'on tient à donner à tous les pharmaciens « le droit d'exercice dans toute l'étendue du territoire français, de l'Algérie et des colonies », que l'on distingue au moins d'une manière toute spéciale, par une appellation et des désignations qui les signalent à l'attention publique, ceux qui méritent plus de confiance parce que leur savoir est plus étendu.

Nous passons à une deuxième question, plus intéressante encore. M. Faure l'a résolue dans les termes suivants : « Toute association entre un pharmacien et un médecin ou un vétérinaire, tout acte d'entente entre eux pour la vente d'un médicament quelconque sont interdits. Il en est de même de l'exercice simultané des deux professions, même pour les personnes pourvues d'un double diplôme. Il est interdit aux pharmaciens de se livrer à l'exercice de la médecine, de même qu'il est interdit aux médecins et aux vétérinaires de faire commerce de médicaments » (art. 7 et 8 de son projet). Il ne faut pas le dissimuler. Ces deux articles ne seront pas adoptés sans contestation. Sans doute nous pensons, comme la plupart de nos confrères, que l'association d'un pharmacien avec un médecin doit être considérée comme toujours blâmable, et qu'il faut l'interdire d'une manière absolue. Trop de compromis, aussi préjudiciables à l'intérêt des malades qu'à l'honnêteté professionnelle, ont été et sont encore la conséquence de ces associations qu'il importe de condamner quel que soit le nom de ceux qui s'y prêtent. Mais en est-il de même en ce qui concerne l'interdiction de vendre, dans certains cas déterminés, des médicaments d'une nécessité immédiate ? La loi doit-elle s'opposer à ce qu'un médecin emporte avec lui les instruments nécessaires à l'art qu'il exerce ? Peut-elle interdire au pharmacien de donner, dans un cas urgent, les premiers soins utiles à un malade ou à un blessé ?

Le projet de loi présenté par le syndicat général des pharmaciens renferme un article 15 ainsi rédigé : « Dans le cas où il n'y a pas de pharmaciens ayant officine ouverte, à une distance de 8 kilomètres du domicile du malade, les médecins pourront fournir les premiers médicaments urgents, et ceux-là seulement, aux personnes près desquelles ils seront appelés. » M. H. Faure accepte, jusqu'à un certain point, cette rédaction (art. 18) en spécifiant que, dans les localités où il n'y a pas d'officine, les médecins et les vétérinaires pourront porter des médicaments à ceux de leurs clients « dont le domicile sera distant de 6 kilomètres au moins d'une pharmacie, mais sans avoir le droit de posséder eux-mêmes une officine ouverte, ni de délivrer aucun médica-

---

un lit, qu'on place même au voisinage d'un brasier ardent quand la température est rigoureuse. Les jambes sont écartées et fléchies; les pieds et les genoux sont maintenus par l'une des assistantes. La parturiente prend avec ses mains un point d'appui sur ses cuisses, et au moment des fortes douleurs exerce une pression sur l'abdomen.

Accroupie entre les jambes de la femme en travail, la matrone qui fait office d'accoucheuse comprime selon son caprice les hanches, le périnée, la vulve ou l'abdomen. Cette pratique est comparable à celle des négresses du Sénégal, qui, par des pressions sur la paroi abdominale, prétendent « aider l'enfant à trouver sa voie ».

D'ailleurs, en l'absence de toute notion sur le toucher vaginal, ces accoucheuses ne possèdent aucun moyen de suivre la marche du travail. Quand les douleurs expulsives deviennent plus vives, une des assistantes comprime le fond de la matrice. Agenouillée à côté de la parturiente ou derrière elle, comme chez les Commanches et les Crows, elle suit avec les mains les contractions de l'utérus. Le travail est-il lent et l'accouchement laborieux? La parturiente se tient debout ou sur les genoux, et est soutenue sous les aisselles par deux des assistantes. Cette attitude a pour but de favoriser l'expulsion de la tête.

Les Indiens du Mexique, aux environs de Saint-Louis-de-Potosi, ont des coutumes différentes. D'après les photographies du docteur Barroeta, la parturiente se met à genoux et se cramponne par les mains à un cordage solidement fixé à une pièce de bois obliquement disposée au-dessus de sa tête. Placée entre ses jambes, l'accoucheuse soutient avec la paume de la main le périnée et la vulve. Au moment de l'expulsion, elle exerce des tractions sur la tête et les épaules, et reçoit l'enfant sur ses genoux.

Quelques instants après, le cordon est noué et coupé. On attend ensuite l'expulsion spontanée du délivre; mais quand celle-ci est lente, la nouvelle accouchée, qui s'était jetée sur un lit, s'agenouille de nouveau. L'accoucheuse exerce alors des

ment à leur domicile ». Cette restriction paraît des plus légitimes. Elle se rapproche plus ou moins des dispositions de la loi actuelle. D'ailleurs, un usage déjà ancien permet à la plupart des médecins ruraux d'emporter avec eux les médicaments dont ils ont besoin, et nul ne songe à interdire aux pharmaciens d'exercer la médecine et la chirurgie en rappelant à la vie un malade en état de syncope ou en pansant un blessé. Par contre, nous trouvons M. H. Faure un peu sévère lorsque (art. 4), il interdit aux pharmaciens tout commerce « autre que celui des drogues ou médicaments ». Dès l'instant que l'on permet à un épicier (art. 12) la vente libre « des plantes indigènes, des médicaments simples d'un usage constant, de tous ceux qui sont d'une manipulation et d'un emploi ne présentant aucun danger, et dont la nomenclature sera dressée à la suite du Codex », pourquoi ne pas laisser au pharmacien d'une petite ville ou d'une commune rurale le droit de vendre ce qui peut améliorer sa situation matérielle ? Cette liberté commerciale ne saurait, ce nous semble, être nuisible à personne.

Autre chose est la vente libre de tous les médicaments sans ordonnance de médecins. Dans les articles que nous avons déjà cités (*Journal des connaiss. médicales*, p. 137), notre confrère M. Galippe défend avec beaucoup de vivacité la liberté absolue de l'exercice de la pharmacie « sous la garantie du diplôme et des lois de droit commun ». Il soutient que, s'il est permis à chacun de choisir, non seulement son médecin, mais encore la doctrine médicale qu'il représente, il doit être permis également de se soigner, sans recourir à un médecin, et par conséquent d'acheter chez un pharmacien quelconque tous les médicaments que le premier venu désirera absorber. Cette liberté absolue que, malgré le talent avec lequel notre confrère a défendu son opinion, nous persistons à considérer comme aussi dangereuse qu'inutile, a été repoussée tout à la fois par le projet du conseil d'État (art. 7), par celui du syndicat général des pharmaciens (art. 10 et 11), par le projet voté dans l'Association générale des pharmaciens (art. 11), enfin par M. H. Faure. Son article 14, qui mentionne explicitement « l'arsenic et les sels arsénieaux, les alcaloïdes vénéneux et les autres substances qui sont toxiques sous un petit volume », comme ne pouvant être vendus « que par des pharmaciens et sur la prescription écrite, datée et signée d'une personne ayant qualité légale pour prescrire » nous paraît moins pratique que l'article analogue adopté par l'Association générale. Avec M. H. Faure et avec la plupart de ses confrères, nous reconnaissons que la législation de l'an XI est trop rigoureuse et qu'il faut laisser aux pharmaciens le droit de délivrer, sous leur responsabilité et sur la demande de l'acheteur, les médicaments simples ou composés dont l'usage est reconnu inoffensif; mais nous croyons aussi qu'il n'y aurait que des inconvénients à autoriser, sans garanties et sans contrôle, la vente des substances vénéneuses et rapidement toxiques. La responsabilité personnelle du pharmacien, qui aurait vendu une substance dangereuse, ne nous semble pas une garantie suffisante. Et nous ne voyons pas quelles objections pourraient être faites à l'article 11 du projet de l'Association générale que nous trouvons, à ce point de vue, plus précis et mieux rédigé que l'article 14 du projet Faure. Il appartiendrait à la commission du Codex, appelée, à dresser la liste des substances dont la vente libre serait autorisée, de se montrer suffisamment sévère, et de n'inscrire que les médicaments dont l'usage ou l'abus ne présenteraient pas de trop graves inconvénients.

Mais cette interdiction de vendre les médicaments toxiques sans une ordonnance médicale ou une demande écrite de l'acheteur ne saurait être appliquée sans qu'elle soit étendue au commerce et à l'industrie. L'article 11 du projet de l'Association générale le mentionne explicitement et diffère à ce point de vue du projet du syndicat général des pharmaciens. « Les mêmes substances, dit ce projet, lorsqu'elles sont destinées à la destruction des animaux nuisibles ne pourront être vendues que par les pharmaciens. Elles ne seront délivrées pour cet usage qu'à des personnes domiciliées et connues, et les ventes seront transcrites sur le registre ci-dessus mentionné, sur lequel les acheteurs devront apposer leur signature. Les ventes de substances vénéneuses inscrites au tableau ci-dessus mentionné et employées dans les arts ou dans l'industrie, qu'elles soient faites par les pharmaciens ou par toute autre personne, seront soumises aux diverses formalités indiquées au présent paragraphe. » Nous croyons que ces restrictions ne gêneront que les empoisonneurs et qu'elles pourront prévenir bien des imprudences ou des crimes. Et nous pensons dès lors que l'article 11 que nous venons de citer aurait quelques avantages sans présenter d'inconvénient.

L. Lereboullet.

(*A suivre.*)

---

tractions sur le cordon, et l'une des assistantes fait des manipulations sur l'abdomen, dans le but de comprimer le globe utérin. Mais si ces manœuvres demeurent inefficaces, si l'insertion placentaire est vicieuse, ou s'il existe une rétention de cet organe, on abandonne l'expulsion à la nature; même dans ce cas, l'infection puerpérale et les accidents secondaires sont rares, et la malade survit.

Pendant les suites de couches, les habitudes ne sont pas les mêmes dans toutes les tribus. Dans les unes, les femmes restent debout et marchent durant les premiers jours, pour faciliter l'écoulement lochial. Dans d'autres, au contraire, elles se couchent sous d'épaisses couvertures et demeurent au repos et à la chaleur. On entretient même celle-ci, dans le cas où la température atmosphérique est froide, au moyen de brasiers toujours allumés. Cet usage n'est pas sans analogie avec les coutumes des Siamois (1), chez lesquels la femme ne quitte pas le feu pendant les deux ou trois semaines consécutives à l'accouchement.

Durant un séjour de deux ans et demi au milieu de ces tribus, le docteur Field n'a observé aucun cas de fièvre puerpérale, d'éclampsie ou de maladies des femmes. D'ailleurs, les cas de mort pendant l'accouchement y sont inconnus, et les affections de la glande mammaire ne s'y rencontrent jamais.

Les peuplades qui sont dispersées dans les prairies et les plaines du Kansas, du Nébraska, du Colorado et du territoire Indien, telles que Cheyennes, Arapahoés, Kiowas, Commanches, Apaches de l'Ouest, possèdent des mœurs analogues. De l'une à l'autre de ces tribus les coutumes varient peu; ainsi que le docteur Forwood, médecin-major de l'armée des États-Unis, l'a constaté pendant une longue résidence aux forts Larned et Sill (1).

(1) Pallegaix, *Descrip. du roy. Thai*, I, p. 223, et Corre, *loc. cit.*, p. 97.

(1) *Saint-Louis Courier of med.*, 1882.

Contributions pharmaceutiques.

FORMULES DANS LESQUELLES LA VASELINE OU PÉTRÉOLINE REMPLACE L'AXONGE AVEC AVANTAGE.

La pommade soufrée et le cérat soufré doivent désormais être remplacés par la vaseline soufrée.

Soufre (1) lavé et surtout porphyrisé.	10 grammes.
Vaseline	90 —

Faites fondre la vaseline à une douce chaleur, versez-la sur le soufre par petites parties, et triturez jusqu'à complet refroidissement.

Cette préparation est un progrès pharmaceutique incontestable; elle ne tardera pas à devenir classique. Personne ne regrettera les pommades soufrées du Codex, qui ont une odeur si désagréable et s'altèrent si rapidement.

Dans toutes les préparations où il entre du soufre, je ne saurais trop recommander de le prescrire *porphyrisé*. La pommade est plus onctueuse et plus active.

Les pharmaciens soucieux de leur art prennent toujours cette précaution; mais d'autres sont plus indifférents à la qualité de leurs préparations, et, pour peu que mes lecteurs aient la curiosité de s'en rendre compte, ils n'auraient qu'à se frictionner le creux de la main avec une pommade soufrée quelconque. Ils sentiraient les aiguilles du soufre sublimé, et se figureraient alors aisément le mauvais effet que produit cette pommade quand elle est appliquée sur le visage ou sur une partie sensible. C'est pour obvier à cet inconvénient que j'ai insisté auprès de la commission du Codex pour que la fleur de soufre ne fût admise dans les pommades qu'à l'état porphyrisé.

La vaseline chauffée à 150 degrés, en présence du soufre, en dissout 6 pour 100. Cette dissolution pourra peut-être trouver son utilité en thérapeutique, car souvent le soufre agit à très petite dose.

Pommade d'Helmerich.

Soufre porphyrisé	10 grammes.
Carbonate de potasse	5 —
Eau distillée	5 —
Vaseline jaune	40 —

Dissolvez à chaud ce sel dans l'eau, ajoutez-y le soufre et la vaseline; renversez le tout dans un mortier légèrement chauffé, et triturez jusqu'à complet refroidissement.

(1) Dans le nouveau Codex, les préparations à base de soufre ont toutes été portées à 10 pour 100.

Cette pommade ne durcit point et peut se préparer à l'avance, ce qui la fera toujours préférer à celle faite avec l'axonge.

Pommade pour les lèvres.

Vaseline colorée	100 grammes.
Cire blanche	50 —
Carmin	50 centigrammes.
Essence de roses	50 —

Faites liquéfier la pétréoline avec la cire à une douce chaleur, ajoutez-y le carmin délayé à part et l'essence, et coulez dans des moules ou dans des boîtes.

Cette préparation est bien supérieure à tout ce que nous avons en ce genre, et son succès est certain.

(Pour moi, je préfère la glycérine de Price à toutes les pommades pour les lèvres.)

En terminant, je rappellerai que les pommades de Lyon, de Régent, de Scherrer, de Farnier, de Desault, ne doivent être formulées qu'avec la vaseline.

Parmi les nombreuses formules magistrales publiées par les détenteurs de la pétréoline, celles que je conseille aujourd'hui sont les seules dont le besoin se fasse véritablement sentir.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie expérimentale.

De l'importance du réseau lymphatique périphérique, par le docteur Onimus.

La lecture que nous avons eu l'honneur de faire devant l'Académie avait pour but de démontrer que le réseau lymphatique périphérique joue un rôle important dans les changements de coloration de la peau. L'étude de la physiologie et de la pathologie du système lymphatique a été d'ailleurs très négligée jusqu'à présent, et cependant il suffit de jeter les yeux sur les belles préparations de M. Sappey pour se rendre compte de la richesse et partant de l'importance de ce système.

Nous voyons, en effet, qu'il existe un réseau lymphatique superficiel qui en certaines régions est presque contigu, et qui offre par place des distensions variqueuses plus ou moins considérables. La paroi de ces lymphatiques renferme des fibres musculaires lisses, et le contenu est un liquide jaune pâle translucide offrant parfois une légère coloration opaline.

Appelé un jour, à quelques milles du fort, dans un campement de Commanches, pour donner des soins à une femme en travail, déjà mère de deux enfants, il fut introduit dans la hutte de la parturiente. Trois poteaux de bois étaient disposés au milieu de l'habitation, et à chaque douleur la femme s'appuyait sur l'un de ces poteaux, tandis que l'une des assistantes, debout ou agenouillée, comprimait l'abdomen. Le nombre de ces assistantes était grand, mais aucun homme n'avait le droit de pénétrer dans l'habitation.

Dans une hutte voisine, le chef des sorciers de la tribu faisait entendre un bruit assourdissant, dans le but, paraît-il, de venir en aide à la parturiente. Chants, cris, danses autour d'un foyer ardent, sauts, jongleries avec des couteaux, tels sont les moyens traditionnels pour chasser les esprits, dont le séjour dans le corps de la femme empêche l'accouchement de suivre un cours normal. Ces pratiques sont générales chez les peuples superstitieux, qui attribuent aux influences magiques le pouvoir de combattre les mauvais esprits. Il y a longtemps déjà que Demeunier a retracé la coutume (1) de certaines tribus indiennes de se réunir avec des chaudrons et des ustensiles de cuisine et de les frapper à coups redoublés pour mettre en fuite ces esprits malfaisants. C'est ainsi encore que, d'après le docteur Forwood, un des chefs de la tribu revêt ses habits de guerre, enfourche son meilleur coursier, et, véritable Don Quichotte, caracole, les armes à la main, autour de la hutte de la parturiente, poursuivant l'ennemi imaginaire et le mettant en fuite. Ces pratiques seraient souveraines pour déterminer l'expulsion rapide du fœtus!!! En tout cas, elles ne sont guère inférieures en mérites au cordon bleu de saint Joseph, à l'oraison de l'archevêque de Panorme, aux cierges que les *dames galantes* de Brantôme envoyaient à Notre-Dame de Montferrat, et aux *amulettes de Saturne* de nos grand'mères.

L'accouchement s'opère sur le lit, ainsi que la délivrance.

(1) Demeunier, *L'esprit des usages des différents peuples*. Londres, 1776. t. I, liv. IV.

On conçoit que ce liquide blanchâtre, qui est renfermé, point important, dans des parois contractiles, puisse influer sur la coloration de la peau et modifier par sa présence ou par son absence l'aspect de la couche périphérique du réseau sanguin. Si la lymphe est abondante, la couleur rouge des vaisseaux sanguins sera atténuée et la peau paraîtra blanche; si la lymphe est rare et si le réseau lymphatique est complètement vide, la coloration du réseau sanguin prédominera et la peau sera plus ou moins rouge.

Ainsi, à priori et anatomiquement, on doit admettre que la coloration de la peau dépend non seulement des capillaires sanguins, mais encore des capillaires lymphatiques plus superficiels.

Cette notion facilite l'explication de beaucoup de phénomènes physiologiques et pathologiques, qui paraissent contradictoires lorsque l'on ne tient compte que des modifications du système sanguin.

Il va sans dire que la réplétion, de même que la vacuité, de ce réseau superficiel dépend de l'état de contraction des fibres lisses renfermées dans les parois, et par conséquent que l'aspect de la peau subit les variations qu'entraînent le resserrement ou la dilatation des vaisseaux lymphatiques.

La rougeur de la peau survient dans beaucoup de circonstances, et l'on a toujours fait intervenir comme cause unique les modifications qui ont lieu du côté des capillaires sanguins. Il est incontestable que cette cause est importante, mais elle n'est pas exclusive. Nous ferons remarquer tout d'abord qu'après une excitation modérée la coloration est souvent persistante pendant des heures, et que les limites en sont strictement et rigoureusement définies. Or, il y a cette différence considérable entre les parois des vaisseaux sanguins et celles des vaisseaux lymphatiques que, pour les premiers, la constriction ou le relâchement provoqué sur un point se propage sur une certaine étendue, et que ces phénomènes sont toujours d'une durée assez courte; tandis que les fibres lisses des lymphatiques se contractent isolément, et que leur contraction, comme l'ont constaté sur les chylifères M. Colin (d'Alfort) et MM. Bert et Lafont, peut durer plusieurs heures consécutives.

C'est donc forcément aux modifications du système lymphatique que l'on doit attribuer les changements de coloration persistants. Voici d'ailleurs la succession des phénomènes tels qu'on les observe dans les réseaux périphériques. Si l'on détermine une excitation légère avec un corps quelconque, on constate au premier moment la formation d'une tache blanche, puis rouge, plus tard rosée. C'est-à-dire qu'au premier moment les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques sont vidés mécaniquement de leur contenu, d'où la tache blanche; mais le sang revient aussitôt dans les capillaires, tandis que la lymphe ne remplit de nouveau le réseau superficiel que très lentement. La peau paraît rouge jusqu'à ce que la lymphe soit en quantité suffisante, et lorsqu'elle prend une teinte rosée, on remarque sur le fond rouge primitif qu'il s'est formé de petits îlots d'aspect blanc plus ou moins épais, qui sont évidemment produits par de la lymphe distendant par place les vaisseaux lymphatiques. Nous ferons en même temps remarquer que la tache blanche, puis rouge, a la forme exacte du corps extérieur, ce qui ne pourrait avoir lieu aussi nettement par la contraction ou par le relâchement des capillaires sanguins.

Si l'excitation mécanique est plus forte, les modifications de coloration sont un peu plus compliquées. Du côté des capillaires sanguins, comme on peut le constater au microscope, le sang, après avoir été chassé presque complètement, revient en plus grande quantité, et les globules blancs, qui d'ordinaire circulent presque seuls le long des parois, sont mélangés d'une grande quantité de globules rouges. Aussi, après la cessation de l'excitation, et au plus après deux battements artériels, le réseau sanguin est gorgé de sang, et la peau paraît alors d'un rouge vif. Cette coloration est d'autant plus prononcée qu'à ce moment *il n'y a au-dessus des capillaires sanguins aucune lymphe*, car les vaisseaux lymphatiques se sont contractés en même temps, et de plus ils restent contractés.

Chez la plupart des personnes, et surtout chez les femmes et chez les enfants, c'est-à-dire chez les personnes lymphatiques, on peut, pour ainsi dire, assister à la réplétion du réseau lymphatique primitivement contracté. On voit, en effet, après quelques minutes de petites traînées blanchâtres parcourir en tout sens la tache rouge, se distendre peu à peu, et finir par former une surface d'aspect rosé. La plupart du temps, tandis que la ligne reste rouge, il se forme sur chaque bord une élévation blanche qui est due à l'accumulation de la lymphe. En effet, ces raies blanches n'ont nullement l'aspect des parties blanches par absence de sang, et d'ailleurs, lorsque l'élévation est considérable, comme dans certains cas pathologiques, si on vient à l'ouvrir avec une aiguille, elle laisse suinter une goutte de sérum jaune laiteux qui n'est autre chose que de la lymphe.

On sait combien ces phénomènes sont marqués chez quelques personnes, au point que l'on peut écrire, pour ainsi dire, sur la peau. C'est dans ces cas surtout qu'il est impossible de donner une explication rationnelle des phénomènes si l'on ne tient pas compte de la circulation lymphatique.

Nous avons pu observer quelquefois que ces deux élevures ne sont pas égales, et les différences se rapportent manifestement aux conditions de la circulation lymphatique. Dans les premiers temps, en effet, celle qui est du côté du cœur est plus considérable; tandis que le contraire a lieu après quelques minutes; c'est-à-dire que l'excitation a amené pre-

---

Aux hurlements monotones dont les assistantes accompagnaient les plaintes de la parturiente succèdent aussitôt après de bruyants cris de joie. Sans prendre cure du nouveau-né, la mère elle-même se mêle à la foule et s'associe à ses bruyantes clameurs.

L'enfant est-il du sexe masculin? un vieillard investi de cette mission le reçoit des mains de l'accoucheuse. L'enfant est-il une fille? une vieille matrone s'en empare et se charge de son éducation. Le docteur Forwood a été témoin de la scène suivante. Un vieillard prit le nouveau-né entre ses bras, et apposa sur la bouche, sur la poitrine et au niveau du cœur un objet qui paraissait être une balle. Cette coutume a sans doute pour but d'inspirer au futur guerrier les vertus militaires et le mépris du danger. C'est alors que, s'avançant vers l'enfant, lui maintenant la tête et le cou, le chef des sorciers de la tribu lui souffla dans la bouche avec effort et comme s'il faisait pénétrer quelque chose dans le corps.

Le cordon est lié et coupé environ à un pied de l'ombilic; le placenta, enlevé aussitôt, est caché mystérieusement par les matrones. Dans le cas de rétention de cet organe, on fait usage de la compression abdominale, de tractions sur le cordon, ou de l'arrachement avec la main introduite dans le vagin. De ces pratiques, la malaxation des parois abdominales est commune à de nombreuses peuplades : Crows, Clatrops, en Amérique; nègres au Sénégal, et autres encore. L'extraction du placenta avec la main est une coutume moins usuelle. Elle est aussi celle des Kootewaïs, qui, d'après le docteur Corre, la font suivre de l'administration d'une décoction d'une certaine racine douée de la propriété d'arrêter l'hémorrhagie (1).

Il faut noter enfin que, si les Peaux-Rouges possèdent encore une naïve crédulité et des mœurs obstétricales très primitives, ils ont du moins une qualité qui n'est pas toujours celle des citoyens des nations plus policées. Ils payent scru-

(1) Corre, *loc. cit.*, p. 89.

mièrement un plus grand afflux de la lymphe vers le centre, et qu'après cela la lymphe continuant à affluer peu à peu, se trouve arrêtée devant les vaisseaux lymphatiques qui restent contractés, et elle distend alors les vaisseaux qui aboutissent à ce resserrement local.

Nous avons été amené à étudier d'une façon plus précise ce changement de coloration de la peau par les contradictions que nous constations entre les résultats obtenus par l'électrisation sur l'homme et sur les animaux. En effet, pour prendre de suite l'exemple qui est le moins contesté, on sait que les courants induits amènent le resserrement des vaisseaux, ce que l'on peut constater et à l'œil nu et au microscope. La faradisation cutanée, au contraire, amène constamment une rubéfaction très marquée et, comme en ce moment il y a diminution du calibre des vaisseaux sanguins, on ne peut évidemment expliquer cette coloration que par la vacuité du système lymphatique. La rougeur d'ailleurs est nettement limitée aux points irrités, et la lymphe dans ce cas, au lieu de s'accumuler en élévations blanches, s'étend en nappe tout autour de ces points.

Avec les courants continus on observe des phénomènes aussi probants. La rougeur est plus rapide et plus uniforme du côté du pôle positif; tandis que du côté du pôle négatif elle est souvent, dès le début, accompagnée d'une plaque blanche centrale un peu surélevée qui a tout à fait l'apparence de contenir un liquide lactescent. Ces taches rouges durent fort longtemps et quelquefois on les retrouve près de dix heures après l'application des tampons; elles sont alors toutes deux toujours surmontées de plaques blanches caractéristiques de l'accumulation de la lymphe.

Or, le pôle positif est celui qui détermine le plus nettement le resserrement des vaisseaux; dans ces conditions son action sur les fibres musculaires lisses est même démontrée par la contraction des éléments musculaires de la peau; car dans les points d'application on remarque pendant quelque temps, le phénomène de la chair de poule. Si cette coloration rouge de la peau était due à la dilatation des vaisseaux sanguins comme on le dit ordinairement, on serait obligé d'admettre que la dilatation a pu se faire isolément, et, chose plus illogique encore, qu'elle a lieu surtout au point où la contraction des fibres musculaires lisses est la plus énergique. Tout s'explique facilement, au contraire, et devient rationnel si l'on admet la contraction du réseau lymphatique.

Ces phénomènes sont la conséquence de la structure des parois des capillaires sanguins et des capillaires lymphatiques; tous deux renferment, il est vrai, comme élément modificateur de leurs calibres des fibres musculaires lisses, mais dans les vaisseaux sanguins la contraction de ces fibres est contre-balancée par les éléments de tissu élastique, et par la pression du sang; par conséquent, à moins de causes mécaniques, il est difficile que le vaisseau ne reprenne pas son volume primitif. Les fibres musculaires lisses qui se trouvent dans les parois des lymphatiques se trouvent, au contraire, isolées, et leur direction est à la fois longitudinale et transversale; d'un autre côté le liquide qui pénètre dans ces tubes n'y arrive que lentement et par la seule impulsion de la *vis a tergo*, force bien différente de celle qui fait progresser le sang des artères dans les veines. Ce n'est donc qu'à la longue que la contractilité est de nouveau sollicitée. De plus la disposition même du réseau lymphatique permet des dilatations plus ou moins considérables, et la formation de ces ampoules qui se produisent au bord des points irrités.

Les changements de coloration de la peau si importants dans les diverses maladies, et même les modifications qui existent d'une personne à l'autre, dépendent donc non seulement de la circulation du sang, mais aussi de celle de la lymphe.

Cette dernière condition si souvent négligée a une importance considérable au point de vue clinique comme au point de vue physiologique. Sans parler des modifications qui amènent certaines maladies, on a reconnu de tout temps qu'il y avait une liaison étroite entre le tempérament de chaque individu et le développement du système lymphatique. D'un autre côté la constitution générale est surtout modifiée par les moyens thérapeutiques qui agissent sur la circulation périphérique, et, par conséquent, dans l'emploi des différents traitements révulsifs tels que: frictions de diverses sortes, électrisation cutanée, bains, hydrothérapie, il faut tenir compte de leur influence sur le réseau lymphatique périphérique.

C'est souvent en grande partie à cette influence que sont dus les avantages de ces agents extérieurs qui ont d'excellents résultats surtout chez les personnes de tempérament lymphatique.

Dans tous les cas, et pour nous résumer, si les excitants de la contractilité des capillaires rougissent la peau à leurs points d'application, cela tient la plupart du temps à la disparition de la couche blanche opaline formée par la lymphe, disparition qui fait mieux apparaître le réseau sous-jacent rouge des capillaires sanguins.

---

puleusement les médecins, quand ils ont recours à leur science, et considèrent une telle omission comme un crime justiciable des peines éternelles de la vie future. Aussi, dans de telles circonstances, le docteur Forwood fut conduit devant la résidence du chef et invité à prendre un cheval de son choix. Est-il beaucoup de nos campagnards qui, pour rémunération, donneraient un semblable *honorarium* au plus dévoué de nos confrères?

Les Indiens Sioux, et surtout les tribus du Grand-Brûlé, sont peu communicatifs et refusent de faire connaître leurs coutumes obstétricales. Le docteur Engelmann a obtenu les renseignements suivants d'un chirurgien militaire du camp Shéridan. Une matrone préside à l'accouchement, et au début du travail la parturiente est debout ou assise. Elle pousse des cris violents pendant l'accouchement qui a lieu dans la station debout; la femme place alors ses bras autour du cou et s'appuie sur les épaules d'un homme vigoureux. L'enfant est reçu par l'accoucheuse, et l'extraction du placenta s'opère rapidement.

Chez ces peuplades, l'instauration menstruelle est l'occasion de grandes cérémonies. Les amis de la famille viennent féliciter la jeune fille et ses parents, et saluent « le premier jour de sa vie de femme ». Pendant la période cataméniale, de même que chez les Hindous (1) et d'autres nations, la femme est mise à l'écart et considérée comme impure; elle doit s'abstenir de toucher à certains objets et de figurer dans les cérémonies publiques.

Les Indiens du Montana donnent à tous les enfants, pendant les deux premières années de leur existence, les noms génériques de Maï, Ira, ou Barkea-Friearea (2), mots par lesquels on désigne les esprits. Plus tard, chacun d'eux reçoit un nom propre. Dans ces mêmes tribus, les naissances gémellaires sont considérées comme une faveur; mais si la fécondité est en honneur, on doit remarquer qu'un grand

(1) Dubois, *Mœurs de l'Inde*. Paris, 1823, t. II, p. 583, et Corre, *loc. cit.*
(2) Engelmann, *loc. cit.*

Thérapeutique médicale.

OBSERVATION DE PNEUMONIE. PYOTHORAX CONSÉCUTIF; EMPYÈME; GUÉRISON PAR LE DRAINAGE A L'ABRI DE L'AIR AU MOYEN D'UNE CANULE A SOUPAPE, par le docteur L. ROGÉE (de Saint-Jean-d'Angély).

OBS. — Le 8 mars 1882, je suis appelé auprès d'un maçon de Saint-Jean-d'Angély nommé Péricaut, âgé de quarante-cinq ans. Cet homme, malade depuis trois jours, est alité de la veille. Il se plaint d'un violent point de côté siégeant sous le mamelon gauche; il a eu un grand frisson après s'être mouillé, il y a trois jours, et depuis ce moment la fièvre ne l'a pas quitté. La face est rouge, la langue saburrale, le pouls à 120. A l'auscultation, quelques gros râles muqueux à droite, restes d'une bronchite dont le malade se plaint habituellement; à gauche et en arrière, une multitude de petits râles très fins, sous-crépitants, siégeant à la pointe de l'omoplate. Un peu de matité à la base; au sommet, les vibrations sont accrues: crachats visqueux, adhérents, un peu rouillés. Température, 39°,2; pouls, 120 (pneumonie simple). — (Poudre d'ipécacuanha, 1gr,20; tartre stibié, 5 centigrammes; en trois paquets. Un vésicatoire de la dimension de la main qu'on laissera appliqué quatre heures; pansement avec ouate jusqu'à action vésicante. Injection de morphine *loco dolenti* avec chlorhydrate de morphine, 8 milligrammes.)

Le 9, dans la nuit, on vient me réveiller; je trouve le malade assis sur son lit, la dyspnée est extrême, la face congestionnée; le point de côté s'est accru. J'applique huit ventouses sèches à la partie antérieure de la poitrine, et je pratique une seconde injection de morphine à 1 centigramme.

Dans la journée, les râles sous-crépitants ont disparu, les crachats sont franchement rouillés. Température, 39°,6; pouls, 124. On entend dans toute la partie supérieure du poumon un souffle rude, marqué surtout en arrière. — (Potion de Todd, avec 4 grammes de teinture de digitale; huit ventouses en avant.)

Jusqu'au 12 les choses suivent une marche normale, mais la résolution ne s'opère pas. La température oscille toujours entre 39 degrés et 39°,8; le pouls, entre 120 et 125. Les crachats rouillés ont disparu pour faire place à des crachats épais et jaunâtres; la matité de la base s'est accrue. En faisant compter le malade, on entend un peu d'égophonie; le souffle du sommet est toujours aussi rude; épanchement peu considérable à la base du poumon gauche. Le point de côté, qui avait cédé, tend à reparaître les jours suivants. Le malade ne prend que sa potion de Todd, un peu de jus de viande et du bouillon. L'épanchement fait peu de progrès. On applique un second, puis un troisième vésicatoire.

Le 23 du même mois, l'épanchement remonte jusqu'à la pointe de l'omoplate; le malade ressent quelques frissons; le point de côté est devenu plus violent; il arrache des cris au malade à chaque accès de toux. Température, 39°,8; pouls, 120.

Le 25, je prie mon excellent confrère, le docteur Bourcy, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin aussi distingué qu'obligeant, de vouloir bien venir m'assister. Avec son aide, je pratique la thoracentèse au lieu d'élection, avec le trocart le plus fin de l'appareil de Potain, et je retire à peu près 1 litre de pus bien lié. Immédiatement, et sans déranger l'appareil, j'injecte 1 litre du mélange suivant : eau-de-vie vieille, 350 grammes; eau commune, 650 grammes, suivant la formule donnée par mon confrère et ami le docteur Jannet (de Cognac), dans un ouvrage en cours d'impression (*De la vieille eau-de-vie de Cognac, de ses usages thérapeutiques, et en particulier de ses usages chirurgicaux*. Cognac, 1882). Je retire de la plaie les trois quarts du liquide injecté.—(Sulfate de quinine, 1gr,50; extrait de quinquina Granval, 2 grammes; poudre de digitale, 60 centigrammes. F. S. A. 20 cachets à prendre matin et soir.)

Les suites de l'opération sont des plus simples; le malade dort mieux la nuit suivante; la toux ne se produit qu'à de rares intervalles. Le lendemain le pouls est à 100; température, 37°,8; le malade demande à manger.

Le 3 avril, l'épanchement s'est reproduit, et avec lui les symptômes précédents (toux, point de côté, fièvre). Je fais une nouvelle thoracentèse avec les mêmes précautions; je retire 1 litre de pus environ bien lié et sans odeur. Injection alcoolisée. L'épanchement se reproduit de nouveau.

Le 8 avril, toujours assisté du docteur Bourcy, je me décide à une opération plus radicale; mais, sous l'empire de certaines idées, et sans rien changer au mode opératoire ordinairement suivi, après anesthésie locale avec l'éther en pulvérisation, je fais au travers de ma plaie costale une ponction dans la plèvre avec un gros trocart que je remplace immédiatement par une sonde en gomme n° 19, percée de plusieurs ouvertures, et terminée par un robinet muni à son extrémité libre d'une soupape en caoutchouc du modèle le plus simple; c'est un tube fermé à une extrémité et fendu dans le sens de la longueur. Les valves s'ouvrent de dedans en dehors; le pus est rejeté avec force à l'expiration, tandis qu'à l'inspiration les valves s'appliquent l'une contre l'autre, et forment une fermeture hermétique qui s'oppose à la rentrée de l'air dans la plèvre. 1 litre et demi de pus louable s'est écoulé à peu près; je ferme le robinet, je retire ma soupape, et, par le drain, je fais l'injection ordinaire d'eau alcoolisée. Je recouvre la plaie de plusieurs doubles de tarlatane, trempés dans le même liquide (eau et eau-de-vie). Le tube, muni de sa soupape, est fixé dans une sorte de petit sac en gaze imperméable destiné à retenir les liquides, et toute la poitrine est recouverte, de la ceinture aux épaules, par une épaisse couche de ouate maintenue par un bandage de corps. Le soir, réaction à peine sensible. Température, 38°,6. On continue les cachets de quinine à la dose de deux par jour; on nourrit le malade.

Le 9, la nuit a été bonne, le malade a dormi sans interruption; un demi-verre de pus à peu près s'est écoulé par la soupape; la respiration s'entend dans la partie supérieure du poumon; le creux sus-claviculaire tend à s'accentuer; les espaces intercostaux sont un peu plus marqués à gauche qu'à droite; la langue est bonne, et le malade mange avec appétit. Le pansement est fait comme la veille; on retire la soupape après avoir fermé le robinet, on injecte un demi-litre de la solution alcoolique, on remet la soupape, et le liquide injecté s'écoule à chaque expiration. Les choses vont ainsi pendant cinq jours. La température oscille entre 37°,4 et 37°,8; le pouls, toujours élevé, se maintient entre 100 et 110.

Le 16. Ce jour-là, le pus qui s'est écoulé est un peu sanguinolent; j'attribue cette coloration à la pression exagérée que le

---

nombre d'enfants succombent à la diarrhée et au marasme quand les mères nourrices deviennent enceintes.

Chez les Modocs et les Klamaths, les hommes doivent s'abstenir de gibier et de poissons pendant les cinq jours qui suivent la naissance d'un enfant, et la mère durant dix jours. A chaque époque menstruelle, les femmes évitent de prendre une nourriture animale pendant cinq jours, et doivent demeurer à l'écart de tout homme de la famille. Après un avortement, elles observent les mêmes coutumes, qui sont également celles de certaines peuplades de la côte d'Afrique.

Chez quelques peuplades, le père quitte le campement de la tribu ou l'habitation de famille pendant les jours qui suivent l'accouchement. Chez les Sioux, cette absence dure une semaine quand l'enfant est un premier-né. Pendant ce temps, d'après le docteur Everett, les parents et les amis se livrent à des réjouissances qui consistent, si l'enfant est du sexe masculin, dans des festins de chien bouilli.

Les Indiens des Etats-Unis n'emploient pas de médicaments pendant le travail de l'accouchement. Toutefois, le docteur Engelmann signale une pratique dont le docteur Créveaux (1) a été aussi témoin, chez les Roucouyennes de l'Amérique du Sud. La parturiente prend des bains de vapeur en se couchant au-dessus d'un vase plein d'eau dans lequel on introduit des pierres rougies au feu. Il y a bien loin, me direz-vous, de ces pratiques à l'usage des bains russes? J'en conviens; mais, il faut l'avouer, la distance n'est guère plus grande qu'entre les mœurs agrestes d'un robuste paysan bas-breton et les raffinements de nos délicates Parisiennes, « à l'âme de gaze et de dentelles, » comme les appelait Napoléon.

Dr Ch. ELOY.

(1) *Tour du Monde*, XL, p. 96.

poumon subit de dehors en dedans, et à la congestion qui en est la suite. Je ne trouve rien à l'auscultation qui me confirme dans cette manière de voir. Inquiet cependant sur les suites de mon expérience, j'enlève la soupape; l'air rentre au premier effort de toux en produisant des gargouillements dans le tube. Je fais mon pansement comme à l'ordinaire, en supprimant cependant la soupape. La toux continue; mais, forcé par le temps, je suis obligé de partir en voyage. A mon retour, on m'appelle en toute hâte, la toux n'a pas cessé depuis mon départ; je trouve le malade assis sur son lit, la face ruisselante de sueur; les accès de toux continuels ne lui laissent pas une minute de repos. Je défais le pansement au plus vite, il n'est sorti que quelques gouttes de pus; mais la dépression costale et sus-claviculaire a complètement disparu pour faire place à une voussure. La sonorité du sommet est tympanique, un pneumo-thorax s'est formé de toutes pièces. Je fais coucher mon malade sur le côté sain, de façon que ma plaie thoracique se trouve à la partie la plus élevée du corps. Après avoir enlevé le pansement, je pousse deux ou trois injections par le tube, qui se trouve situé maintenant dans une position verticale. L'injection gagnant les parties déclives, chasse l'air, qui vient sortir, bulle par bulle, entre le drain et la paroi thoracique. Quand j'ai évacué tout ou partie de cet air, remplacé par le liquide de l'injection, je remets ma soupape; le liquide s'écoule petit à petit, et les accès de toux se calment presque immédiatement. La nuit est un peu plus agitée que de coutume, mais le lendemain tout est rentré dans l'ordre. Le pus va diminuant de jour en jour.

Le 25, il ne sort à chaque injection qu'une cuillerée à café à peine de pus. L'appétit est excellent, le sommeil calme, le poumon perméable dans les deux tiers supérieurs.

Le 1er mai, je commence à diminuer la longueur du tube. Le 13 du même mois je le sors tout à fait Le malade est guéri.

Réflexions. — Le pyothorax, lorsqu'il ne se termine pas par une vomique pulmonaire, et que le médecin est forcé d'intervenir pour donner issue au pus, est une des lésions les plus longues à guérir. En effet, l'espace laissé dans la poitrine après l'écoulement du pus constitue une plaie dont les parois n'ont aucune tendance à se rapprocher. L'air, appelé du dehors à chaque effort de toux, peut amener et amène quelquefois les complications que la méthode antiseptique est souvent impuissante à prévenir. Pour que la cicatrisation s'opère, il faut que le poumon vienne au contact de la plèvre costale, ou que les côtes rapprochées par des brides de tissus cicatriciels rétractiles comblent le vide laissé par le retrait du poumon. De toutes les façons, il y a déformation de la cage thoracique et souvent une suppuration interminable qui emporte les malades. J'ai pensé que si l'on pouvait évacuer les liquides sans permettre la rentrée de l'air, et cela d'une façon incessante, de manière qu'ils s'écoulent presque à mesure qu'ils se forment, on pourrait, dans une certaine mesure, favoriser le déplissement du poumon et diminuer par cela même le retrait de la paroi thoracique.

L'événement m'a donné raison, et je crois avoir réduit au minimum la déformation thoracique et la diminution de la capacité respiratoire du côté atteint. Ce qui m'avait guidé dans cette expérience, c'est ce fait constaté que le pyothorax terminé par vomique guérit bien plus souvent qu'après opération. Justement, parce que l'accès de l'air à travers un trajet sinueux et rétréci est plus difficile, et quelquefois même impossible, par un mécanisme analogue à celui que j'ai essayé de produire artificiellement, — présence de valvules, par exemple.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES

Association française pour l'avancement des sciences (Session de La Rochelle, 1882).

(Fin. — Voyez les numéros 35 et 36.)

Section des sciences médicales.

SÉANCE DU 28 AOUT 1882 (SUITE).

Anatomie pathologique clinique. — Traction dans les accouchements. — Mensuration de la poitrine dans la pleurésie — Névropathie. — Géologie des eaux minérales. — Épithélioma kystique de la clavicule. — Micro-organismes des eaux potables. — Suette miliaire chronique.

M. *François-Franck* lit, au nom de M. *Quinquaud* (de Paris), une note dans laquelle l'auteur, après avoir rappelé les services que rendent chaque jour les recherches micrographiques appliquées à l'anatomie pathologique, montre quels bénéfices retireraient les pathologistes des études cliniques dirigées dans le même sens. Cette anatomo-pathologie chimique, à peine entrée dans le domaine scientifique, a déjà donné d'importants résultats. Elle a fait voir qu'un grand nombre de maladies n'ont d'autre cause que des troubles de nutrition des éléments anatomiques mettant en liberté dans l'organisme des matériaux de déchet.

— M. *Paul Landowsky*, au nom de M. *Courty*, lit un travail sur quelques affections peu connues de la portion cervicale de l'utérus comme cause de stérilité. On peut classer ces causes en quatre catégories : 1° altérations de la mobilité et de la sensibilité du col, très difficiles à constater, sauf celles qui s'accompagnent de douleur; 2° altérations de sécrétion, fréquentes et très importantes pour les mouvements et la vie des spermatozoïdes; 3° altérations de nutrition : petitesse du col; atrophie de tous les tissus qui le composent; hypertrophie; 4° altérations morbides; dégénérescences diverses.

— M. *Pros* (de La Rochelle) présente un mémoire sur la méthode des tractions dans les accouchements difficiles. D'après l'auteur, on néglige trop les tractions mécaniques, qui dispenseraient dans la très grande majorité des cas de la céphalotripsie et de l'opération césarienne. Il présente un forceps et un appareil à traction (sorte de treuil) qui permettent de faire sans efforts pour l'accoucheur et sans danger pour la femme les accouchements les plus laborieux.

M. *Rousselle* (de Genève) a autrefois étudié avec Joulin la méthode des tractions appliquées aux accouchements. Il a fait construire un tracteur, avec lequel il croit toujours possible de terminer heureusement un accouchement dans les cas de rétrécissement à 70 millimètres en employant une force de 60 kilogrammes.

— M. *Pitres* (de Bordeaux) communique un résultat très intéressant sur un point de la séméiologie de la pleurésie. Depuis Laennec on sait que, dans les épanchements pleurétiques abondants, la poitrine paraît *à la vue* dilatée du côté malade, tandis qu'*à la mensuration* elle semble diminuée de volume. Les conditions de la dilatation *à la vue* sont bien connues : saillie et agrandissement des espaces intercostaux, augmentation de la pression intrapleurale qui tend à rendre la poitrine cylindrique. Mais pourquoi à la mensuration cette ampliation du thorax disparaît-elle? Cela tient à ce que, dans les épanchements abondants, le thorax, ainsi que l'ont montré les expériences de Peyrot, en 1876, se transporte en masse du côté sain et subit une déformation générale heureusement désignée sous le nom de déformation oblique ovalaire. Ce fait est facile à mettre en relief par l'expérience suivante, que M. Pitres pratique journellement dans son service et qu'il désigne sous le nom d'*expérience du cordeau*. Un fil est tendu du milieu de la fourchette sternale (point fixe) à la

symphyse du pubis : s'il n'y a pas de déformation, le fil passera par le milieu du sternum; s'il y a déformation, le fil laissera le sternum plus ou moins obliquement incliné du côté sain.

— M. *Burot* lit un travail sur les névropathies consécutives aux maladies aiguës.

— M. *De Villanova* fait une communication sur les rapports des études hydrominérales avec la géologie considérés dans la station de Lalinetas (Alicante).

— M. *René Leclerc*, au nom de M. *Inchard* et au sien, rapporte une observation d'épithélioma kystique de la clavicule opéré avec succès. Il s'agit d'une dame de quarante à quarante-cinq ans, portant une tumeur volumineuse de la région claviculaire droite, tumeur développée très rapidement en quelques mois, presque sans douleur et présentant des battements très nets. L'opération, faite par M. Verneuil, a consisté dans l'extirpation pratiquée presque uniquement avec les doigts pour éviter l'ouverture des vaisseaux. Un pansement antiseptique ouvert a été appliqué et la malade a guéri sans aucune espèce d'accident. L'examen histologique de la pièce a montré qu'on avait affaire à un épithélioma kystique de la clavicule. Ce genre de dégénérescence de la clavicule est rare; ce qui rend ce fait encore plus intéressant, c'est que avant l'opération on n'avait constaté chez la malade aucune tumeur capable d'expliquer la nature du néoplasme claviculaire. Fallait-il donc admettre un épithélioma primitif? Depuis l'opération la malade a présenté des troubles du côté de l'estomac, qui font redouter une lésion organique de ce viscère.

— M. *Certes* est parvenu à fixer, au moyen de l'acide osmique et d'autres réactifs, un certain nombre de micro-organismes contenus dans les eaux potables. Il pense que l'examen micrographique des eaux doit compléter leur analyse chimique : c'est du reste ce qu'a fait, à l'étranger, Maggi (de Pavie).

— M. *Pineau* a recueilli plusieurs observations de suette miliaire chronique et a fait un travail pour montrer qu'un certain nombre d'accidents, mis sur le compte du paludisme, doivent être attribués à la forme chronique de la suette.

— A la fin de la séance, M. *Parrot* est élu président de la section des sciences médicales du congrès pour l'année 1883.

— La journée du mardi 29 août ayant été employée à des excursions générales à Saintes et à Rochefort, il n'y a pas eu de séance de sections.

SÉANCE DU 30 AOUT.

Fonction des nerfs phréniques. — Figure d'un pilon sur un ancien vase. — Tumeurs ombilicales. — Double conscience. — Résection du poignet. — Mortalité en Grèce. — Prophylaxie en général. — Plaie grave de la cavité abdominale. — Flèches enkystées des os. — Hypertrophie du cœur, suite des lésions des nerfs de l'intestin et de l'estomac. — Sections nerveuses.

M. *François-Franck*, au nom de MM. *Hénocque* et *Eloy*, lit un travail sur les fonctions des nerfs phréniques et les contractions du diaphragme. Nous publierons *in extenso* ce travail.

— M. *Rivière* présente un fragment de vase remontant à l'époque romaine, trouvé dans le percement de la rue Gay-Lussac, et sur lequel on voit en relief un individu dont la jambe fléchie dans l'articulation du genou repose sur le sol par l'intermédiaire d'un appareil prothétique (pilon).

— M. *Nicaise* communique deux observations de tumeur ombilicale de nature différente. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme atteinte de cancer de l'utérus et portant depuis longtemps une hernie ombilicale irréductible et très dure. On pensa à un épiplocèle devenu cancéreux et on ne mit pas en doute que tout l'épiploon était dégénéré. A l'autopsie, on ne trouva que la partie herniée atteinte de cancer, le reste de l'épiploon était absolument sain. On peut se demander si les chocs fréquents auxquels était soumis l'épiploon hernié ne sont pas pour quelque chose dans sa dégénérescence. La seconde observation est relative à la thérapeutique des tumeurs ombilicales. Il s'agit d'une femme présentant au niveau de la cicatrice ombilicale une tumeur du volume d'une noix, sessile, mais présentant à sa périphérie un sillon profond. Avant toute intervention, un petit morceau de la tumeur enlevé et soumis à l'examen microscopique montra qu'on avait affaire à un épithélioma. L'opération résolue fut conduite de la façon suivante : une incision longitudinale et verticale de la tumeur, pour savoir à quelle profondeur elle pénétrait, conduisit jusqu'au péritoine qui était sain, puis deux incisions elliptiques se regardant par leur concavité circonscrivirent le néoplasme qui fut aisément et largement enlevé. Trois points de suture réunirent les lèvres de la plaie qui guérit très rapidement.

— M. *Azam* rend compte de l'état dans lequel se trouve actuellement Félida X..., cette femme qui présente ce curieux phénomène de la *double conscience* et dont il a déjà entretenu bien des fois les Sociétés savantes. Aujourd'hui, Félida X... a trente-neuf ans; sa condition *seconde*, autrement dit son état pathologique, a remplacé son état sain; ce n'est que de temps à autre et pour quelques moments seulement qu'elle revient à son état normal; en un mot, l'état mental qui jadis était chez elle la règle, est devenu l'exception.

— M. *David* a étudié la carie dentaire chez les ataxiques. Cette carie occupe la partie antérieure de la couronne des dents, tandis que la partie postérieure reste saine. La partie altérée a une coloration rouge et la consistance d'un bois mou. On peut rapprocher ces lésions de celles des ongles qu'on observe aussi chez les ataxiques. On peut les rapprocher encore des troubles des organes sensoriels.

— M. *Ollier* (de Lyon) rapporte les résultats que lui a donnés sa pratique des résections du poignet. Grâce aux procédés opératoires, grâce surtout aux méthodes de pansement, ces résultats sont bien supérieurs à ceux qui auraient été obtenus il y a quelques années. Sur quatorze opérés, il n'y a eu que deux morts : le premier de ces malades qui ont succombé était atteint d'une double arthrite des poignets, c'était un paludique, il eut des hémorrhagies répétées qui forcèrent à amputer, mais sans succès; le second, âgé de cinquante-cinq ans, fut emporté par une gangrène septique aiguë. D'une façon générale, on est conduit à faire la résection du poignet à la suite d'un traumatisme de l'articulation, dans un but orthomorphique; en troisième lieu, lorsque l'articulation est le siège d'une suppuration chronique abondante. Les méthodes actuelles de pansement permettent de conserver le plus souvent l'articulation du poignet lésée par un traumatisme; rarement on opérera dans un but orthopédique, cependant M. Cellier pense qu'on pourrait être en droit de le faire. Restent les réactions pathologiques. Dans la grande majorité des cas, pour le chirurgien de Lyon, on doit intervenir. La vieillesse même ne serait pas une contre-indication, à condition que le sujet se porte bien. Pour ce qui est de la tuberculose, il faut distinguer les malades qui, affaiblis par une longue suppuration, présentent des signes de tubercules dans les poumons, et ceux qui ont des lésions pulmonaires primitives que la suppuration du poignet est venu compliquer. Il faut opérer les premiers, s'abstenir chez les seconds. Quant aux procédés opératoires, ils consistent d'abord dans l'incision dorsale brisée qui donne suffisamment de jour en ménageant les tendons du pouce, on détache ensuite le périoste des os à enlever en modérant son grattage, car on risquerait d'emporter toute la membrane ostéogénique; pour la même raison, le raclage des fongosités doit être fait avec précaution; on doit cependant chercher à enlever tous foyers de sup-

puration, tous follicules tuberculeux : quelquefois il sera bon de cautériser au fer rouge les parties suspectes. Jamais on ne devra chercher la réunion par première intention. Lorsque la réparation organique est terminée, il ne faut pas abandonner les malades, mais les soumettre à un traitement orthopédique et fonctionnel qui leur permettra de récupérer la force et les mouvements de la nouvelle articulation.

M. *Verneuil* est de l'avis de M. Ollier sur deux points : l'abandon des résections traumatiques et la pratique des résultats anaplastiques dans un petit nombre de cas; mais il s'éloigne complètement du chirurgien lyonnais sur le troisième point : l'utilité des réactions pathologiques. Souvent, elles entraînent la mort du sujet ou elles donnent de si mauvais résultats qu'on est obligé d'amputer consécutivement. Qu'on suive les malades réséqués pour une arthrite tuberculeuse, et on verra que, dans un temps plus ou moins rapproché, ils auront succombé à la tuberculose pulmonaire! La résection n'aura été pour eux qu'un palliatif.

— M. *Oton Stephanos* donne communication des principaux résultats de ses recherches sur la mortalité en Grèce par saisons. D'après les données moyennes de quatorze ans (1864-1878), la mortalité en Grèce présentant son minimum pendant le mois de mai (1,47 décès sur 1000 habitants), elle s'élève brusquement aux mois de juin (1,68) et de juillet (1,84) et atteint alors le degré le plus élevé de toute l'année. S'affaiblissant un peu pendant le mois d'août (1,80), elle se maintient à peu près au même niveau en septembre (1,799), pour s'élever un petit peu en octobre (1,83), et s'abaisser de nouveau, mais faiblement en novembre (1,78). Après une élévation peu considérable pendant le mois de décembre (1,81) et de janvier (1,82), elle commence à s'abaisser, d'abord bien faiblement en février (1,75), mais par la suite, en mars (1,57), brusquement, tandis que plus tard, après avoir retardé sa chute, en avril (1,55), elle continue à s'abaisser considérablement en mai (1,47), quand elle atteint le degré le plus faible. La mortalité est ainsi la plus élevée en automne (5,41), la plus faible au printemps (4,59), tandis que l'été (5,32) et l'hiver (5,38) occupent les places intermédiaires. Les observations d'Hippocrate sur la mortalité relative dans les pays helléniques concordent en général avec les résultats actuels.

M. Stephanos examine ensuite la distribution de la mortalité sur le sol grec par saisons, ainsi que les facteurs principaux qui agissent sur elle. Pour ce qui concerne la malaria, quoique la Grèce soit un des pays de l'Europe les plus affligés par elle, l'étude des données statistiques l'a conduit à ce résultat : que, pendant l'été, les fièvres pernicieuses ne jouent en général qu'un rôle secondaire comme cause léthifère, même dans la majorité des districts les plus marécageux de la Grèce, la première place appartenant à la diarrhée infantile; et que la part la plus considérable qui revient à la malaria dans la mortalité automnale est due surtout à ce qu'elle rend les organismes, déjà affaiblis, plus aptes à être frappés par d'autres causes nosogènes et surtout par le refroidissement.

— M. *Dagrève* propose quelques moyens usuels de prophylaxie en général, consistant dans l'emploi de lavages avec des solutions saturées de substance antiseptique, des locaux où auront séjourné les malades atteints d'affections contagieuses. Par ces moyens à la portée de tout le monde, l'auteur a toujours conjuré les épidémies de variole, de rougeole, de fièvre puerpérale, etc., dans la localité où il exerce.

— M. *Prunières* rapporte l'histoire d'un conducteur de char à bœufs qui, tombant sur un pieu très aigu, eut la cavité abdominale traversée de la région lombaire droite (point d'entrée) à l'hypochondre du même côté, au-dessous du rebord des fausses côtes (point de sortie). Le malade n'eut aucune espèce d'accidents et guérit en trois semaines.

— Après cette communication, M. *Prunières* présente plusieurs ossements humains contenant des flèches en silex enkystées dans leur intérieur.

— M. *Potain* a attiré l'attention, il y a déjà quelques années, sur les lésions hypertrophiques du cœur survenant à la suite de lésions des nerfs de l'intestin et de l'estomac. Depuis, il a observé trois cas qui permettent d'expliquer par le même mécanisme (retentissement sur le cœur par voie réflexe) l'hypertrophie de cet organe. Dans le premier cas, il s'agit d'un officier atteint de névralgie du plexus brachial gauche à la suite d'une amputation du bras; dans le second fait, il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans environ qui, ayant eu vers l'âge de douze ans une fracture comminutive du bras gauche, eut sous l'influence de fatigue exagérée, à l'âge de vingt ans, des douleurs névralgiques du plexus brachial; enfin, dans la troisième observation, c'est un homme qui, ayant eu une rétraction du bras gauche le long de la poitrine à la suite d'une blessure de l'aisselle par coup de feu, fut soumis à des tractions violentes de la part d'un chirurgien. Chez ces trois malades, on constate une hypertrophie du cœur. On peut expliquer ce retentissement sur le cœur par les connexions nerveuses qui existent entre le plexus cardiaque et les nerfs du bras; ici, la marche est inverse de celle qui a lieu dans l'angine de poitrine (douleur propagée au bras gauche).

M. *Verneuil* cite un fait analogue chez un homme atteint de conicité physiologique d'un moignon d'amputation du bras gauche. La douleur du moignon avait développé après quelques années une cardiopathie manifeste, que la résection des névromes douloureux parvint à enrayer.

— Au début de la séance du jeudi 31, M. *François-Franck* présente, au nom de M. *Verdin*, plusieurs instruments ingénieux qui permettent les sections nerveuses précises et les excitations faciles des bouts périphérique et central.

— M. *L.-H. Petit* lit les conclusions de quelques rapports envoyés à la section.

— L'ordre du jour des séances étant épuisé, M. *le Président* déclare terminés les travaux de la section et lève la séance.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 4 SEPTEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

La fièvre typhoïde a Paris. Période de 1875 a 1882 (1er semestre). Mémoire de M. *de Pietra Santa*. — Voici les principales propositions contenues dans ce travail :

1° La multiplicité des influences typhoïgènes. leur accumulation dans les épidémies à évolution rapide et à mortalité considérable, et, enfin, leur dissociation dans les groupes humains soustraits au milieu morbifique, indiquent clairement que la cause de la fièvre typhoïde est *inconsistante* et *décomposable*, et que, dans la généralité des cas, elle ne se synthétise pas en un *agent unique*, *préformé*, offrant les attributs de causes exclusives ou spécifiques.

2° L'enquête à laquelle l'auteur s'est livré a établi les faits suivants : *a*, l'existence, dans les grands centres de population, d'une fièvre qui, malgré les dénominations diverses qu'elle reçoit dans ces différents pays, possède une physionomie spéciale et caractéristique, dite *état typhique* ou *typhoïde*; — *b*, la recrudescence, à des époques variables (entre les mois de juillet et de novembre), de la maladie qui existe partout dans des conditions d'endémicité, recrudescence parfois assez notable pour prendre les apparences d'une véritable épidémie; — *c*, la diminution constante et progressive de l'état endémique de la fièvre typhoïde, en nombre et en gravité, au fur et à mesure que les grands travaux d'assainissement et

d'hygiène générale ont reçu un développement plus considérable et plus intelligent (Londres, Turin, Munich, Zurich, Dantzig, Breslau, etc., etc.).

3° Les statistiques médicales fournies par la préfecture de la Seine et par le Conseil d'hygiène et de salubrité, démontrent : *a*, que c'est régulièrement dans les mois d'avril et de novembre que la fièvre typhoïde fait le plus de victimes à Paris ; — *b*, que la distribution de la fièvre typhoïde est inégale dans les divers arrondissements ; — *c*, qu'il n'existe pas de rapport direct et constant entre le chiffre des décès par fièvre typhoïde et les chiffres de la population de l'arrondissement, de sa superficie, de sa densité de population, de sa mortalité générale.

En résumé, la statistique médicale vient à l'appui de l'observation clinique, pour démontrer l'impossibilité de rattacher la fièvre typhoïde à une cause unique, telle que l'*origine fécale* de l'école anglaise. (Renvoi au concours de statistique.)

ACTION EXERCÉE PAR L'HÉLÉNINE SUR LES BACILLUS DE LA TUBERCULOSE. Note de M. *de Korab*. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie, à laquelle s'adjoindront MM. Pasteur et Bouley.)

DE LA BACTÉRIDIE SYPHILITIQUE ; DE L'ÉVOLUTION SYPHILITIQUE CHEZ LE PORC. Mémoire de MM. *L. Martineau* et *Hamonic*. (Voy. le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*.)

PRÉPARATIONS MICROSCOPIQUES. — MM. *Th. Bokorny* et *O. Lœw* adressent, de Munich, une série de préparations microscopiques, accompagnées d'un mémoire imprimé, et destinées à démontrer les différences qui existent entre le protoplasma vivant et le protoplasma mort. (Renvoi à l'examen de M. Robin.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 12 SEPTEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY (ANCIEN PRÉSIDENT).

M. le préfet de Seine-et-Marne adresse un exemplaire du *Compte rendu des travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité de son département pendant l'année 1880*.

M. *le Secrétaire annuel* dépose, au nom de M. *Creleur*, une brochure intitulée : *Histoire et origine de la corporation des chirurgiens et des apothicaires d'Audenarde*.

M. *Larrey* offre : 1° de la part de M. le docteur *Sorel*, médecin-major de Ire classe, à Sétif, une *Note sur l'emploi de la médication quinino-salicylée dans le traitement de la fièvre typhoïde* ; 2° de la part de M. le docteur *Bouloumié* une brochure intitulée : *Des secours aux blessés en temps de guerre* ; 3° au nom de la Société française d'hygiène, une brochure intitulée : *L'assainissement de Paris, les odeurs de Paris, les systèmes de vidanges*.

M. *Jules Guérin* fait hommage à l'Académie d'un travail qu'il a lu à l'Académie de médecine de Belgique sur *les inoculations virulentes préventives*.

Dans ce travail l'auteur s'est attaché à démontrer que les diverses applications de la méthode générale des inoculations préventives, et en particulier celle qui a été faite en vue de réaliser la prophylaxie de la péripneumonie de l'espèce bovine, présentent des lacunes et des inconvénients en grand nombre, et qu'un supplément de preuves est nécessaire avant que l'on puisse considérer cette méthode comme capable de produire, de reproduire et de prévenir la maladie dont elle emprunte et cultive les éléments.

SUR L'IMPORTANCE DU RÉSEAU LYMPHATIQUE. — M. *Onimus* lit sous ce titre un mémoire que nous insérons page 605.

TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE PURULENTE CHEZ L'ADULTE. — M. *Brame* (de Tours) communique deux observations d'ophthalmie purulente terminée par la guérison.

— La séance est levée à quatre heures.

REVUE DES JOURNAUX

De la myéline, du pigment et des épithéliums dans l'expectoration, par M. PANIZZA.

La myéline (terme qui signifie simplement une forme extérieure commune à un grand nombre de substances), est, lorsqu'on la trouve dans les crachats et en général sur la muqueuse respiratoire, composée de *mucine*. Elle est sécrétée par les cellules cupuliformes de la muqueuse à cils vibratiles, qui représentent des glandes mucipares, unicellulaires, rudimentaires. Les cellules à myéline absorbent, grâce aux mouvements amiboïdes, des poussières étrangères et deviennent ainsi ces cellules pigmentées curieuses, que l'on rencontre si fréquemment dans l'expectoration. Suivant les circonstances, les cellules les plus diverses (cellules de pus, de mucus, épithéliales, etc.) peuvent subir dans les voies respiratoires cette transformation en myéline et, absorbant des granulations quelconques, devenir des cellules pigmentées.

Des micrococcus de tout genre, spécialement des espèces de sarcine, se rencontrent normalement dans l'expectoration de l'homme.

Cette dernière conclusion peut être rapprochée de celle d'un travail français publié en 1881 par Rappin (Thèse de Paris) sur les bactéries de la bouche à l'état normal et dans la fièvre typhoïde. Rappin trouve que « la cavité buccale est sans cesse habitée par plusieurs espèces de bactéries, représentées chacune par une quantité innombrable d'individus. Ces bactéries qui, pour la plupart, sont les agents ordinaires des fermentations putrides et autres, jouent un rôle semblable dans la bouche ». Etant dans la bouche, ces bactéries se retrouvent dans l'expectoration. Rappin, toutefois, ne mentionne pas de sarcines. (*Deustch. Archiv für klin. Med.*, t. XXVIII, p. 343.)

De la suture et de la résection de l'intestin, par M. O. MADELUNG (de Bonn).

Cette question n'avait plus, il y a quelques années, qu'un intérêt historique. Puis subitement il se fit une modification complète dans les idées des chirurgiens, et la thérapeutique opératoire des maladies de l'intestin prit un essor extraordinaire. Dans les cinq dernières années (1877-1881), la réunion de l'intestin préalablement sectionné a été faite 52 fois avec 30 succès, et ces succès, ajoute l'auteur, « ont été obtenus *exclusivement* par des chirurgiens allemands, suisses ou autrichiens » (en y comprenant Kœberlé, qui ne manquera pas d'être surpris de cette classification). Les insuccès sont dus, en grande partie, suivant Madelung, à l'insuffisance de la technique opératoire. Cinq fois les matières fécales se sont déversées dans l'intestin, dix fois au dehors ; mais, dans tous ces cas, il est clair que la réunion n'avait pas été suffisante. Afin d'arriver à une suture en même temps simple et solide, Madelung a fait des expériences sur les animaux d'après les divers procédés successivement décrits par les auteurs. L'historique est suffisamment complet et la critique très judicieuse.

La méthode de l'invagination (Jobert), celle qui jouit de la plus grande faveur, doit être entièrement rejetée, quoiqu'elle compte à son actif deux succès dus, le premier à Juillard (de Genève), le second à l'auteur lui-même. Ce jugement sévère se base sur ce que la méthode en question, pour être exécutée, nécessite toujours une section plus ou moins étendue des attaches du mésentère, section qui entraîne *fatalement* la gangrène limitée de la portion correspondante de l'intestin. Ce fait nouveau nous est révélé par l'expérimentation (Litten, Madelung).

La meilleure méthode est la suture double, telle qu'elle a été décrite par Czerny (*Berl. klin. Woch.*, novembre 1880).

L'auteur conseille au moment de l'opération, dès que l'on a attiré en dehors de l'abdomen la partie malade de l'intestin, de faire une occlusion temporaire de la plaie abdominale au moyen de quelques points de suture profonds. Les aiguilles doivent être extrêmement fines, rondes et courbées, comme l'avait déjà indiqué Larrey. On préférera la soie au catgut, qui n'est jamais assez fin ni assez maniable. Les points de suture doivent être aussi rapprochés que possible, à 3 millimètres environ, car il ne faut pas oublier que le météorisme inévitable qui suivra l'opération doublera cette distance. Pour obvier à l'inconvénient d'un rétrécissement intestinal au point suturé, il est bon de couper l'intestin, non pas perpendiculaire, mais obliquement, de façon que la section soit, non pas circulaire, mais elliptique.

Il est inutile ou même mauvais de faire des sutures à points continus (comme celle des couturières). Ces sutures ont été inventées à une époque où l'on se préoccupait avant tout de ne pas laisser dans l'abdomen un corps étranger susceptible de causer des inflammations; aujourd'hui que cette crainte ne doit plus exister, on donnera la préférence aux points séparés, qui sont plus faciles à appliquer et plus solides.

La méthode de Czerny, celle que recommande l'auteur, n'est que l'application à l'intestin de la méthode de Bozeman (fils métalliques, plaques et grains de plomb). Madelung propose de remplacer le métal par des petits disques de cartilage de veau de la grosseur et de la largeur d'une petite lentille. Le *modus faciendi* reste d'ailleurs le même. « Je prie les chirurgiens, dit-il en terminant, de ne pas rejeter à priori cette façon d'agir, qui peut sembler bizarre. Dans 9 opérations sur les animaux, la réunion directe a été obtenue le plus aisément du monde. »

En ajoutant aux cas réunis par Madelung ceux de Rydygier (*Berl. klin. Woch.*, 1881, n° 43), la statistique fournit les résultats suivants : la suture circulaire de l'intestin a été faite 88 fois, avec 43 décès; 44 fois pour hernie gangreneuse et 22 fois pour anus contre nature. (*Arch. für klin. Chir.*, t. XXVII, p. 277.)

Note sur le diagnostic des lésions valvulaires,
par M. P. K. Pel (d'Amsterdam).

On admet unanimement aujourd'hui que les valvules peuvent être insuffisantes (relativement) sans qu'il y ait lésion organique du cœur; cela est vrai surtout pour la valvule tricuspide. Néanmoins, l'insuffisance relative de la valvule mitrale présente un intérêt clinique plus considérable, parce qu'elle peut être *primaire* et donner lieu à de graves erreurs.

Ce sont presque exclusivement *les lésions du myocarde* qui peuvent être confondues avec les insuffisances organiques.

En premier lieu, les *hypertrophies* consécutives aux maladies des reins et autres affections. Dans les périodes ultimes, alors que des processus dégénératifs se sont produits dans la musculature hypertrophiée, le diagnostic est très difficile; l'auteur a publié déjà quelques cas de ce genre (*Med. Tydschrift voor Geneeskunde*, novembre 1879).

D'autre part, Kuessner a montré qu'il pouvait en être de même en cas d'étroitesse congénitale de l'aorte (*Berl. klin. Woch.*, 1879, 1-2).

L'auteur pense que des altérations du myocarde, surtout chez les gens âgés, sont plus fréquentes qu'on ne l'admet généralement. Pendant la vie, ces malades se plaignent de faiblesse et d'oppression; le pouls est fréquent, mou et irrégulier; la matité cardiaque est *constamment augmentée du côté gauche;* le choc du cœur est faible et en dehors de la ligne mamillaire; les bruits sont faibles, sourds et irréguliers, purs ou soufflés. On constate des signes de stase sanguine dans les principaux parenchymes. Il arrive, mais rarement, que l'urine reste abondante, claire, non albumineuse; ce fait est inexplicable.

Tous ces cas rentrent dans la classe des hypertrophies de surmènement (*Anstrengungs hypertrophien*), avec dégénérescence secondaire du myocarde. L'œdème et l'hypertrophie constante du ventricule gauche pourraient faire croire à une néphrite si l'urine ne présentait pas les caractères de la stase rénale.

Les signes d'auscultation sont moins démonstratifs que ceux de percussion, qui démontrent constamment une dilatation du ventricule gauche. En général les bruits sont purs, — ou sourds, — ou remplacés par un souffle systolique. Les bruits sont d'autant plus intenses que le volume du cœur est plus considérable; mais il y a des exceptions. On pourrait supposer que ces bruits intenses sont en rapport avec les lésions des muscles papillaires.

Le diagnostic n'est pas impossible : le tableau clinique général n'est pas celui d'un vice du cœur; les malades atteints sont âgés, ont beaucoup travaillé, n'accusent pas une cause étiologique quelconque. D'ailleurs, l'examen physique révèle une augmentation notable de volume vers la gauche, et une augmentation insignifiante vers la droite : c'est justement le contraire dans les insuffisances mitrales organiques.

Les bruits existent à la pointe d'où ils sont transmis, ou bien ils prennent naissance où on les entend, c'est-à-dire à l'entrée de l'aorte.

Un deuxième groupe d'affections, que l'on peut confondre avec les insuffisances mitrales organiques, comprend les *dilatations* du cœur (difficiles à séparer des hypertrophies). Ici la ressemblance peut être complète.

A propos d'une communication de Heitler (*Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Ærzte in Wien*, juin 1880), Bamberger avait émis l'opinion qu'il n'avait pas jusqu'ici pu se convaincre de l'existence d'une insuffisance mitrale relative.

L'auteur rapporte donc quelques faits :

I. Ouvrier de vingt et un ans, présentant les signes classiques d'une insuffisance mitrale organique dans le stade de compensation. Disparition périodique des phénomènes et retour à la santé. A l'autopsie, valvules intactes, cœur extraordinairement dilaté, atteint de dégénérescence graisseuse. (Cas semblable à ceux de Lewinsky et Kuessner.)

II. Ouvrier de dix-neuf ans, se plaignant de dyspnée et de palpitations depuis plusieurs années. Cachexie cardiaque, œdème des extrémités, voussure, matité dépassant à gauche de 3 centimètres la ligne mamillaire; à droite, de 3 centimètres le rebord sternal. Pointe du cœur insensible, souffle systolique intense à la pointe, souffle plus intense encore sur et à côté du sternum, entre la quatrième et la sixième côte. Cas de pouls veineux : stase générale, pas de rhumatisme antécédent.

Diagnostic réservé. Quelques jours de repos et de petites doses de digitale suffirent pour transformer complètement l'état du malade.

Malgré l'autorité d'auteurs tels que Bamberger et Rosenstein, l'auteur croit donc que le diagnostic des lésions organiques et relatives est possible, et cela en se basant sur des signes constatables dès le premier examen du malade.

Il y a d'abord l'absence d'un facteur étiologique dans les anamnestiques.

Ensuite la dilatation énorme du cœur, constatée par la percussion et par les signes mêmes de la dilatation, qui prédominent (pouls petit, fréquent, mou; pointe du cœur à peine sensible; deuxième ton pulmonal à peine accentué). L'énorme matité vers la gauche ne se trouve jamais à ce degré dans l'insuffisance organique. Bauer (*Annalen des städt. allg. Krankenh. zu München*, 1875) avait signalé ce fait.

Les signes d'auscultation, pareils à ceux décrits ci-dessus, font ressortir deux souffles différents par le timbre et par le siège, symptomatique d'une insuffisance des orifices (mitral et tricuspide). Or, cette dilatation simultanée n'existe ni dans les maladies organiques, ni dans les hypertrophies avec dégénérescence secondaire.

En troisième lieu, l'auteur signale l'influence de la respi-

ration sur l'intensité des bruits à la pointe du cœur, observation sur laquelle Waldenburg avait déjà attiré l'attention, et qui n'existe dans les insuffisances mitrales vraies que dans la dernière période.

Il est clair que ce n'est pas un signe isolé, mais la réunion de plusieurs de ces signes, qui doit, dès le premier examen, attirer l'attention du côté de l'insuffisance relative. Plus tard, si l'on constate que l'intensité des bruits est très variable et répond aux variations de la matité, il n'y a plus d'hésitation possible.

Enfin il faut noter le résultat surprenant obtenu par le repos et de faibles doses de digitale (ce qui implique des désordres d'innervation).

Il ne faut pas oublier la possibilité qu'une insuffisance relative ancienne peut être le point de départ de lésions organiques : « Le fait, dit l'auteur, que l'on trouve souvent des altérations légères de l'endocarde avec bords valvulaires intacts, après une insuffisance relative de longue durée, est indéniable. »

L'auteur fait observer en terminant qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître si une valvule est suffisante ou non, après la mort pas plus que pendant la vie.

La solution serait plus facile pour le clinicien que pour l'anatomo-pathologiste (!). Deux observations à l'appui de cette singulière prétention. (*Berl. klin. Woch.*, 1881, n° 10.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

Contribution a l'étude de la contagion a l'hôpital des enfants : de la contagion de la rougeole; par le docteur Ant. Declère. Brochure in-8° de 110 pages. — Paris, 1882. Alex. Coccoz.

Après quelques considérations sur la transmission de maladies contagieuses à des enfants entrés à l'hôpital pour d'autres affections, et sur les mesures d'isolement à prendre ou déjà prises, l'auteur s'occupe tout spécialement de la contagion de la rougeole. Les principales conclusions auxquelles l'ont conduit ses recherches sont les suivantes : 1° la rougeole est contagieuse dès le début de la période d'invasion et pendant la période d'éruption, mais probablement pas au delà; 2° le contage, de nature inconnue, est renfermé dans les produits de sécrétion de la muqueuse respiratoire; il est peu diffusible et ne semble pas pouvoir se répandre *au delà de quinze mètres;* il est très rarement transporté par des personnes ou par des objets, à moins que ce soit en très peu de temps et à une très faible distance; il ne persiste pas dans les bâtiments qui ont été occupés par les morbilleux; 3° l'incubation (du contact infectieux à l'éruption) est de treize à quinze jours; 4° l'existence d'un état pathologique quelconque, même d'une fièvre éruptive, ne confère aucune immunité contre la contagion de la rougeole et ne change rien à la durée de l'incubation.

Le Traité de la goutte de Sydenham : partie descriptive, traduit par le professeur Lasègue. Offert aux élèves de la clinique médicale de la Pitié. Brochure de 19 pages. — Paris, 1882. Asselin et Cie.

La monographie de l'illustre médecin anglais ayant fourni à M. Lasègue le texte de quelques leçons cliniques, l'idée est venue au professeur d'offrir à ses élèves une traduction littérale du texte latin. Il s'est attaché à la partie descriptive du Traité, parce que cette partie, comme il le dit, « n'a pas plus vieilli par la forme que par le fond ». Traduction élégante, exacte et qui devra être dorénavant suivie.

Étude sur l'épilepsie partielle, par M. Léon Greffier. Thèse de Paris. — Paris, 1882. Alphonse Derenne.

L'épilepsie partielle est connue depuis l'antiquité, et elle n'a jamais été perdue de vue. Elle a été signalée avec une grande précision dans quelques traités classiques déjà anciens. Voici, par exemple, ce qu'écrit Pierre Franck : « Tantôt tout le corps es agité, tantôt ce n'est qu'une seule partie. Nous avons vu la convulsion épileptique rester pendant deux ans bornée au bras gauche, avant de devenir générale. » Mais les recherches modernes de Hughlings Jackson, Fournier, Charcot, Bourneville, etc., ont jeté de nouvelles lumières sur l'étiologie et l'anatomie pathologique de cette maladie.

Au point de vue de la forme symptomatique, l'auteur, suivant en cela les enseignements de M. Charcot, décrit successivement : une forme hémiplégique, une forme tonique ou avec contracture, une forme vibratoire. Il consacre, en outre, deux chapitres à l'*épilepsie partielle syphilitique* et à l'*épilepsie partielle de l'enfance*, qui ont des caractères spéciaux. Signalons les principaux traits des descriptions de l'auteur :

1° *Forme hémiplégique.* — L'aura manque souvent. Le cri n'est pas signalé par les auteurs. L'accès ressemble à un accès d'épilepsie commune. Les convulsions peuvent porter sur une partie isolée, comme la face ou un membre, ou occuper tout un côté du corps. Dans ce dernier cas, l'accès débute soit par le membre supérieur, et alors les convulsions gagnent la face d'abord, puis le membre inférieur; soit par la face, et alors elles descendent successivement au membre supérieur et au membre inférieur; soit par ce dernier membre, et les convulsions remontent d'abord au membre supérieur, ensuite à la face. La connaissance est le plus souvent conservée. D'après les observations de M. Charcot, les réflexes du poignet, du coude, du genou sont exagérés du côté affecté; phénomène lié à un état morbide du faisceau pyramidal de la moelle qui résulte de la décussation des pyramides antérieures. Nous ne ferons sur cette première forme qu'une remarque : l'épilepsie *monoplégique*, mais double, par exemple celle de la face des deux côtés, qui compte bien parmi les épilepsies *partielles*, s'observe quelquefois sans cri initial, sans perte de connaissance, chez les sujets atteints d'épilepsie commune; ce sont leurs *petits accès*.

2° *Forme tonique.* — La description de l'auteur n'est tirée que d'une observation de M. Bourneville, très détaillée du reste et clairement présentée. L'accès se traduit par des contractures musculaires qui commencent au cou et à la face, et s'étendent d'abord au membre supérieur, puis au membre inférieur, où elles sont moins énergiques et manquent même quelquefois. La connaissance était intacte.

3° *Forme vibratoire.* — Comme la précédente, cette forme n'a ici pour type qu'une seule observation : convulsions violentes de tout le côté droit du corps, qui se répètent un an plus tard. En 1873, agitation de la jambe droite, sans cri, ni écume, ni perte de connaissance; en 1875, agitation étendue au bras du même côté, et qui envahissait ensuite les deux membres du côté gauche : la malade tombait alors sans connaissance.

4° *Epilepsie partielle syphilitique.* — L'accès a le même aspect que celui des autres épilepsies partielles : la nature du mal seule est différente, on peut la reconnaître à l'existence d'une céphalée intense occupant quelquefois la région pariétale, qui est celle de la *zone motrice*, à l'aspect cachectique et à la pâleur terreuse du sujet.

5° *Epilepsie partielle de l'enfance.* — Cette forme a une physionomie distincte : convulsions circonscrites à une moitié du corps, suivies, après un seul ou plusieurs accès, d'hémiplégie plus ou moins complète. Dans beaucoup de cas, la paralysie des membres diminue et fait place à la contracture; bras fléchi et fixé contre le thorax; membre inférieur dans l'extension, pied en varus équin. Cette série de scènes se termine par l'épilepsie vulgaire; quelquefois on observe l'hémichorée ou l'athétose.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, l'épilepsie partielle peut être déterminée par des lésions cérébrales de nature très diverses, mais qui ont cela de commun qu'elles occupent la zone motrice corticale. L'auteur en rapporte dix exemples, quelques-uns inédits, les autres empruntés à divers auteurs, mais surtout à MM. Charcot et Pitres. Chez certains sujets, la lésion affectait le domaine de la cérébrale moyenne, c'est-à-dire celle dont l'altération doit produire l'hémiplégie et la perte permanente de la parole; or, dans ces cas, l'aphasie s'ajoutait, en effet, aux autres symptômes. Ajoutons que, pour ce qui concerne particulièrement l'*épilepsie partielle de l'enfance*, la raison anatomique des symptômes serait l'atrophie d'un hémisphère cérébral, si l'on devait s'en rapporter à l'unique fait qu'on puisse invoquer.

De la contagion de la rougeole, par le docteur Béclère. — Thèse, 1882. Coccoz.

Nous relevons plusieurs faits intéressants dans ce travail très consciencieux, résultat d'observations nombreuses prises à l'hôpital des Enfants et appuyé sur les principaux documents afférents au sujet.

De toutes les fièvres éruptives, la rougeole est certainement la plus contagieuse. Il est hors de doute que la contagion peut se faire avant la période d'éruption. Elle a très probablement pour agent le produit de la sécrétion de la muqueuse respiratoire. Le professeur Mayr (de Vienne) a inoculé avec succès, en 1851, le mucus nasal d'un rubéolique. A l'encontre de l'opinion reçue, le produit de la desquamation furfuracée de la rougeole ne paraît pas contagieux. Le contage de la rougeole est peu diffusible, peu tenace; il n'est transportable que dans des conditions de temps et de distance très limitées, et ne persiste pas dans les localités occupées par des morbilleux. L'incubation est remarquablement fixe et sa durée oscille entre le 13e et le 15e jour. Les maladies concomitantes ne confèrent sous ce rapport aucune immunité, mais elles aggravent singulièrement le pronostic.

L'auteur, constatant l'excessive gravité de la rougeole contractée à l'hôpital par des enfants généralement atteints d'autres maladies, réclame énergiquement l'isolement des morbilleux.

VARIÉTÉS

La Morgue : conservation des cadavres par le froid.

On sait que cette question de l'application du froid à la conservation des cadavres apportés à la Morgue est depuis longtemps à l'étude, et que, sur un rapport présenté au Conseil d'hygiène par M. Brouardel, et adopté par le Conseil général de la Seine, celui-ci nomma une commission chargée d'examiner les appareils frigorifiques proposés et les moyens d'installation. La commission a fixé son choix sur la machine carrée construite par MM. Migeon et Rouat. Cette machine utilise le froid produit par l'évaporation du gaz ammoniac liquéfié sous sa propre pression; elle n'emploie pas de pompe, et n'exige pour sa marche qu'une force motrice insignifiante.

Une solution saturée de gaz ammoniac, dans l'eau à basse température, est chauffée dans une chaudière à une température de 150 degrés environ. Le gaz ammoniac chassé de sa solution se rend dans un tube par un récipient refroidi par un courant d'eau; l'appareil étant clos, la pression augmente et devient assez forte pour liquéfier l'ammoniaque; le gaz liquéfié se rend dans un réfrigérant, communiquant par un autre tube avec un réservoir renfermant de l'eau, lequel communique avec la chaudière primitive. L'ammoniaque liquéfiée donne en s'évaporant du gaz qui est rapidement absorbé par l'eau du réservoir; par le fait de cette dissolution, l'évaporation continue à la basse température de — 35 degrés, point d'ébullition de l'ammoniaque. La solution ammoniacale régénérée dans le réservoir retourne à la chaudière, où elle abandonne de nouveau son gaz, qui se liquéfie; l'appareil forme donc un circulus dans lequel le gaz ammoniac est successivement liquéfié, évaporé et redissous par l'eau, tandis que la chaleur dégagée pendant la liquéfaction et la dissolution du gaz est absorbée par un courant d'eau suffisamment énergique.

Cet appareil a été installé à la Morgue. Dès qu'un cadavre inconnu ou devant être soumis à l'autopsie arrive à la Morgue, on le place dans un des quatre compartiments à — 15 degrés que comprend l'appareil; six heures environ après, ceux qui doivent être exposés sont portés dans la salle d'exposition; ceux qui doivent être autopsiés sont placés dans un des compartiments à — 2 degrés. Le médecin chargé de l'autopsie prévient de l'heure de l'opération, et le cadavre, ramené à son état normal, est transporté dans la salle d'autopsie. Si la justice ordonne de conserver ce cadavre, on le replace dans un compartiment à — 15 degrés, puis dans un à — 2 degrés, où il peut rester indéfiniment.

En résumé, arrêt complet de la putréfaction des cadavres, leur conservation tant que cela est nécessaire, plus de mauvaises odeurs, plus de mouches rongeant les corps; enfin, et résultat le plus sérieux, presque tous les cadavres des malheureux exposés plus faciles à reconnaître, tels sont les avantages de ce procédé.

Le choléra.

On annonce que plusieurs cas de choléra ont été observés à Suez. Ce fait serait la conséquence prévue de l'arrivée en Egypte de troupes indiennes rappelées par les Anglais sans les précautions voulues. Ce fait est confirmée par une circulaire que le ministre du commerce vient d'adresser à tous les directeurs du service de santé pour les inviter à prendre les mesures les plus rigoureuses dans le but d'assurer les dispositions des règlements sanitaires.

— Pour se conformer à ces instructions le préfet des Bouches-du-Rhône a adressé jeudi à M. le directeur de la Santé de Marseille une lettre pour lui recommander la stricte exécution des règlements concernant les navires provenant des pays infectés ou suspects. D'après la décision du Conseil sanitaire, une quarantaine est imposée dès maintenant à toutes les provenances d'Egypte et de la mer Rouge.

En même temps que le Gouvernement français, la plupart des Gouvernements étrangers ont pris des mesures pour combattre l'épidémie. M. Deprétis, ministre de l'intérieur d'Italie, a pris un arrêté soumettant à une quarantaine d'observation de trois jours les navires partis depuis le 5, de l'Egypte, et n'ayant eu aucun cas de choléra pendant leur traversée, et à une quarantaine rigoureuse de dix jours ceux qui sont suspects. Les Gouvernements d'Autriche et de Russie ont prescrit des mesures semblables. Le Gouvernement tunisien a imposé une quarantaine de cinq jours à toutes les provenances de Malte.

— D'après une dépêche d'Aden, publiée par l'*Exchange Telegraph*, les mesures de quarantaine les plus sévères ont été prises dans cette ville à l'égard des navires venant des places infestées du choléra. Aucun nouveau cas ne s'est présenté à Aden depuis la mort du matelot européen à bord de l'*Hesperia*.

— Le gouverneur de Manille télégraphie que l'épidémie est entrée dans une période de décroissance, ayant seulement enlevé, depuis qu'elle a éclaté, 300 Européens contre 17000 indigènes en cinq semaines de temps. Tous les bâtiments venant d'Egypte, de Suez et de Manille sont soumis à une quarantaine rigoureuse aux îles Baléares. La presse madrilène témoigne cependant de l'inquiétude, motivée par le temps fort chaud qui a régné en été, et par la sécheresse qui a aggravé la misère dans les campagnes.

— Le choléra qui règne en ce moment dans l'extrême Orient a atteint notre colonie de Cochinchine. D'après les dernières nouvelles, l'épidémie ne frappe guère que les indigènes. A la date du 4 septembre, 8 Européens seulement avaient été atteints, 3 avaient succombé. Toutes les précautions avaient d'ailleurs été prises d'avance pour combattre le fléau, dont les progrès à Manille et dans l'Annam faisaient prévoir l'invasion.

— On écrit de Madrid (8 septembre) au journal *le Temps :* Dans les cercles officiels, on dément les bruits alarmants sur la santé publique à Madrid. Les affections des voies digestives et intestinales dominent ici. Un seul cas de cholérine, qui avait un certain caractère du choléra sporadique, a motivé l'exagération dans les rumeurs qui courent la ville. Toutefois, le gouverneur civil et les autorités municipales ont prescrit des mesures de précaution hygiéniques pour la voirie, les égouts, les marchés et les hôpitaux.

Les dernières nouvelles officielles de Tanger et de Gibraltar disent que l'état sanitaire est excellent.

— Le *Sémaphore* de Marseille publie la note suivante : Depuis quelques jours, on fait courir le bruit que le *choléra asiatique* aurait éclaté à Marseille; c'est là, heureusement, une assertion complètement fausse, aucun décès de choléra n'ayant été jusqu'ici enregistré à l'état civil. Nos concitoyens peuvent donc se rassurer; la situation sanitaire de notre ville n'a jamais été meilleure. Pour ce qui est des craintes relatives aux arrivages des pays contaminés, M. le docteur Marroin, directeur de la Santé, dont la vigilance est toujours en éveil, a dû prendre des mesures rigoureuses contre les provenances suspectes, dès qu'il a appris que des contingents indiens allaient être expédiés en Egypte. Une lettre et une dépêche de M. le ministre du commerce, en date du 4 septembre, recommandent de redoubler de surveillance, de telle sorte que tous les navires provenant de l'Inde, de la mer Rouge, d'Alexandrie et de Manille sont soumis en ce moment à une quarantaine de rigueur de trois jours, avec aération, lavage du linge sale, s'ils n'ont pas eu de cas de choléra pendant la traversée. Dans le cas contraire, les mesures les plus rigoureuses leur sont appliquées. Il appartient maintenant aux puissances riveraines de la Méditerranée de prendre des précautions semblables, dont l'urgence est incontestable.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. de Fornel, médecin de première classe de la marine, est promu au grade de médecin principal dans le corps de santé de la marine, premier tour (ancienneté).

AGRÉGATION. — Par arrêté en date du 31 août 1882, le nombre des places d'agrégés près les Facultés de médecine, mises au concours par l'arrêté du 20 mai 1882, est porté de quarante-neuf à cinquante. Cette cinquantième place sera comprise dans la section d'accouchements, et sera réservée à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury du concours pour les prix de l'internat (médaille d'or et médaille d'argent), qui commencera le 3 novembre prochain, est ainsi constitué : MM. Oulmont, Guyon, Bucquoy, Horteloup, Richelot, Hutinel, Moizard.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND. — Par arrêté en date du 7 septembre 1882, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle sera ouvert le 12 mars 1883, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

ETAT SANITAIRE DE L'AUTRICHE EN 1878. — La commission centrale de statistique vient de publier son rapport sur l'état sanitaire de l'Autriche en 1878. Le nombre des établissements hospitaliers en Cisleithanie est de 505, comprenant 28 466 lits qui ont reçu 237 772 malades, ce qui donne une proportion de 1 hospitalisé sur 84 habitants. Le nombre des établissements spéciaux pour les aliénés est de 26, avec 5934 lits; 8867 malades y ont été traités en 1878. Le nombre des aliénés a augmenté de 2 pour 100 sur l'année précédente et de 3 pour 100 sur l'année 1876. Les aliénés hommes sont un peu plus nombreux (54 pour 100) que les femmes (46 pour 100). Les hospices de maternité sont au nombre de 18 avec 1517 lits; on y a reçu 16 649 mères et 14 861 enfants.

Les naissances se sont élevées au chiffre de 15 241, dont 12 pour 100 étaient doubles et 0,07 pour 100 triples. Les établissements d'enfants assistés sont au nombre de 14; on y a reçu 45 631 enfants dont 8030 sont morts, soit une proportion de 17.6 pour 100.

On évalue le nombre des aliénés à 16 123, celui des crétins à 13 462, celui des sourds-muets à 20 843, et celui des aveugles à 11 730.

On compte dans toute la Cisleithanie 4603 docteurs en médecine, 2971 chirurgiens, 400 vétérinaires et 15 969 sages-femmes. A Vienne, les médecins sont si nombreux qu'il s'en trouve 1 par 582 habitants, tandis qu'en Bohême et en Galicie il y a beaucoup de localités où il n'existe pas même 1 médecin pour 10 000 individus; en Dalmatie et en Bukowina, la proportion est moindre encore; on ne compte que 1 médecin pour 20 000 ou 30 000 âmes.

Le nombre total des décès s'est élevé, en 1878, à 683 661, soit 3/38 pour 100 de la population totale; 13 313 personnes sont mortes de la petite vérole, 4554 de la rougeole, 15 819 de la fièvre scarlatine, 15 257 du typhus, 7792 de la dysentérie, 348 du choléra, 26 292 de la coqueluche, 56 973 du croup et de la diphthérie, 56 551 de la bronchite et 85 487 de la phthisie tuberculeuse, 10 390 personnes ont péri de mort violente, parmi lesquelles 3480 se sont suicidées et une a été exécutée.

MORTALITÉ A PARIS (36e semaine, du vendredi 1er au jeudi 7 septembre 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 934, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 63. — Variole, 5. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 1. — Diphthérie, croup, 24. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 59.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 172. — Autres tuberculoses, 9. — Autres affections générales, 57. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 50. — Bronchite aiguë, 14. — Pneumonie, 41. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 87; au sein et mixte, 54; inconnu, 7. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 69; de l'appareil circulatoire, 48; de l'appareil respiratoire, 44; de l'appareil digestif, 41; de l'appareil génito-urinaire, 29; de la peau et du tissu lamineux, 11; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 18. — Causes non classées, 3.

Conclusions de la 36e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1190 naissances et 934 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 906, 1100, 1034, 1006. Le chiffre de 934 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir : une atténuation pour la fièvre typhoïde (63 décès au lieu de 82 pendant la 35e semaine), la rougeole (7 au lieu de 19); une aggravation pour l'érysipèle (7 décès au lieu de 4). A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 5 décès par variole (au lieu de 7), 1 par scarlatine (au lieu de 2), 24 par diphthérie (au lieu de 26), 6 par infection puerpérale (au lieu de 5). En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la fièvre typhoïde (197 malades reçus du 28 août au 3 septembre (au lieu de 251 entrés pendant les sept jours précédents) et pour la variole (8 au lieu de 16). Il a été admis 21 malades atteints de diphthérie : le même chiffre avait été indiqué dans le précédent bulletin.

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Notice sur le docteur Pidoux, membre de l'Académie de médecine, médecin inspecteur d'Eaux-Bonnes, 1808-1882, par M. A. Arêas, rédacteur en chef du *Courrier d'Eaux-Bonnes*. Brochure in-8 avec portrait. Paris, G. Masson. 1 fr.

Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales, amblyopie croisée et hémionopsie, par M. le docteur Ch. Féré. 1 vol. in-8 avec 49 figures dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Du vaccin de génisse, étude comparative du vaccin animal et du vaccin humain, surtout au point de vue préservatif, par M. le docteur Claudo. In-8 avec 5 planches. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Examen fonctionnel de l'œil, comprenant la réfraction, le choix des lunettes, la perception des couleurs, le champ visuel et les mouvements des yeux, par M. le docteur Masselon. 1 beau volume in-18, cartonné, avec figures dans le texte et 14 planches en couleur hors texte. Paris, O. Doin. 8 fr.

Leçons de clinique thérapeutique, par M. le docteur Dujardin-Beaumetz, recueillies par M. le docteur Eug. Carpentier-Méricourt. 2 forts volumes grand in-8 de 800 pages chacun, avec figures dans le texte et planches chromolithographiques hors texte. 2 volumes complets. Paris, O. Doin. 32 fr.
— Le tome II ou 2e série se vend séparément. 16 fr.

— *Traitement des maladies de la plèvre, du larynx et du pharynx.* 2e série, 3e fascicule. 1 vol. grand in-8 de 230 pages. Paris, O. Doin. 4 fr.

Des épidémies qui régnèrent à Rochefort en 1694. Discours prononcé à la rentrée des cours de l'Ecole de médecine navale de Rochefort le 3 novembre 1881, par M. le docteur Henri Bourru. In-8 de 30 pages. Paris, O. Doin. 1 fr.

Étude sur les granulations de Pacchioni, suivie d'une note sur les moyens de la circulation veineuse intra-crânienne avec l'extérieur du crâne, par M. le docteur Charles Labbé. Grand in-8 avec 9 planches. Paris, O. Doin. 3 fr. 50

Leçons sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses, par M. A. Vulpian. 2e fascicule. 1 vol. in-8 carré de 250 pages. O. Doin. 3 fr.
— Le volume complet forme un in-8 compact de 700 pages. 13 fr.

Contribution à l'étude des présentations du siège décomplété, mode des fesses, par M. le docteur Lefour. In-8 de 53 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

De la formation des espèces par la ségrégation, par M. Moritz Wagner, traduit de l'allemand. 1 volume in-18. Paris, O. Doin. 1 fr. 50

La chimie de la panification, par M. le professeur Graham, traduit de l'anglais. 1 volume in-18 de 175 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

Les appareils électro-médicaux à l'exposition d'électricité, par M. le docteur E. Neumann. In-8 de 32 pages. Paris, O. Doin. 1 fr. 50

La mère et l'enfant dans les races humaines, par M. le docteur E. Corre. 1 vol. in-18 de 300 pages avec figures dans le texte. Paris, O. Doin. 3 fr. 50

Étude sur la lithotritie à séances prolongées, par M. le docteur Ernest Desnos. In-8 de 270 pages avec 9 planches dans le texte. Paris, O. Doin. 5 fr.

De l'exposition d'électricité au point de vue médical et thérapeutique, par M. le docteur G. Bardet. In-8 avec 41 figures dans le texte. Paris, O. Doin. 2 fr. 50

De l'étiologie et de la prophylaxie de la fièvre jaune, par M. le docteur Corre. 1 vol. in-8, avec une planche en couleur. Paris, O. Doin. 3 fr. 50

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

MOTTEROZ, Adm.-Direct des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 21 septembre 1882.

LE CHOLÉRA — LES NOUVEAUX PROJETS DE LOI SUR L'EXERCICE DE LA PHARMACIE. — LE CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE DE GENÈVE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Le choléra.

On parle beaucoup du choléra depuis quelques semaines. La presse politique s'est emparée de la question et l'a traitée avec une passion emportée qu'elle ne met pas d'habitude dans les choses sanitaires. Cependant cette agitation jette l'inquiétude dans le pays qui redoute avec raison un grand danger et qui se demande s'il est suffisamment protégé.

Est-il vrai que nous soyons menacés d'une *sixième* invasion du choléra? Sans aucun doute... comme tous les ans à pareille époque. C'est le moment où commence le pèlerinage de la Mecque, où 100 000 *hadjis* vont s'assembler au pied du mont Ararat, créant par leur réunion le meilleur milieu épidémique que l'on puisse rêver pour la multiplication des germes épidémiques et spécialement de ceux du choléra. A la même époque aussi, les fameux bateaux de pèlerins quittent les ports de l'Inde avec *patente nette*, ce qui ne les empêche pas d'avoir à bord les cholériques nécessaires pour féconder ce milieu. Ce qui s'est passé en 1879, 1880, 1881, s'est reproduit cette année, et le bateau anglais *Hesperaï*, venant de Bombay, a été arrêté à la nouvelle quarantaine de Camaran, après avoir présenté trois cas de choléra confirmé, dont un à Aden. Le sans-gêne extraordinaire avec lequel les agents inférieurs de l'Angleterre jonglent avec les patentes et les mesures qui doivent préserver la Méditerranée est devenu proverbial : en temps ordinaire on redouble de précautions et l'on arrive, non sans peine, à limiter le mal. Mais aujourd'hui le danger est beaucoup plus pressant.

D'abord l'Angleterre, qui est maîtresse sur le Nil, ne sera certainement pas tentée de favoriser l'exécution de mesures restrictives qui lui ont été de tout temps antipathiques.

Elle est généralement plus prodigue de menaces que de bonnes raisons, on l'a bien vu à la façon brutale dont elle s'est opposée aux velléités du conseil sanitaire d'Alexandrie d'établir une quarantaine de trois jours aux transports militaires provenant de l'Inde. Il est clair que des transports militaires bien aménagés, pourvus d'un nombreux personnel sanitaire, ne doivent pas être traités avec la même rigueur que les vaisseaux consacrés au transport des pèlerins. En réduisant à une observation de vingt-quatre heures la quarantaine imposée à ces bâtiments, le conseil international d'Alexandrie a sagement agi. On comprendrait moins que toute quarantaine ait été levée pour les provenances d'Aden et de Bombay, comme le bruit en a couru. Nous n'avons, pour notre compte, jamais accordé foi aux dépêches à sensation qui annonçaient l'apparition du choléra, soit à bord, soit parmi le contingent indien de Suez, soit à Ismaïlia, pas plus qu'à Tanger, Madrid ou Varsovie. Il paraît incontestable que le fléau est à l'entrée de la mer Rouge, à Aden et à Camaran. Il est vrai que les journaux anglais prétendent que ce n'est pas le choléra : c'est une vieille habitude. On peut craindre que d'autres bateaux de provenance indienne n'importent de nouveaux cas et que l'Angleterre, momentanément substituée au gouvernement égyptien, ne fasse rien pour empêcher la propagation de l'épidémie.

D'autre part, comment organisera-t-on la garde des pèlerins aux quarantaines de Djebel-Tor et des sources de Moïse, en l'absence de l'armée égyptienne? On avait eu grandement à se plaindre des soldats préposés à la garde des pèlerins, mais enfin ce cordon sanitaire valait mieux que rien. Il serait urgent de prendre une décision à ce sujet, car si le choléra pénétrait en Égypte, à Suez ou à Alexandrie, il serait bien difficile de l'empêcher d'arriver en Europe. Les principaux pays de la Méditerranée ont bien décrété des quarantaines de rigueur de trois à cinq jours. Mais autre chose est de décréter et de fournir les moyens d'exécution. Les quarantaines n'existent trop souvent que sur le papier. Il nous est arrivé de voir dans un grand port d'Italie un petit terrain nu décoré du nom de quarantaine; on nous expliqua que quelques tentes suffiraient pour y organiser un établissement quarantenaire. La France possède un magnifique établissement malheureusement inachevé et trop peu connu, à Marseille (1), celui des iles du Frioul; l'Autriche vient d'achever

(1) Croirait-on que La Santé de Marseille ne dispose pour se rendre à la quarantaine, que d'un mauvais canot à l'aviron, avec lequel il faut par gros temps, j'en ai fait l'expérience, deux à trois heures pour arriver? Et cependant les sommes perçues annuellement de ce chef, dans le port de Marseille, dépassent de 100 000 fr. les dépenses. Cette mesquinerie dans les choses qui intéressent à un si haut point la santé publique est une honte pour le pays.

la quarantaine de Trieste, petite, mais bien conçue et bien installée. En dehors de ces deux points la Méditerranée ne possède pas d'établissement pouvant servir de barrière à une maladie aussi envahissante que le choléra.

Il ne faut pas s'illusionner, la circulaire du ministre du commerce aux diverses directions de santé, ordonnant de redoubler de précautions, est louable dans son esprit : ses prescriptions sont sages et prudentes. Mais nous craignons fort que cette bataille, si elle devait s'engager, ne soit perdue d'avance. C'est sur le terrain choisi depuis longtemps par la conférence de Constantinople et par M. Fauvel qu'il faut lutter, c'est dans la mer Rouge, à Camaran, à Djeddah, à Hodeidah. C'est au conseil international d'Alexandrie à redoubler de vigilance, de zèle, de persévérance. Nous comptons absolument sur nos compatriotes qui représentent si dignement la France au sein du conseil, et qui nous ont donné à plusieurs reprises et dernièrement encore, lors du bombardement d'Alexandrie, la mesure de leur courage et de leur fermeté de caractère.

Nous espérons encore qu'il n'est pas dans les intentions de l'Angleterre d'entrer en lutte ouverte avec les autres nations sur ce terrain de protection internationale. « On espérait, est-il dit dans la *Lancet* du 16 septembre 1882, que des arrangements internationaux seraient pris pour l'inspection des vaisseaux suspects et infectés, afin d'éviter les restrictions inutiles et les mesures surannées du régime dit quarantenaire..... Mais il y a bien des difficultés à surmonter avant d'arriver à une entente internationale. » La vérité est que jusqu'ici l'Angleterre n'a pas fait preuve de condescendance en cette matière. Dès 1879 le gouvernement français avait engagé des pourparlers pour arriver à une entente; on s'est toujours butté contre la mauvaise volonté de nos voisins. Il est encore à craindre qu'il en soit ainsi dans les circonstances actuelles, bien que le *Foreign Office* ait accusé réception des propositions que M. Fauvel lui fit à ce sujet dès le mois de juillet au nom du gouvernement français. La France aura, cette fois encore, fait son devoir, laissant à qui de droit les responsabilités.

En résumé, le choléra qui sévit avec fureur à Manille et dans l'Annam, qui vient de se déclarer en Cochinchine, qui malgré les dénégations du gouvernement anglais existe dans les ports de l'Indo-Chine, le choléra trouve cette année des conditions particulièrement favorables pour envahir l'Europe. Il est de toute nécessité que les gouvernements profitent des quelques jours qui nous séparent encore du grand mouvement des pèlerins pour agir auprès de l'Angleterre, afin que cette puissance veuille bien rappeler énergiquement à ses agents les prescriptions du *Native Passenger Act* et appuyer au lieu de les affaiblir les décisions du conseil international d'Alexandrie : qu'elle établisse enfin un *modus vivendi* au sujet de la garde des pèlerins à Tor et aux sources de Moïse.

Au cas où l'affection mettrait pied en Europe il y aurait lieu de la part des gouvernements et des municipalités de recourir à un certain nombre de mesures de prophylaxie administrative, sur lesquelles nous reviendrions le cas échéant. Espérons, en attendant, que l'action internationale en Orient n'a pas dit son dernier mot et qu'elle parviendra, comme en 1881, à épargner à l'Europe le fléau du choléra.

C. Zuber.

Les nouveaux projets de loi sur l'exercice de la pharmacie.

(Deuxième article).

Les motifs qui nous ont engagé à repousser la liberté absolue de l'exercice de la pharmacie, sous la garantie du diplôme et des lois de droit commun, c'est-à-dire la faculté donnée à tous les pharmaciens de livrer, sans ordonnance, les poisons les plus toxiques, nous paraissent aussi de nature à faire approuver les inspections pharmaceutiques. Avant d'autoriser leur ouverture, la loi soumet les établissements industriels à un grand nombre de formalités, parmi lesquelles une inspection faite par les ingénieurs ou les délégués des Conseils d'hygiène et de salubrité; des garanties analogues doivent, ce nous semble, être exigées au moment de l'ouverture d'un établissement pharmaceutique, et pendant tout le temps qu'il fonctionne. Dès l'instant, en effet, que l'on confère au pharmacien le monopole de la préparation et de la vente des médicaments, on est en droit d'exiger de lui qu'il ne trompe point le public en lui fournissant des produits falsifiés. Et si l'on veut que la pharmacie reste une profession honorable et justement considérée, il faut garantir les pharmaciens consciencieux contre les dommages que pourrait causer et que leur cause chaque jour la concurrence déloyale de trop habiles industriels. Nous voulons que le pharmacien soit l'aide et le collaborateur du médecin, qu'il puisse l'éclairer sur les avantages ou les inconvénients de telle ou telle association médicamenteuse, lui indiquer les modes de préparation de certains produits, et les effets différents qui devront résulter de ces diverses préparations. Nous souhaitons surtout que, dans la plupart des pharmacies, puissent être exécutées sérieusement les ordonnances que nous signons. Pour qu'il en soit ainsi, il importe que le pharmacien ne se borne pas à acheter à un industriel, qui les fabriquera, sans contrôle, dans une usine, puis à les revendre, avec un bénéfice considérable, des préparations dites spéciales. Il faut qu'il ait, non seulement un magasin ouvert au public, mais encore un laboratoire dans lequel puissent se préparer les médicaments composés. Si l'ouverture d'une pharmacie quelconque n'était autorisée qu'après une inspection préalable, on ne verrait pas, surtout à Paris, certaines boutiques très luxueusement aménagées, nous en convenons, mais dépourvues de tout ce qui devrait caractériser une officine. L'inspection pharmaceutique aurait donc pour avantage de supprimer ou de réformer un certain nombre de pharmacies qui ne vivent que par la réclame et la vente de spécialités inutiles ou dangereuses; elle arriverait de plus, si elle était permanente, à combattre bien d'autres abus. Chacun sait, en effet, combien il est fréquent de voir les médicaments les plus utiles rester inefficaces ou infidèles quand ils sont pris dans certaines pharmacies. A ces moments extraordinaires où, comme nous l'écrivait, il y a trois ans, notre savant confrère M. Ernest Besnier, « l'opium ne fait plus dormir, où l'atropine contracte les pupilles, où le mercure oublie d'irriter les gencives, et où l'arsenic à doses extrêmes devient indifférent aux malades les plus intolérants, » on se sent pris de découragement, et, ne pouvant compter sur l'exécution des potions que l'on prescrit, ne voulant pas dénoncer publiquement la fraude que l'on constate, on a trop souvent recours à une spécialité pharmaceutique, qui remplace plus ou moins avantageusement le médicament que l'on a voulu administrer. Une inspection bien faite parviendrait à interdire l'entrée des pharmacies à ces faux quinquinas que l'on vend à un prix dérisoire, et qui

servent à la fabrication de vins frelatés, auxquels un peu de quassia amara donne une amertume trompeuse, et qui n'ont d'autre résultat que d'abîmer l'estomac de ceux qu'on prétendait tonifier, à ces opiums qui contiennent 2 pour 100 de morphine, à ces poudres qui devraient être du sulfate de quinine, et qui sont plus riches encore en acide borique, en sulfate de chaux, en fécule, en mannite, etc., qu'en sulfate de cinchonine ou de quinoïdine. Or, nous le demandons à tous les esprits non prévenus, quel intérêt peuvent inspirer les industriels assez malhonnêtes pour vendre, sous des noms divers, des produits qui n'ont qu'une efficacité des plus contestables lorsqu'ils ne sont pas nuisibles? Au nom de la morale publique, au nom des intérêts de la classe pauvre, qui presque seule est victime de ces exploitations faites dans les pharmacies qui vendent à prix réduits des médicaments falsifiés, il faut donc condamner la vente libre des substances toxiques et réclamer l'inspection des pharmacies.

Nous convenons d'ailleurs qu'il est très désirable que cette inspection ne soit pas faite par les concurrents directs des pharmaciens soumis à la visite des délégués de l'État. Avec ceux qui ont protesté contre la loi actuelle, nous demandons « des inspections impartiales faites par des hommes indépendants et autorisés ». Mais il nous semble que cette condition est bien aisée à remplir. Que l'on choisisse pour inspecteurs « un pharmacien de première classe *ayant exercé* la pharmacie » (projet du Conseil d'État et de l'Association générale), ou bien « deux membres du Conseil d'hygiène et un pharmacien » (projet H. Faure), il importe peu au point de vue qui paraît préoccuper surtout les adversaires de l'inspection si le pharmacien désigné pour cette inspection ne dirige lui-même aucune officine et s'il n'a aucun intérêt dans les pharmacies de sa circonscription. Nous serions assez d'avis que les pharmaciens inspecteurs fussent choisis par la Chambre de discipline dont on réclame la création, ou nommés à l'élection par leurs confrères; mais il nous paraît surtout utile d'adopter l'article du projet de M. H. Faure, qui dit que, sans invitation spéciale de l'administration ou de l'autorité judiciaire, l'inspecteur pourra, « chaque fois qu'il le jugera convenable, » se livrer à des inspections partielles ou générales. Nous savons ce que valent les inspections prévues d'avance et annoncées aux intéressés. Bien qu'elles puissent, à divers égards, être considérées comme nécessaires, elles ne nous paraissent pas suffisantes. Des inspections fréquentes, mais partielles, faites, sans avis préalable, par des fonctionnaires suffisamment rétribués et surtout bien choisis, donneraient à tous ceux qui sont en droit de les exiger les garanties nécessaires. D'après le projet de M. H. Faure, qui est d'accord sur ce point avec l'Association générale des pharmaciens, les inspections s'appliqueraient aussi à toutes les maisons faisant le commerce en gros ou en détail des drogues simples, des substances vénéneuses ou des produits pharmaceutiques, et à toutes les industries fabricant des préparations annoncées comme possédant des propriétés médicinales ou curatives. La commission des inspecteurs constaterait, au moyen de procès-verbaux qui feraient foi jusqu'à preuve contraire, « toutes les infractions prévues par les lois en vigueur sur l'exercice et la police de la pharmacie, comme aussi sur la préparation et la vente des substances toxiques. Elle pourra, ajoutent les deux projets, requérir l'assistance du commissaire de police ou du maire de la localité. La commission se fera représenter toutes les marchandises garnissant les officines et les magasins, ainsi que le registre consacré à l'inscription de la vente des poisons; elle procèdera à toutes constatations et vérifications. Elle pourra faire détruire devant elle les médicaments avariés, altérés par vétusté ou mal préparés. En cas de refus du pharmacien, ou selon la gravité des circonstances, elle pourra en requérir la saisie. Elle fera toujours saisir immédiatement les substances reconnues sophistiquées. Dans ces deux cas, il sera procédé à la poursuite du chef de l'établissement conformément aux lois. »

Nous n'avons pas à entrer ici dans le détail des formalités qui devront suivre les opérations des inspecteurs, et dont seraient saisies, soit la chambre syndicale, soit les autorités administratives ou judiciaires. Il nous suffisait d'avoir fait ressortir l'utilité que présentent à nos yeux les inspections telles que les ont comprises, presque sans divergence, les auteurs des divers projets que nous avons sous les yeux.

Nous arrivons à l'une des questions les plus graves que ces nouveaux projets aient abordée. Nous voulons parler de la vente des remèdes secrets et des spécialités. La définition du remède secret donnée par le projet de M. H. Faure est peut-être un peu large : « Sont considérés, dit-il, comme remèdes secrets : 1° les substances simples qui ne sont pas désignées sous leur nom véritable ou habituel; 2° les médicaments simples ou composés qui ne sont inscrits ni au Codex ni dans les pharmacopées usuelles ou connues, soit françaises, soit étrangères; 3° les médicaments composés qui sont vendus sous un nom différent de celui qui leur est donné dans l'ouvrage où se trouve leur formule; 4° ceux dont la vente n'a pas été autorisée par le gouvernement. » Le syndicat général des pharmaciens nous semble, au contraire, trop sévère en rangeant parmi les médicaments secrets « ceux qui ne sont pas préparés pour un cas particulier sur la prescription explicite d'une personne ayant qualité légale pour prescrire ». Nous accepterions volontiers à cet égard, à part une petite réserve, l'article 13 du projet de l'Association générale des pharmaciens. Le Codex, d'après la nouvelle législation, étant rédigé par une commission permanente chargée « de la publication de fascicules annuels destinés aux formules des médicaments nouvellement introduits dans la thérapeutique », devra toujours être au courant des innovations proposées par les médecins et les pharmaciens. Tout médicament non inscrit au Codex, ou bien tout médicament dont la composition exacte ne serait pas connue et inscrite sur l'étiquette du flacon dans lequel il serait délivré, pourrait donc être considéré comme médicament secret; mais il nous paraîtrait imprudent d'interdire la vente d'un médicament inscrit sur une prescription « qui ne pourrait être exécutée dans toutes les pharmacies ». On concevra les motifs de notre réserve, si l'on réfléchit que, de jour en jour, le nombre des alcaloïdes augmente et que les nouvelles applications de médicaments précédemment inconnus ne peuvent être imposées immédiatement à tous les pharmaciens. En ajoutant à l'article du projet de M. H. Faure l'autorisation de vendre les médicaments simples ou composés, préparés sur la prescription d'une personne, ayant qualité légale pour prescrire, pourvu que le nom exact des substances employées figure sur l'ordonnance; en supprimant, dans le même paragraphe, l'autorisation de vendre les médicaments inscrits « dans les pharmacopées usuelles ou connues, soit françaises, soit étrangères », et en ne maintenant que les médicaments du Codex dans le cas où il n'existe aucune prescription spéciale et spécialement signée par un médecin, on pourrait remédier à un abus contre lequel protestent aujourd'hui tant de pharmaciens, et la plupart des médecins honnêtes et consciencieux.

Nous approuvons aussi, dans le projet de M. H. Faure, tout ce qui concerne les annonces de médicaments (art. 21) : « Toute annonce de médicament avec mention de ses propriétés curatives est interdite excepté dans les ouvrages ou journaux de médecine et de pharmacie. Est également interdite toute apposition d'affiches dans les rues ou lieux publics ainsi que toute distribution de prospectus ou brochures explicatives par la poste, sur la voie publique ou à domicile. » Nous supprimons à dessein le dernier paragraphe de cet article qui nous semble inutile. Les dispositions restrictives que nous acceptons ne toucheraient pas aux *spécialités pharmaceutiques* vraiment utiles, c'est-à-dire aux médicaments simples ou composés bien préparés, et auxquels le nom du pharmacien, qui les a fabriqués le premier, assure une juste notoriété. Il serait permis de continuer à fabriquer, à mettre en vente et même à annoncer dans les journaux spéciaux tous les médicaments vraiment utiles. La loi n'interdirait pas aux pharmaciens de donner un nom spécial aux préparations qu'ils mettraient en vente, non plus qu'à les vendre avec l'indication du nom de celui qui les a préparées. Mais elle exigerait que la composition du médicament fût connue et toujours rendue publique et que le médicament vendu fût toujours celui qu'annonce son étiquette. Nous avons vu avec plaisir tous les projets de loi que nous avons étudiés protester contre la vente des remèdes secrets. Celui de M. H. Faure est le seul qui signale explicitement l'interdiction de l'annonce des médicaments, avec mention de ses propriétés curatives, mais ses confrères de l'Association générale et du syndicat des pharmaciens ont soin d'interdire le débit, la vente, l'exposition et l'annonce d'un remède secret et cette précaution serait déjà un immense progrès.

Dans une série d'articles (*Gaz. hebd.*, 1879, p. 517 et suiv.) consacrés à l'étude des *spécialités pharmaceutiques* nous nous sommes assez longuement expliqué déjà sur ce qu'il faut entendre par ce mot. Nous avons essayé de classer en divers groupes les médicaments que l'on confond d'ordinaire sous le nom de *spécialités* et nous avons conclu en disant : Les drogues simples, les matières premières, les produits chimiques bien définis que l'on fait venir de l'étranger ou que l'on prépare spécialement, dans le but de les vendre comme médicaments, peuvent être très utiles bien qu'ils ne soient pas toujours inscrits au *Codex*. Tolérée aujourd'hui, leur vente devrait être autorisée et même favorisée, dans des conditions bien définies, par une législation nouvelle. Il en serait de même, à plus forte raison, des médicaments simples ou composés, déjà inscrits au Codex, mais préparés spécialement par certains pharmaciens, soit que ceux-ci se soient plus particulièrement appliqués à obtenir des produits parfaitement purs, soit que, à l'aide d'un procédé de fabrication ou d'enrobage spécial, ils aient pu offrir au public des médicaments d'un usage et d'une administration plus faciles. Il est juste d'encourager ces tentatives et légitime d'autoriser le pharmacien, qui a réalisé un progrès, comme celui de bien préparer certaines pilules jusqu'alors trop facilement altérables ou de marquer sur chaque pilule le nom et la dose du principe actif qu'elle renferme, à prendre un brevet, à donner son nom au produit ou bien à la préparation qu'il met en vente et à retirer de son invention tous les bénéfices qu'elle comporte. Une seule réserve doit être faite au sujet de ces spécialités, préparées en grand dans certaines usines et vendues ensuite aux pharmaciens des villes et des campagnes. Il importe que, la responsabilité de celui qui les débite disparaissant en raison même de l'achat dont il peut fournir la preuve, les pharmaciens inspecteurs aient soin de bien surveiller ces usines de médicaments spéciaux et d'analyser fréquemment les produits qui en sortent. Cette réserve faite et les médicaments préparés en grand et mis en vente par des maisons spéciales étant toujours bien surveillés, nous ne pouvons qu'approuver ces établissements qui rendent de signalés services, en permettant à tous les médecins de savoir ce qu'on leur fournira quand ils prescriront un médicament spécialement caractérisé par le nom de la maison qui le fournit. Par contre nous ne saurions trop vivement condamner cette innombrable quantité de sirops, de potions, d'élixirs qui se débitent sans contrôle, qui ne renferment point les substances qu'ils sont censés contenir et qui ne réussissent que grâce à une réclame habile ou à la complicité inconsciente d'un trop grand nombre de médecins. Nous avons assez sévèrement critiqué, dans les articles que nous citions tout à l'heure, la conduite des médecins qui tirent un bénéfice quelconque de ces *spécialités*, pour ne point pouvoir applaudir sans réserves, non seulement à l'article qui, dans tous les projets que nous venons d'analyser, interdit l'association des médecins et des pharmaciens, mais encore à celui qui prohibe l'annonce des médicaments secrets. Il nous reste à former le vœu que la proposition de loi de M. H. Faure, qui résume les principales dispositions des projets de l'Association générale et du syndicat des pharmaciens, réunisse un nombre d'adhésions suffisant pour qu'elle soit prochainement adoptée. Elle modifiera, dans un sens favorable aux intérêts du public et à ceux des médecins et des pharmaciens, la loi actuelle, qui peut être considérée comme tombée en désuétude si l'on songe aux actes qui en violent chaque jour et le texte et l'esprit.

L. Lereboullet.

Le Congrès d'hygiène de Genève (1).

L'atténuation des virus, le microbe de la salive, le microbe de la fièvre typhoïde des chevaux. — Etiologie de la fièvre typhoïde. — L'éloignement des immondices dans les villes.

A une observation qui lui fut présentée après sa communication à la première séance générale de ce Congrès, M. Pasteur donna incidemment de l'hygiène cette définition, qu'elle était « la science qui permet, — quand elle sera développée plus scientifiquement, — de prévenir les maladies » ; « sans doute », ajouta-t-il, « la maladie entraîne après elle le remède ; mais il ne faut pas oublier qu'avant tout remède il est souvent plus facile de prévenir que de guérir. Parvien-

(1) Il a été expliqué, dans l'avant-dernier numéro, p. 598, de la *Gazette hebdomadaire* pourquoi le compte rendu de ce Congrès n'avait pu être publié sous la forme habituelle et, sinon en même temps, du moins aussitôt après le Congrès. M. le Secrétaire général a, en effet, absolument refusé aux représentants de la presse toute communication des procès-verbaux et des manuscrits, rendant ainsi impossible un examen suffisamment exact des discussions qui souvent avaient lieu dans plusieurs sections à la fois et sur des sujets analogues, alors surtout que ces discussions se poursuivaient entre les représentants de diverses branches scientifiques. Nous avons donc pensé qu'il convenait, dans un organe comme celui où s'écrivent ces lignes, d'attendre des renseignements plus sûrs que ceux qu'on peut recueillir par la sténographie sans revision des auteurs ou par des souvenirs recueillis de côté et d'autre. M. le Secrétaire général nous ayant personnellement autorisé à prendre connaissance, après le Congrès, des travaux présentés et des procès-verbaux, nous nous sommes empressé d'y consacrer sur place plusieurs jours ; nous lui savons gré de cette preuve de confiance et de son obligeance ; qu'il nous permette cependant, au nom des intérêts de la presse qui sont ceux du public tout entier, de penser que moins de prévention et plus de libéralisme vis-à-vis de ses représentants auraient au moins permis de signaler plus tôt, plus complètement et en plus parfaite connaissance de cause le succès d'un Congrès dû pour la plus grande part à son infatigable activité et à tout son dévouement.

dra-t-on quelque jour à prévenir toutes les maladies, je l'ignore; quoi qu'il en soit, allons pas à pas dans cette voie ». Assurément les Congrès internationaux d'hygiène sont à cet égard devenus une nécessité; car ils appellent à se réunir les représentants des nombreuses sciences dont l'hygiène utilise les applications et tous ceux qui s'adonnent à ces diverses sciences, même lorsqu'ils dirigent leurs travaux vers ce but unique, ont des habitudes de penser et de raisonner, un langage, des méthodes de recherches si différents qu'il leur devient indispensable de marquer le point, en quelque sorte, de temps à autre, afin de mesurer le chemin parcouru, de redresser les erreurs de route et de pouvoir plus aisément mettre barre vers la direction la plus utile.

Le Congrès de Genève, comme ses aînés de Bruxelles, de Paris et de Turin, n'a pas manqué d'offrir ce caractère et de répondre à ces indications; mais si nous voulons rechercher quelle particularité il présente, il faut tout d'abord reconnaître que ses travaux, à quelque ordre de science qu'ils appartinssent plus spécialement, étaient tous dominés par la doctrine parasitaire des maladies contagieuses, et par les récentes applications à laquelle cette doctrine a conduit en ce qui concerne l'atténuation des virus, leur transformation en vaccins. Que des médecins s'occupent, en effet, comme l'ont fait MM. Vallin, Fatio, Sonderegger et Ambuhl de la désinfection des personnes, de la chambre et des effets des malades, que des ingénieurs comme MM. Durand-Claye et Amoudruz, des architectes comme MM. Bourrit et Emile Trélat, ou des médecins comme MM. Varrentrapp, van Overbeek de Meijer, Brouardel, Vidal, Hauser et Julliard, veuillent obtenir l'assainissement et la salubrité des villes par un système quelconque d'égouts, qu'on cherche enfin avec MM. les docteurs Fauvel, Proust, Formento, Layet, Da Silva Arnoda, Félix, Bradel, ou MM. les vétérinaires Galtier et Duplessis à assurer la prophylaxie des maladies infectieuses chez l'homme et chez les animaux par des mesures particulières et même internationales, tous ces travaux, toutes les préoccupations qui animent leurs auteurs dérivent de cette même idée, si magistralement exprimée par M. le professeur Cornil dans sa leçon inaugurale, à savoir: « qu'en tenant compte aujourd'hui de tant de données nouvelles introduites par M. Pasteur, le génie initiateur dans cette voie, par Davaine, par Koch, Cohn, Klebs, etc., sur le rôle des micro-organismes dans les maladies, il nous est bien permis d'admettre qu'une période nouvelle s'ouvre aux recherches scientifiques; jamais révolution médicale ne s'est annoncée plus complète et plus féconde, car elle fera connaître la cause des maladies virulentes, épidémiques, endémiques ou contagieuses, et mettra sur la voie d'une thérapeutique nouvelle par les vaccinations, par la purification de l'air, de l'eau, des aliments, des circumfusa et des ingesta, comme on dit dans la langue médicale. » On l'a bien vu à l'affluence qui se pressait dans « l'Aula » de l'Université pour entendre la communication que M. Pasteur avait bien voulu promettre sur l'atténuation des virus; on l'a bien vu aussi aux applaudissements enthousiastes qui l'ont accueilli et qui n'ont pas cessé de souligner les principaux passages de son mémoire.

La méthode de l'atténuation des virus, telle que les expériences de Pouilly-le-Fort l'ont si brillamment établie, est susceptible de généralisation, et son application doit seulement être modifiée selon les propriétés physiologiques des divers microbes: telle est la démonstration que M. Pasteur a faite avec l'autorité habituelle de sa parole et la rigueur de ses déductions scientifiques. Comme il l'a tout d'abord rappelé, ces « données précieuses dont se sont enrichies nos connaissances sur les virus » ont pris naissance dans ses recherches, publiées en 1880, sur le microbe de la maladie dite choléra des poules; « un virus, alors même qu'il est constitué par un microbe, peut, sans un changement très marqué dans sa morphologie générale, être atténué dans sa virulence, conserver celle-ci dans des cultures, produire des germes et, sous son nouvel état, communiquer une maladie passagère, capable de préserver de la maladie mortelle, propre à l'action de ce virus dans son état de nature. Cette modification peut se produire par une simple exposition du virus à l'oxygène de l'air; cette action de l'oxygène est d'ailleurs variable avec la température à laquelle elle s'exerce, et avec le milieu qui contient le virus et dans lequel il a pris naissance ». Ce que cette méthode a produit pour le choléra des poules et le sang de rate, nos lecteurs le savent assez pour que nous n'ayons pas à suivre M. Pasteur lorsqu'il résume ces divers faits avant d'aborder la partie véritablement nouvelle de sa communication, celle qui se rapporte au microbe recueilli dans la salive, à celui qu'il vient de rencontrer dans la fièvre typhoïde du cheval et aux particularités qui lui ont permis d'obtenir des cultures vaccinales de ces deux nouveaux micro-organismes.

A la suite des recherches qu'il avait entreprises, à l'instigation de MM. Maurice Raynaud et Lannelongue, sur la salive d'un enfant mort de la rage, on sait que M. Pasteur avait montré que la salive des personnes enragées contient, outre le virus rabique non caractérisé encore par un microbe cultivable, un virus formé par un microbe spécial cultivable et des microbes divers, capables d'amener la mort par des productions exagérées de pus, des désordres excessifs et quelquefois l'introduction dans le sang de microbes communs; mais depuis lors il a pu reconnaître que la salive des personnes adultes, mortes de maladies diverses, ne renferme pas le nouveau microbe ou plutôt qu'il a été masqué, dans les expériences, par l'abondance des microbes propres à faire du pus, tandis qu'au contraire, la salive d'enfants morts de maladies diverses a amené la mort des lapins par le microbe dont il s'agit, microbe que l'on a retrouvé encore dans les salives de personnes en pleine santé; de sorte que ce nouveau microbe n'a certainement aucune relation avec le virus rabique. Toutefois M. Pasteur le considère comme le troisième des microbes aérobies qu'on puisse atténuer par une même méthode se prêtant en outre à la préparation « facile » de leurs vaccins. A vrai dire, la préparation de ces vaccins a ses particularités, que M. Pasteur et ses collaborateurs habituels, MM. Chamberland, Roux et Thuillier ont dû s'ingénier à reconnaître par une technique expérimentale toute spéciale. C'est ainsi que ce microbe compagnon de la rage, ainsi qu'on l'a appelé, a la vie plus courte que celui du choléra des poules, ou du moins que ses cultures périssent très vite; mais inoculées aux lapins, lorsqu'elles sont à la fin de leur vie, elles ne les tuent pas toujours, et il est alors facile de constater que parmi les lapins inoculés dans ces conditions, beaucoup résistent ensuite à des inoculations virulentes, ce qui fait dire à M. Pasteur que la maladie ne récidive pas, du moins pendant longtemps. Il fallait donc pouvoir, afin de saisir le moment précis où l'ensemencement de la culture peut donner un vaccin convenable, allonger la durée de leur existence; M. Pasteur y est parvenu en composant le milieu de culture avec deux parties de bouillon de veau et une partie de sang pur de lapin; on a ainsi par ensemencement de sang virulent ou d'une culture en bouillon, même d'ordre élevé,

des liquides qui ont jusqu'à quarante ou cinquante jours de durée, et dans les dix derniers jours les cultures de bouillon ensemencées avec ce mélange sanguin forment une série de cultures de virulences graduées, toutes vaccinales à divers degrés. La comparaison de ces cultures faites et conservées au contact de l'air avec celles en tubes fermés ou dans le vide, montre en outre, comme pour celle des autres microbes également cultivés, que c'est bien l'action de l'oxygène de l'air qui modifie la culture et en atténue progressivement la virulence.

Le quatrième microbe que M. Pasteur est parvenu tout récemment à « domestiquer », comme on l'a dit, est un petit organisme, en forme de 8, avec un étranglement allongé, qu'il a étudié et découvert au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde des chevaux ayant régné avec une certaine intensité l'année dernière à Paris; ce microbe, qu'on rencontre, par exemple, dans la matière écumeuse sortant par les naseaux au moment de la mort de l'animal, communique au lapin une véritable fièvre typhoïde qui le tue en moins de vingt-quatre heures, avec tous les caractères symptomatologiques et les lésions anatomiques de cette affection. Or, l'atténuation de ce microbe a lieu également quand on expose ses cultures dans du bouillon au contact de l'air; mais la période pendant laquelle elle se montre est suivie presque immédiatement de la mort du microbe; aussi M. Pasteur a-t-il imaginé ce qu'il appelle modestement l'artifice suivant: après avoir fait une culture à l'aide du sang virulent d'un lapin mort et l'avoir abandonnée à elle-même, on l'ensemence chaque jour dans un nouveau flacon de bouillon, de façon à avoir autant de cultures que de jours de repos de la première culture-mère; il survient un moment où la semence prise dans cette culture-mère se montre stérile; arrivé à ce point, on reprend, comme culture-mère d'une nouvelle série de cultures quotidiennes, la culture faite la veille de la mort de la première culture-mère; la seconde culture-mère meurt à son tour et l'on refait alors une nouvelle série de cultures quotidiennes, de façon à obtenir enfin des cultures qui n'entraînent plus la mort des lapins et se bornent à provoquer des abcès guérissables; ces cultures sont vaccinales, car les lapins guéris supportent sans accidents les cultures les plus virulentes de cet organisme microscopique. On voit ainsi combien M. Pasteur, par ces nouvelles découvertes, est autorisé à penser que la science possède désormais une méthode générale d'atténuation des virus. Diverses critiques ont été cependant adressées à ses travaux, tout particulièrement dans le *Recueil des travaux de l'Office sanitaire impérial allemand*, par M. le docteur Robert Koch et ses élèves; ce sont ces critiques que M. Pasteur a discutées avec une certaine vivacité dans la seconde partie de sa communication; on connaissait la présence de M. le docteur Robert Koch dans l'auditoire, et l'on espérait assister au débat d'un si haut intérêt que l'auteur de la découverte des spores du charbon et d'un microbe dans la tuberculose devait, pensait-on, engager avec M. Pasteur; mais cette attente a été déçue, M. Koch ayant fait sagement remarquer que son impossibilité de s'exprimer en langue française et l'impossibilité pour M. Pasteur de parler en allemand rendaient toute discussion publique difficile, autrement que par la voie des journaux; d'ailleurs, il croyait n'avoir rien vu de nouveau dans la communication de M. Pasteur et les critiques de technique expérimentale ne lui paraissaient intéresser que médiocrement l'hygiène. La séance a donc dû être levée après que M. le docteur Sormani eût fait un intéressant compte rendu des expériences de vaccination charbonneuse faites, en Italie, sur les conseils de M. Pasteur, et après que celui-ci eût fait connaître les résultats actuels de vaccinations charbonneuses en France et à l'étranger, vaccinations ayant porté jusqu'ici sur 350 000 moutons, 40 000 bœufs et 35 000 chevaux, et qui n'ont donné que 1 mort sur 300 parmi les moutons et 1 boviné sur 2000.

Cette influence des théories parasitaires et le grand exemple, nous pourrions dire les grandes espérances que l'atténuation des virus fournit à la prophylaxie ont dominé, disions-nous tout à l'heure, toutes les délibérations du congrès d'hygiène de Genève; nous en retrouvons surtout la trace dans les diverses discussions à propos des maladies infectieuses et contagieuses. Sans doute, il est vrai, la généralisation est facile en pareil cas, mais il est plus malaisé d'en prouver la réalité, et M. Pasteur n'a pas manqué de s'arrêter aux faits précis, parfaitement démontrés, craignant presque la hâte de généralisation qui s'empare, en ce moment, de la plupart des hygiénistes. De fait, les remarques de M. l'inspecteur vétérinaire Duplessis offrent une certaine séduction, lorsqu'il montre, avec un ensemble d'observations embrassant plus de vingt années et sur un très grand nombre de chevaux, que plusieurs épidémies de fièvre typhoïde chez des cavaliers casernés furent concomitantes avec des épizooties de cette maladie chez leurs montures; aussi serait-on tenté d'identifier le microbe découvert dans ce dernier cas avec celui qui caractériserait la maladie chez l'homme. Toutefois, M. Pasteur qui, au dire de M. Proust, n'a pu encore trouver d'organisme spécial dans le sang recueilli aussitôt après la mort sur des malades succombant à la fièvre typhoïde, à l'hôpital Lariboisière, est loin d'affirmer actuellement cette analogie; comme il l'a dit lui-même, « il convient d'attendre ce qui adviendra de la prophylaxie de la fièvre typhoïde avec le progrès scientifique ». Aussi, en l'état actuel de nos connaissances, l'opinion que M. Arnould a développée dans les termes suivants n'a-t-elle pas trouvé de contradicteurs: « La fièvre typhoïde, a-t-il dit, a les allures des maladies spécifiques; en tant que spécifique, elle n'est jamais ni spontanée, ni engendrée de l'action banale des agents extérieurs, et, s'il est rationnel de la compter au nombre des maladies parasitaires, on ne saurait actuellement regarder le fait comme complètement acquis, en présence des divergences des expérimentateurs sur le type du parasite supposé, de l'incertitude des résultats cliniques obtenus par l'inoculation aux animaux et surtout des doutes légitimes qui règnent chez les médecins à l'égard de l'aptitude à la fièvre typhoïde des espèces animales autres que l'homme. » Nous ne pouvons suivre le savant professeur de la Faculté de médecine de Lille dans les considérations qu'il a développées dans son mémoire, à coup sûr l'un des plus remarquables de ceux présentés au congrès, afin d'appuyer ses idées très personnelles sur l'étiologie et la prophylaxie de cette affection dont il a si justement constaté le caractère ubiquitaire à notre époque; le monde civilisé traverse, en effet, en ce moment, suivant son expression, un « règne » de fièvre typhoïde; elle sévit sur toutes les classes, à la ville et à la campagne, dans les localités les plus diverses, sur toutes les races d'hommes. Mais, si l'on admet avec lui que ce fait soit explicable sans l'intervention du génie épidémique qui a si longtemps fourni un thème commode à dissertations médicales, il est encore assez malaisé de constituer à la fièvre typhoïde une unité pathogénique, si l'on en juge par les explications assez dissemblables que les divers auteurs donnent de ses manifestations, bien qu'en s'entendant, à très peu près, sur la question de doctrine. C'est ainsi que M. Ar-

nould, étudiant les milieux de conservation et éventuellement de reproduction de l'agent typhogène, considère comme l'un des plus importants l'homme et les objets à son usage, tandis que M. de Cérenville et surtout M. Soyka font jouer au sol un rôle plus considérable à ce point de vue. Pour M. Arnould, la marche d'un grand nombre d'épidémies que l'on voit débuter, dit-il, par des embarras gastriques et des diarrhées, l'influence décisive de circonstances extérieures, banales, sur l'éclosion de certains cas de fièvre typhoïde, les épidémies nées à distance, dans le temps et dans l'espace, de tout foyer et sans importation apparente, « portent à croire que l'homme lui-même peut véhiculer, dans ses voies digestives ou même respiratoires, l'agent typhogène à l'état latent, sans développement immédiat, mais conservant l'aptitude à se multiplier et à devenir envahissant, après un temps assez long, sous l'influence de conditions déprimantes ». Il cite à cet effet un certain nombre d'épidémies dans lesquelles divers contingents militaires ont été atteints de fièvre typhoïde, sans qu'il y ait eu filiation entre les divers cas, les hommes étant devenus malades presque tous au même moment et dans des camps souvent très éloignés, comme lors de la dernière campagne en Tunisie. Assurément, M. Arnould ne voudrait pas donner à ses idées des conséquences exclusives et il considère l'étiologie de la fièvre typhoïde comme assez complexe, du moins dans l'état actuel de nos connaissances, que ce soit encore le sol, l'eau, l'air ou les aliments, ou bien les circonstances si nombreuses de réceptivité, qu'il faille invoquer dans tels ou tels cas. Il admet bien, par exemple, que le sol puisse être un milieu de conservation de l'agent typhogène, dans de certaines conditions de structure, d'humectation et de saturation infectieuse, mais il croit que cette propriété réside plutôt à la surface que dans la profondeur, de telle sorte que le sol pourrait être remplacé par un support de toute nature et qu'il n'est pas un lieu de passage nécessaire de l'agent pathogène ; aussi ne saurait-il généraliser, autant que M. Soyka est disposé à le faire, avec toute l'école de Munich, l'influence de l'abaissement de la nappe d'eau souterraine sur la production de la fièvre typhoïde ; les nouveaux exemples présentés par celui-ci, pour la ville de Munich, à l'appui de cette théorie lui paraissent comporter quelques réserves, en considération surtout de l'insalubrité manifeste des quartiers où la maladie a subi les atteintes les plus graves. Quant à M. de Cérenville, il a montré, une fois de plus, la vérité de ce fait que les travaux de terrassements faits dans les villes en altèrent tout d'abord la salubrité en augmentant de suite les sévices de la fièvre typhoïde, cette maladie qui s'identifie de plus en plus avec toutes les causes d'infection et de misère physiologique; mais ces travaux de terrassements eurent, dans le cas de la ville de Lausanne, comme dans bien d'autres, pour résultat ultérieur d'augmenter l'assainissement de la ville en amenant des quantités considérables d'eau potable, si bien qu'ils ont eu pour conséquence une diminution constante de la fièvre typhoïde et de la mortalité générale. Mais toutes ces divergences sur l'étiologie de cette affection, cette richesse des microbes décrits à son intention, et qui n'en démontrent que la pénurie, suivant l'expression de M. Proust, ont promptement mis d'accord tous les membres de la section devant laquelle ces divergences se produisaient sur la nécessité d'établir une base de recherches spéciales, d'après un plan uniforme et international; la proposition qui en avait déjà été fait aux précédents Congrès d'hygiène par M. Proust, a été renouvelée par lui en présentant à ce sujet le programme qu'il a été chargé de rédiger au nom du Comité consultatif d'hygiène publique de France ; puisse la réalisation n'en souffrir aucune entrave et devenir suffisamment générale !

Pendant que M. Arnould, et après lui M. Soyka, montraient incidemment que la salubrité des villes ne peut être assurée que par l'évacuation immédiate des matières excrémentitielles, alors qu'ils s'appuyaient précisément à ce sujet sur la nécessité d'en éloigner au plus vite les germes infectieux, dans une autre section, les ingénieurs et les médecins étaient aux prises pour discuter le grave et difficile problème de cette évacuation par tels ou tels systèmes d'égouts. Là, M. Arnould déclarait que les évacuations des égouts ne renferment pas de molécules organisées tant que leur surface n'est pas pulvérulente et que l'écoulement des liquides s'y fait d'une manière convenable; ici, MM. Brouardel et Vidal exprimaient leurs appréhensions à propos de ces mêmes émanations, surtout au point de vue de la propagation des germes de la fièvre typhoïde. Toujours, on le voit, la crainte des micro-organismes et l'influence des doctrines parasitaires, microbiennes, pour employer un terme devenu usuel ! D'autre part, les ingénieurs, parmi lesquels M. Durand-Claye, plus particulièrement mis en cause, proposaient leurs diverses solutions pour obtenir un prompt enlèvement des immondices, soit par le système dit tout à l'égout, soit par une conduite fermée spéciale. Nous ne saurions ici reproduire, même en partie, toutes ces discussions, échos de celles auxquelles on s'est livré de tous côtés à Paris, dans ces derniers temps, et dont nous avons parlé ici même l'année dernière; il nous faut, toutefois, reconnaître que la plupart des orateurs étrangers ont paru quelque peu surpris de nos luttes, trop souvent ardentes, entre médecins et ingénieurs à ce sujet; d'ailleurs, de part et d'autre, le principe a été presque uniquement envisagé et les discussions de principe peuvent ne pas avoir de fin. Elles ont, au surplus, dans cette circonstance, disons-le en passant, montré combien il importe désormais, dans les Congrès d'hygiène, de prendre des mesures préalables pour que les discussions ne puissent s'égarer et combien il serait également nécessaire de borner les ordres du jour à une ou deux questions qui pourraient être complètement élucidées pendant le temps toujours très court de ces réunions. Ainsi, pour cette question des égouts, il est vraiment difficile d'affirmer que telle ou telle solution a eu pour elle la majorité au Congrès de Genève, bien que le plus grand nombre des orateurs, surtout parmi les hygiénistes étrangers, soient des défenseurs, convaincus par leur pratique personnelle ou les exemples qu'ils ont pu contrôler sur place depuis un grand nombre d'années, soient, disons-nous, des partisans du tout à l'égout avec écoulement facile de quantités abondantes d'eau. C'est du moins l'opinion à laquelle M. le docteur Varrentrapp s'est arrêté dans une communication qui a été comme le point culminant de ces débats.

(*A suivre.*) A.-J. Martin.

Contributions pharmaceutiques.

SUR LE SOUFRE PRÉCIPITÉ (ANCIEN MAGISTÈRE DE SOUFRE).

Ainsi qu'on a pu s'en convaincre en lisant mes précédents articles, il est de toute nécessité, pour la bonne préparation d'une pommade et pour obtenir son maximum d'activité, que le principe minéral employé, — quand il n'est pas soluble, — soit dans un état de ténuité extrême. C'est pour cette raison que j'ai tant insisté sur la porphyrisation de l'oxyde rouge

de mercure et de la fleur de soufre. Et, de même que l'oxyde de mercure précipité doit être préféré à l'oxyde rouge, de même le soufre précipité doit être préféré au soufre sublimé.

Le magistère de soufre est dans un état moléculaire merveilleusement approprié à la confection des pommades et liniments, état que ne peut jamais atteindre la fleur de soufre, quel que soit le soin apporté à sa pulvérisation. Les doses à employer sont les mêmes pour les deux produits. D'ailleurs, au point de vue magistral, on les varie à volonté.

Ainsi, voici une excellente formule dans laquelle le soufre forme la masse, et la glycérine l'adjuvant nécessaire pour avoir une consistance convenable :

Soufre précipité..........	30 grammes.
Glycérine officinale........	40 —

Mêlez avec soin dans un mortier, et conservez dans un flacon à large ouverture.

Ici nous sommes loin de la proportion officinale de 10 pour 100 du Codex, et cependant je ne saurais trop recommander cette formule; j'ai été à même d'en voir souvent les excellents effets. Son activité n'infirme en rien ce que j'ai écrit à propos de la glycérine employée comme véhicule; attendu que, dans cette préparation, cette dernière agit comme un topique, de sorte que son action vient s'ajouter heureusement à celle du soufre.

D'après ce qui précède, on devrait s'attendre à voir la commission du Codex rejeter l'emploi de la fleur de soufre. C'est cependant le contraire qui aura lieu. Ce produit naturel est si abondant, si commun et d'un si bas prix, qu'il aurait fallu de bien fortes raisons pour qu'elle lui substituât un produit fabriqué et d'un prix cinq fois plus élevé. Aussi, malgré la supériorité médicamenteuse du soufre précipité, la commission n'a pas cru devoir le préférer, dans les formules légales, au soufre sublimé, lavé et surtout porphyrisé.

J'ai contribué, pour ma part, à cette décision, et tous les pharmaciens seront de notre avis, car la préparation du soufre précipité exige plutôt une usine qu'un laboratoire de ville. Les torrents d'hydrogène sulfuré qui se dégagent au moment de la précipitation nécessitent des hangars spacieux et aérés.

Voici, en résumé, comment on fabrique le magistère de soufre.

On fait bouillir, dans de l'eau, de la fleur de soufre avec de la chaux éteinte; on filtre, et dans ce polysulfure de calcium liquide étendu d'eau, on verse de l'acide chlorhydrique affaibli, en agitant continuellement jusqu'à ce qu'il y en ait un excès. Il se dégage de l'acide sulfhydrique et il se précipite du soufre. On lave le précipité à plusieurs reprises et on le fait sécher à l'air. Il se présente alors sous la forme d'une poudre impalpable plus pâle et plus terne que le soufre ordinaire.

Comme on le voit, au point de vue de la rédaction d'un formulaire général, l'hésitation n'était pas possible; mais les propriétés du soufre précipité n'en subsistent pas moins, et nos lecteurs se trouveront bien de la prescription suivante :

Soufre précipité..............	3 grammes.
Vaseline ou pétréoline........	27 —

Triturez jusqu'à parfait mélange.

C'est, selon moi, la meilleure des pommades soufrées. Son onctuosité et sa bonne conservation sont incomparables.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Anatomie pathologique.

Syphilis cérébrale, extrait de leçons faites en 1880, à l'hôpital de la Pitié, par le docteur E. Lancereaux, et publiées par M. L. Gautier, interne des hôpitaux.

(Suite. — Voyez les numéros 25, 29 et 33.)

II. — Artérite syphilitique.

L'histoire de l'artérite syphilitique est de date toute récente; cependant elle a déjà donné lieu à un nombre assez respectable de travaux. Signalée pour la première fois en France dans le travail qui nous est commun avec notre regretté collaborateur le docteur Léon Gros (*Des affections nerveuses syphilitiques*. Paris, 1861), et ensuite dans notre thèse inaugurale (*De la thrombose et de l'embolie cérébrale*. Paris, 1862), elle attira, dès l'année 1862, l'attention du docteur Steenberg, qui, dans un mémoire sur la syphilis cérébrale, paru à Copenhague, émet l'avis « qu'une grande partie des affections cérébrales spécifiques est consécutive à une lésion primitive des artères ». A partir de cette époque plusieurs médecins anglais (Clifford Albutt, Moxon, H. Jackson, etc.) ont publié des faits relatifs à cette affection, qui tient une place importante dans notre *Traité didactique de la syphilis*.

Heubner a fait une étude attentive de la question dans un travail où sont consignés trois cas personnels avec examen histologique. De nombreuses observations ont été rapportées depuis lors (voy. les *Bulletins de la Société anatomique de Paris* et les *Transactions pathologiques de Londres*), en sorte que l'artérite est aujourd'hui l'une des manifestations syphilitiques les mieux connues.

Quatre faits récemment observés dans notre service vont nous permettre de donner ici une description anatomique et clinique de l'artérite cérébrale syphilitique.

Obs. I. *Artérite cérébrale syphilitique; hémiplégie droite avec aphasie; adénie et mort.* — L..., âgée de trente-neuf ans, modiste, femme bien constituée, contracte, à l'âge de vingt-cinq ans, un chancre qui est suivi de plaques muqueuses, d'angine, de roséole et d'alopécie. Depuis lors sa santé avait laissé peu à désirer, lorsque, dans le courant de décembre 1877, elle éprouva, dans le côté gauche de la tête, des douleurs plus vives dans la nuit que pendant le jour, et aussi des sensations de froid dans les membres. Le 8 mars, étant à son travail, elle sentit que sa main et sa jambe droites lui échappaient et qu'elle avait de la peine à se soutenir; puis sa parole s'embarrassa, et elle perdit connaissance pendant une demi-heure environ.

Le 11 mars 1878, jour de son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, cette malade présente une paralysie du facial inférieur, et une parésie des membres supérieur et inférieur à droite; elle a conscience de son état, mais ne peut manifester sa pensée par la parole; malgré des efforts considérables, elle ne trouve pas les noms des objets; les expressions lui échappent; de temps à autre pourtant elle parvient à construire une phrase comme celle-ci : « *Malheur de ne pas pouvoir parler!* » Intelligence conservée; vue et ouïe normales; crâne sain; poumons, cœur et viscères de l'abdomen non altérés. (Frictions mercurielles matin et soir; iodure de potassium, 3 grammes.)

Le 20, la malade prononce le mot *oui*. Ce mot et deux ou trois autres sont les seuls qu'elle parvient à trouver, la bouche reste déviée. Elle porte la main droite à la tête et soulève la jambe; elle comprend tout ce qu'on lui dit et s'impatiente de ne pouvoir y répondre. (Suppression des frictions mercurielles jusqu'au 28 mars.)

Le 10 avril, la paralysie motrice des membres a notablement diminué; la mémoire des mots tend à revenir; pourtant, au lieu de dire *oui*, la malade dit souvent *non;* son répertoire est toujours très restreint; elle ne se souvient pas de son nom propre; si l'on vient à le prononcer, elle fait aussitôt un signe d'assentiment; elle paraît prendre de l'embonpoint.

Le 23, elle se lève et peut marcher sans se tenir aux objets; son vocabulaire est quelque peu augmenté.

Le 18 mai, la malade quitte l'hôpital, conservant un léger degré de paralysie des membres du côté droit; elle arrive à construire un certain nombre de phrases, peut lire, mais est arrêtée à chaque instant par l'impossibilité de se rappeler tous les termes; elle signe son nom, écrit sous la dictée quelques mots seulement, celui de *maman*, par exemple; elle orthographie *oncle* par un *g*, en reconnaissant que ce mot est mal écrit.

Un mois plus tard elle rentre à l'hôpital dans le même état. En septembre, on s'aperçoit d'une tuméfaction des ganglions sous-maxillaires, inguinaux et axillaires, qui augmente d'une façon progressive, sans exagération notable du nombre des globules blancs; les ganglions bronchiques s'altèrent à leur tour, et deviennent une cause de dyspnée et de pâleur de la face; la rate et le foie augmentent de volume; les membres inférieurs s'œdématient; des eschares se produisent à l'une des grandes lèvres et aux fesses. Dans les derniers temps de la vie, les globules blancs sont environ trois fois plus nombreux; l'affaiblissement est graduel et la mort a lieu le 7 décembre.

Autopsie. — Les lésions des ganglions lymphatiques du foie et de la rate sont celles de la maladie décrite sous le nom d'*adénie;* nous les passerons sous silence, pour nous occuper uniquement de celles qui se rapportent à la syphilis.

Le lobe inférieur de l'hémisphère gauche est plus court de 1 centimètre et demi environ que son congénère; cet hémisphère est diminué à peu près du tiers de son volume par suite surtout de l'affaissement des circonvolutions antérieures; la moitié postérieure des deuxième et troisième circonvolutions est affaissée, ramollie et jaunâtre, ocreuse sous la pie-mère vascularisée. La frontale ascendante présente également, au niveau de sa partie inférieure, une teinte jaunâtre et un léger degré de ramollissement; la pariétale est saine. L'hémisphère droit, les nerfs cérébraux sont normaux, ainsi que l'artère sylvienne droite; mais il n'en est pas de même de celle de gauche. Intacte dans sa première portion, cette dernière se divise en deux branches, dont l'une, non altérée, gagne les circonvolutions pariétales, tandis que l'autre, qui se rend aux circonvolutions antérieures, se montre sous la forme d'un cordon mince et solide que ne peut traverser même

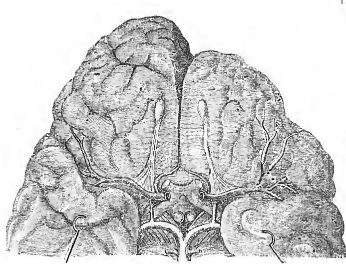


Fig. 9. — Partie antérieure de la base de l'encéphale, une branche de l'artère sylvienne gauche est solide, rétrécie et oblitérée.

une injection d'air (fig. 9). Une coupe transversale de ce vaisseau, examinée au microscope, montre dans la tunique externe une multiplication cellulaire abondante, et dans la tunique interne une végétation de même ordre, faisant adhérer entre elles les parois du vaisseau, dont l'oblitération est totale (fig. 10). L'artère communicante postérieure droite présente un point d'épaississement; elle a conservé son calibre. La protubérance annulaire est affaissée à gauche; le liquide ventriculaire est abondant; les artères carotides sont normales au niveau des sinus caverneux; le corps pituitaire, doublé de volume, est pâle, décoloré; à son centre, noyau jaunâtre comme nécrosé.

Il s'agit dans ce fait d'une femme jeune qui, à la suite de quelques prodromes, a présenté les signes d'un ramollissement cérébral par obstruction artérielle. Tenant compte des symptômes précurseurs, de l'âge de cette malade et de ses antécédents pathologiques, nous n'avons pas hésité à diagnostiquer une artérite syphilitique, et à instituer aussitôt un traitement énergique. Malheureusement ce traitement a été commencé trop tard, eu égard au rétablissement de la fonc-

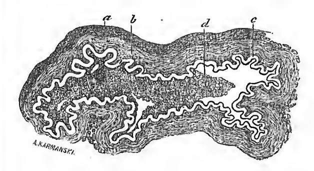


Fig. 10. — *a*, tunique externe; *b*, tunique moyenne; *c*, lame élastique plissée par le fait de la rétraction cicatricielle; *d*, tissu de cicatrice oblitérant le vaisseau.

tion, car l'oblitération artérielle une fois accomplie, l'encéphalomalacie en est fatalement la conséquence. Le traitement devrait donc précéder cette oblitération; malheureusement peu de signes viennent mettre le médecin sur la voie du diagnostic.

L'observation qui suit est un exemple de désordres d'un autre genre. Ici, en effet, l'artérite a été suivie d'une dilatation anévrysmale et de la rupture de l'artère malade avec hémorrhagie méningée.

Obs. II. *Syphilis secondaire; fausses couches successives; artérite syphilitique avec anévrysmes, et mort par hémorrhagie méningée.* — D. S..., femme B..., est la femme du sujet de notre troisième observation de méningite syphilitique.

C'est une personne de quarante-quatre ans, petite, trapue, des mieux constituées. Mariée à vingt ans, elle eut presque aussitôt un mal de gorge qui dura plusieurs mois, une éruption cutanée et un enrouement prolongé. A la suite de plusieurs avortements et de deux enfants morts en bas âge, elle parvint, au bout de six ans, à avoir une fille qui survécut après avoir présenté, dans ses premiers mois, des accidents manifestement spécifiques. D'ailleurs notre malade conserva une bonne santé ou du moins ne s'aperçut d'aucun désordre sérieux, et commençait même à prendre de l'embonpoint, lorsqu'en 1876 survinrent des étourdissements, des vertiges, de la céphalée. Ces accidents, d'abord intermittents, se manifestèrent avec plus d'intensité pendant environ trois jours, après quoi la malade présenta dans le bras droit une paralysie qui ne tarda pas à devenir complète, tandis que le mouvement se perdait du même côté dans les muscles de la face et de la jambe; il se produisit ainsi une hémiplégie sans attaque apoplectique. Appelé dès le début des accidents, je soupçonnai l'existence d'une altération syphilitique, et prescrivis 20 centigrammes de calomel en dix doses. Après trois jours, il survint une stomatite des plus intenses, qui força à cesser l'usage de ce médicament. La malade ayant été transportée à l'hôpital Saint-Antoine, dans mon service, elle fut soumise à un traitement par le chlorate de potasse et l'iodure de potassium. Malgré cette médication, elle resta somnolente pendant plusieurs jours, se nourrit à peine, puis se remit à manger; mais je dois reconnaître que l'amélioration qui survint plus tard ne fut pas beaucoup plus rapide que dans les cas ordinaires d'hémiplégie. La malade sortit après deux mois et demi de séjour à l'hôpital; elle marchait en traînant la jambe, et le bras, bien qu'incomplètement paralysé, ne pouvait lui servir.

Cet état, auquel s'ajoutaient de temps à autre de la céphalée et des étourdissements, se continua jusqu'au 22 janvier, jour où notre malade fut tout à coup frappée d'apoplexie. Transportée de nouveau dans notre service, elle se trouve dans un coma profond, conserve à droite de la paralysie, et présente à gauche une hémiplégie très incomplète, accompagnée de raideur et d'un léger degré d'hyperesthésie. Les mâchoires sont contracturées, la tête

et les yeux n'offrent aucune déviation, les pupilles présentent un léger rétrécissement. L'intelligence n'est pas entièrement abolie, car la malade, malgré une impossibilité absolue de parler, suit encore du regard; le pouls est fréquent, la respiration embarrassée. Cet état se continue jusqu'au lendemain 24, jour de la mort.

Autopsie. — Le crâne est légèrement sclérosé, la dure-mère intacte; les corpuscules de Pacchioni sont nombreux, et les méninges molles, quelque peu opalines à la convexité des hémisphères. Du sang se trouve épanché dans toute l'étendue de la scissure de Sylvius droite, entre l'arachnoïde et la pie-mère, principalement le long des branches de ce vaisseau. Cette hémorrhagie s'étend, à la base, depuis le chiasma des nerfs optiques jusqu'à la protubérance annulaire. Un liquide sanguinolent existe dans les ventricules latéraux, l'aqueduc de Sylvius, le quatrième ventricule, et à la circonférence du cervelet. La corne sphénoïdale, ramollie, a livré passage au sang, qui de la scissure a pénétré jusque dans les ventricules latéraux. Le corps strié, la couche optique et le reste de l'hémisphère droit sont intacts. Le corps strié gauche offre à sa partie externe un foyer de ramollissement blanc limité par une fausse membrane jaunâtre; à ce foyer se rapporte l'hémiplégie ancienne du côté droit.

Les artères sylviennes sont le point de départ de tous ces désordres. Ces deux vaisseaux sont effectivement altérés; la sylvienne droite (voy. fig. 11), épaissie sur quelques points, est sur d'autres

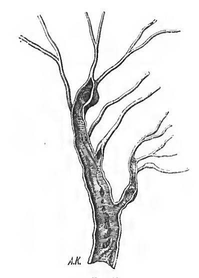


Fig. 11.

amincie, principalement à la terminaison de son tronc principal, où existe une dilatation anévrysmatique avec perforation. Plusieurs des branches qui émergent de ce vaisseau ont leurs parois épaissies sur une faible étendue; deux d'entre elles présentent à leur origine de petites dilatations anévrysmatiques au niveau desquelles la tunique moyenne a disparu. La surface interne du tronc artériel est irrégulière et comme cicatrisée; sa paroi, peu épaisse, est formée d'un tissu résistant. Quelques-unes des branches secondaires sont notablement épaissies par places. Cet épaississement, qui porte principalement sur la tunique interne et la tunique externe, est composé de cellules arrondies, lymphoïdes; les fibres musculaires de la tunique moyenne sont comprimées et atrophiées par ces éléments. La sylvienne gauche est rétrécie, mais perméable; sur une étendue de 2 centimètres environ au niveau de l'émergence de l'artère choroïdienne, ses parois sont manifestement rétractées.

Le cœur est chargé de graisse à sa base; le myocarde est peu coloré; les valvules cardiaques sont intactes, à part quelques petites taches graisseuses de la mitrale. Les cavités ont leurs dimensions habituelles; l'aorte et les artères qui en émanent sont normales. Les poumons sont légèrement congestionnés; le foie n'est pas altéré; il en est de même des reins, de l'utérus et des ovaires; le tube digestif est intact.

Dans ce cas, la terminaison fatale a été brusquement amenée par un accident (rupture vasculaire) contre lequel il était impossible de se prémunir, mais qui montre combien il faut surveiller avec soin l'apparition des premiers symptômes cérébraux chez les syphilitiques, afin d'éviter des désordres graves qui compromettent infailliblement l'existence, et tuent quelquefois très rapidement. C'est du reste ce qui est encore arrivé dans l'observation qui suit :

Obs. III. *Gommes cutanées et artérite avec anévrysme de l'artère carotide interne droite à sa terminaison, hémorrhagie méningée.* — B..., trente ans, couturière, apportée dans notre service le 16 février 1881, est une femme bien constituée, qui depuis quelques jours a perdu l'usage de ses facultés intellectuelles et ne peut se soutenir. Abattue et somnolente, elle répond difficilement aux questions. Ses membres sont faibles, mais non paralysés; sa sensibilité est intacte; ses pupilles sont égales, dilatées, peu sensibles à l'action de la lumière; elle paraît éprouver un léger mal de tête. Les organes thoraciques et abdominaux sont sains, sauf les reins, car les urines, dont la quantité ne dépasse pas un litre dans les vingt-quatre heures, contiennent une assez forte proportion d'albumine. A la face externe des deux jambes se voient des cicatrices multiples, réunies en groupe, légèrement gaufrées, qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'une maladie syphilitique ancienne. Nous apprenons d'ailleurs que ces cicatrices ont succédé à des boutons de longue durée. Lavement purgatif chaque jour. La respiration s'accélère, ainsi que le pouls, qui était jusque-là ralenti; puis la mort a lieu dans la nuit du 20 au 21, alors que nous nous proposions de soumettre la malade à un traitement spécifique.

Autopsie. — L'ouverture du crâne laisse échapper une faible quantité de sérosité; dans le tissu sous-arachnoïdien existe un épanchement sanguin qui couvre la plus grande partie des hémisphères cérébraux et les hémisphères cérébelleux à leur circonférence. Le quatrième ventricule est occupé par un caillot sanguin, et des caillots assez volumineux se rencontrent au niveau du bulbe, à la base du cerveau, dans le voisinage du confluent de Magendie et à l'origine des artères de Sylvius. Après avoir débarrassé, à l'aide d'un filet d'eau, ces vaisseaux du sang qui les recouvre, on constate que les artères carotide et sylvienne gauche sont intactes, tandis que la carotide interne droite offre à sa terminaison une saillie molle, élastique, vide de caillots. Cette saillie, qui a le volume d'un noyau de cerise, est constituée par la paroi artérielle dilatée et amincie, c'est un anévrysme rompu sur un point (fig. 12).

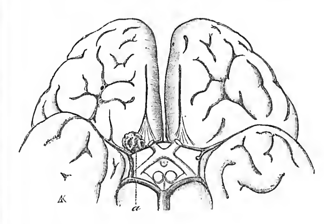


Fig. 12.

L'artère sylvienne droite et toutes les autres artères encéphaliques sont saines; les méninges ne paraissent pas altérées. La papille droite disparaît sous un épanchement sanguin; la papille gauche est petite, peu visible, et, comme la droite, semée de quelques taches blanchâtres.

Les autres organes ne présentent pas d'altérations notables, sauf les reins, dont la surface présente des dépressions multiples, comme si plusieurs branches de l'artère rénale se trouvaient oblitérées; ce sont là vraisemblablement des cicatrices de nodules gommeux; en dehors de ces points, le tissu rénal est ferme, légèrement violacé, non altéré à l'œil nu.

Ce fait se rapproche du précédent, en ce sens, que l'artérite a eu pour conséquence la formation d'un anévrysme et

la mort par hémorrhagie méningée. Celui qui va suivre a beaucoup d'analogie avec le premier, tant par l'altération de l'artère que du ramollissement cérébral qui en a été la conséquence.

Obs. IV. *Syphilis traitée par les pilules de Sédillot, puis artérite oblitérante de la sylvienne droite avec hémiplégie gauche sans aphasie; ramollissement cérébral et mort.* — Th... (Marie), chapelière, quarante-cinq ans, est admise dans mon service, le 1er avril 1881, pour une hémiplégie gauche incomplète. C'est une femme bien constituée, qui jouissait d'une bonne santé, lorsque, il y a treize ans, elle contracta une syphilis qui s'est manifestée par un bouton aux parties génitales et par des plaques muqueuses vulvaires, buccales et pharyngées. En 1871, elle entra à Saint-Louis, dans le service de M. Hardy, pour une éruption de la face palmaire des mains et de la figure. Le traitement par les pilules de Sédillot amena une stomatite qui fut combattue par le chlorate de potasse. La malade conservait une céphalée persistante qui ne fut nullement modifiée par les pilules : elle maigrit, s'affaiblit; puis survinrent des troubles de la vision que l'on rapporta à une iritis, pour laquelle elle prit alors du sirop de Gibert.

La céphalée n'en continua pas moins, et il s'y ajouta, dans le mois de février dernier, de la diplopie, des étourdissements, des vertiges, surtout quand la malade se levait ou regardait en haut. Le sommeil en même temps était presque impossible par les douleurs de tête, qui étaient comparées à des *tiraillements de nerfs*.

Cette malade, le 19 mars au soir, est prise, sans perte de connaissance, de faiblesse et d'engourdissement dans le bras et la jambe gauches; elle traîne la jambe et laisse tomber les objets qu'elle essaye de soulever avec sa main gauche. Le 1er avril, jour de son entrée à l'hôpital, elle présente un affaiblissement du membre supérieur gauche, et ne peut porter la main à sa tête, ni serrer fortement un objet. Elle fléchit bien la jambe sur la cuisse, mais ne peut détacher son talon du lit. Les réflexes sont conservés, la sensibilité à peine émoussée; la pupille gauche est légèrement dilatée; la face ne paraît pas déviée. L'intelligence est intacte, la parole lente et traînante.

Les jours suivants la paralysie augmente, et le 5 avril il existe une hémiplégie flasque avec diminution notable de la sensibilité à gauche. (Iodure de potassium, 4 grammes; frictions mercurielles matin et soir.)

Le 9 avril, la malade est couchée sur le dos, le corps incliné à droite, profondément prostrée, ne répondant que par quelques mots inintelligibles, ouvrant difficilement les paupières. La respiration est stercoreuse; le réflexe tendineux est conservé à gauche, et quand de ce côté on pince la cuisse ou la peau de l'abdomen la jambe se fléchit sur la cuisse, puis à ce mouvement succède une contracture passagère.

Le 12, la température du côté paralysé est de 37°,3; côté sain, 37 degrés. Le pharynx se paralyse, la déglutition devient difficile; la tête est inclinée sur l'épaule droite avec contracture, les yeux convulsés du même côté. Respiration, 48; râles à distance; pouls, 136; incontinence d'urine et des matières fécales.

Mort le 13 avril.

Autopsie. — Embonpoint excessif; pannicule adipeux sous-cutané très épais. Le cœur est chargé de graisse, et des plaques blanchâtres saillantes rétrécissent les orifices des vaisseaux qui naissent de la crosse aortique. Les viscères thoraciques et abdominaux n'offrent pas de lésions appréciables.

Le crâne est épaissi, sclérosé, sans exostoses. L'artère carotide interne droite, normale dans le sinus caverneux, présente à sa sortie de ce canal une coloration blanche qui se continue dans une étendue de 3 à 4 millimètres sur la sylvienne et la cérébrale antérieure. Dans cette étendue l'artère sylvienne est dure, comme cartilagineuse et complètement oblitérée par un caillot adhérent gris noirâtre. Les branches artérielles homologues gauches sont saines, ainsi, du reste, que toutes les autres artères de la base de l'encéphale.

Les méninges qui recouvrent l'hémisphère droit sont vivement injectées, sauf au niveau du lobe occipital; leur consistance est diminuée, et en les détachant on entraîne avec elles la substance cérébrale, qui est ramollie. Ce ramollissement occupe la troisième frontale, le lobule de l'insula, les circonvolutions ascendantes, et s'étend jusqu'au lobe occipital; il est coloré, jaunâtre, avec piqueté rouge, non diffluent. L'hémisphère gauche est absolument sain.

Examinée au microscope, la carotide interne présente des altérations de ses tuniques externe et interne : la tunique externe est épaissie, augmentée de volume d'une façon irrégulière, et infiltrée par places de cellules embryonnaires de tissu conjonctif, avec dilatation des vasa-vasorum. La tunique moyenne est peu atteinte, elle est simplement amincie en certains points, et limitée en dedans par la lame élastique interne fortement plissée; la tunique interne, par contre, présente des lésions très accusées, à savoir : un épaississement assez considérable pour oblitérer complètement le calibre du vaisseau; sur quelques coupes cependant, en se rapprochant de la sylvienne, on aperçoit une fente centrale qui représente la lumière de l'artère et qui contient quelques globules rouges. Cette altération est constituée par des cellules allongées et disposées en couches parallèles à la membrane élastique; entre ces couches on aperçoit des cellules embryonnaires de tissu conjonctif, abondantes surtout dans les parties profondes, au voisinage de la lame élastique (1).

De ces observations, je rapprocherai quelques faits observés par moi antérieurement ou tirés de différents auteurs. Dans mon *Traité de la syphilis* se trouve le cas d'un jeune homme de vingt-huit ans en traitement depuis cinq mois pour une éruption syphilitique rebelle, qui succomba très rapidement, dans le service du professeur Grisolle, à des phénomènes qui parurent se rapporter à une encéphalite. L'examen cadavérique montra l'existence d'une oblitération presque complète des deux artères carotides à leur terminaison et un ramollissement récent étendu des parties antérieures des deux hémisphères. Les deux troncs artériels étaient le siège d'une lésion circonscrite, portant principalement sur la tunique interne, qui en rétrécissait le calibre. A l'examen microscopique, on constata qu'il s'agissait d'un épaississement de la paroi artérielle formé de petites cellules lymphoïdes et de noyaux libres arrondis.

Un travail de Bristowe sur l'oblitération des artères cérébrales renferme deux cas d'oblitération des artères sylviennes chez des individus syphilitiques, auxquels je persiste comme autrefois (voy. ma thèse inaugurale) à attribuer une origine spécifique.

Le premier de ces cas est celui d'une femme de vingt-trois ans qui, à la suite d'accès épileptiformes, tomba dans le coma et mourut. Les artères de la base étaient saines, à l'exception de l'artère sylvienne droite qui, à son point de bifurcation, était épaissie et avait une couleur jaunâtre semblable à celle de l'athérome. En l'ouvrant, on s'aperçut que cette apparence dépendait de la présence d'un petit coagulum; il n'est pas question de l'état de la paroi artérielle, c'est une lacune, mais les valvules cardiaques étaient saines et il n'existait dans le système artériel aucune lésion qui pût être la source d'un embolus.

Le second fait a trait à un homme de trente-quatre ans, qui succomba après trois attaques épileptiformes. A la suite de la première, il fut pris de céphalie et de vertiges; après la troisième, il eut une hémiplégie gauche incomplète, puis son intelligence s'obscurcit et il mourut. A l'autopsie, la dure-mère adhérait au lobe frontal gauche. La carotide interne gauche et ses branches étaient oblitérées dans l'étendue d'un pouce et demi. Il n'existait aucune lésion cardiaque pouvant donner lieu à une embolie.

Le même auteur a rapporté (*Transact. of the patholog. Soc. of London*, t. XVI) un troisième fait en tout semblable aux précédents. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-sept ans, qui fut pris de céphalée subite, d'étourdissements, de sensation d'engourdissements; puis, à la suite d'une perte de connaissance, de paralysie du bras droit et des deux jambes; il mourut en dix jours. L'artère cérébrale moyenne gauche était oblitérée et son territoire transformé en un foyer de ramollissement récent. Le cœur et le reste du système artériel étaient absolument sains.

Clifford Albutt a présenté à la Société pathologique de Londres le cerveau d'un homme qui, ayant succombé à des

(1) La rédaction et l'examen histologique de cette observation sont dus à mon interne M. Gueilliot.

manifestations syphilitiques multiples, offrait sur plusieurs points, dans l'épaisseur même de la substance encéphalique, un épaississement jaunâtre de la gaine lymphatique des artérioles, avec compression de ces vaisseaux et envahissement de la substance nerveuse voisine. Brault a communiqué, en 1878, à la Société anatomique, le fait d'un jeune homme de vingt-deux ans qui contracta; en mars, un chancre bientôt suivi de roséole et de plaques muqueuses. Dans le courant de novembre de la même année, il entrait à l'hôpital pour une éruption papulo-squameuse, et accusait une céphalée opiniâtre, de la tendance aux vertiges et une diminution de la mémoire. Tous ces symptômes paraissaient heureusement modifiés par le traitement spécifique, quand, le 23 décembre, ce malade fut pris d'ictus apoplectique et mourut instantanément.

Les méninges étaient saines. Un vaste foyer d'hémorrhagie méningée occupait toute la partie moyenne de la base, couvrant la protubérance et pénétrant dans les scissures de Sylvius. La carotide interne gauche, non loin de sa bifurcation, présentait un épaississement considérable de sa paroi. A la coupe, cet épaississement faisait dans la cavité du vaisseau une saillie bourgeonnante de la grosseur d'un pois, d'aspect puriforme, au-dessus de laquelle les parois artérielles étaient amincies et rompues en un point. La carotide interne droite, au niveau de sa bifurcation, présentait un épaississement un peu moins accusé que le précédent. Quant aux autres artères, elles étaient saines. Histologiquement, les parties altérées étaient constituées par du tissu conjonctif embryonnaire.

De trois cas publiés récemment par Pelizzari (de Florence) comme se rapportant à des altérations syphilitiques des artères de l'encéphale, le dernier seul nous paraît concluant. Il s'agit d'un homme de trente-quatre ans autrefois atteint de convulsions, d'affaiblissement de l'intelligence, de parésie du membre inférieur droit et qui présenta un épaississement des parois des artères sylviennes et du tronc basilaire en même temps qu'une obturation par des caillots de quelques-unes des divisions de la sylvienne gauche. Au niveau de ces divisions, on voyait çà et là de petits nodules, indépendants des parois artérielles, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois, dans lesquels l'examen microscopique a montré la structure propre des gommes syphilitiques. En outre, les artères malades étaient le siège d'une altération généralisée à toutes les tuniques, quoique plus marquée sur la tunique interne, et disséminée par îlots, sans limites précises, et sans saillies manifestes à l'intérieur ou à l'extérieur des vaisseaux.

Ici pourraient encore se placer les faits de Heubner, Wilks, Moxon, Hughlings Jackson, ceux plus récents de Greenfield, Gowers, Barlow, Buzzard, etc. (voy., à ce sujet, la bibliographie de mon *Traité d'anatomie pathologique*, t. II, p. 861), mais les exemples qui viennent d'être rapportés peuvent servir de base à une description didactique de l'artérite syphilitique au point de vue anatomique et clinique.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 11 SEPTEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

SUR UNE NOUVELLE AMPUTATION DU MEMBRE SUPÉRIEUR, par M. *Desprès*. — L'auteur rappelle que, dans les cas de broiement de l'épaule avec large plaie, des chirurgiens anglais et un chirurgien français, M. Parise, ont pratiqué l'ablation du bras avec l'omoplate qu'ils ont enlevée par morceaux; c'était en réalité une régularisation d'une plaie avec résection de l'omoplate. D'autres chirurgiens ont enlevé le bras d'abord, puis ont enlevé ensuite l'omoplate, tout ou partie, à plusieurs semaines ou mois d'intervalle. M. Rigaud (de Strasbourg) que ne cite pas M. Desprès, a pratiqué, si nous avons bonne mémoire, une opération à peu près semblable à celle dont il communique les résultats à l'Académie, c'est-à-dire l'ablation du bras avec l'omoplate et une partie de la clavicule.

M. Desprès indique le manuel opératoire qu'il a mis en usage, puis il ajoute :

Les dangers de cette opération consistent : 1° dans la perte abondante de sang veineux; 2° dans la possibilité de l'entrée de l'air dans la veine axillaire; mais ces accidents ne sont pas infailliblement mortels. Chez mon malade il y a eu une syncope et un état asphyxique avec écume aux lèvres, qui n'étaient point toutefois liés à l'absorption du chloroforme : le malade est revenu à lui. En le plaçant la tête en bas, nous avons vu la respiration se rétablir régulièrement.

Une complication ultérieure se présente aussi : l'extrémité de la clavicule fait saillie sous la peau et finit par la perforer. Mais je pense qu'il vaut mieux subir cette complication que d'enlever la totalité de la clavicule. En effet, sans compter que la plaie de la ligature serait alors confondue avec la plaie de l'amputation, et pourrait participer à la suppuration, qui ne manquerait pas de gagner la poitrine, il y a intérêt à conserver un peu de la clavicule pour couvrir la partie supérieure du thorax.

Cette opération convient dans les cas de cancer de l'omoplate; elle est moins grave que l'ablation de l'omoplate en laissant le bras. Elle convient encore dans les cas de tumeur blanche de l'épaule avec lésions étendues de l'omoplate. Chez les sujets âgés de moins de vingt-cinq ans, elle donnera des succès nombreux.

Comme pansement, l'immobilisation de la plaie avec une large bande de diachylum est ce qu'il y a de mieux pour les huit premiers jours; plus tard j'ai employé les cataplasmes et le pansement simple. Le malade, opéré le 19 juin, a eu sa plaie tout à fait cicatrisée le 19 août. Il attend aujourd'hui la confection d'un membre artificiel.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 19 SEPTEMBRE 1882. — PRÉS. DE MM. HOULEY ET BARON LARREY (ANCIENS PRÉSIDENTS).

M. le ministre de l'instruction publique transmet un ouvrage de M. le docteur Hubert Boëns (de Charleroi), président de la Ligue universelle des antivaccinateurs, intitulé : *La vaccine au point de vue historique et scientifique.* (*Commission de vaccine.*)

L'Académie reçoit de MM. les docteurs Seeley, Stephenson, Jenkins et Ketcham et de M. Cejbek des mémoires sur le *Traitement de la diphthérie*, pour le concours du prix Saint-Paul de 1883.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Bougard* (de Bruxelles) des *Études sur le cancer*, pour le concours du prix Barbier de 1883 (Inscrit sous le n° 1); 2° de la part de M. le docteur *Feigneaux* (de Bruxelles), une brochure ayant pour titre : *Un mot de réponse à M. le docteur Warlomont, ex-directeur de l'Institut vaccinal de l'État;* 3° au nom du M. *Bailly* (d'Orléans) une brochure intitulée : *Le verbe* temnein *dans le Serment d'Hippocrate;* 4° de la part de M. le docteur *Santopadre* (de Bologne) un *Trattato di patologia e terapia speciale;* 5° un ouvrage publié en 1881 à Leipzig à l'occasion du 25e anniversaire du professorat de M. le docteur Credé et ayant pour titre : *Beiträge zur Geburtshülfe, Gynäkologie und Pädiatrik.*

M. *Gariel* dépose sur le bureau le compte rendu de la session d'Alger en 1881 de l'Association française pour l'avancement des sciences.

DÉCÈS DE M. HILLAIRET. — M. *Lagneau* donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Hillairet : « Si la mort, dit-il, peut nous arracher des collègues estimés, elle ne peut du moins nous ravir leurs œuvres scientifiques qui perpétuent leur souvenir. » M. Hillairet avait en effet conquis sa notoriété et ses titres de médecin des hôpitaux, de membre du Conseil d'hygiène de la Seine et de l'Académie de médecine par un grand nombre de travaux, parmi lesquels ses recherches sur les maladies du cervelet, ses leçons cliniques à l'hôpital Saint-Louis sur les dermatoses, ses études sur les accidents auxquels sont exposés les ouvriers employés à la fabrication des chromates ainsi que sur l'industrie du sécrétage des poils, ses rapports sur les constructions du système Tollet et sur l'enseignement de la gymnastique, etc.

Ostéotomie et tarsotomie dans le traitement du pied bot congénital. — M. *Jules Guérin* désire « porter le plus loin possible la réprobation que lui paraît nécessiter une méthode qui serait vraiment coupable si elle n'était surtout inconsidérée », celle de pratiquer, pour le traitement du pied bot, soit l'ablation de l'astragale, du scaphoïde ou du cuboïde, soit même la résection de ces os et même du calcanéum pour des degrés différents de pied bot et chez des enfants de tout âge, depuis deux ans et moins jusqu'à l'adolescence. Aussi, rappelant les résultats de sa pratique et de son enseignement depuis 1839, il estime que les chirurgiens, qui ont recours à la tarsotomie, ignorent que le véritable pied bot est le produit de la rétraction musculaire diversement distribuée dans les différents muscles de la jambe et du pied; en agissant ainsi, au lieu de suivre les indications fournies par cette cause prochaine de la difformité, qui leur enseignerait la subordination des formes si variées du pied bot à la rétraction de tels ou tels muscles ou tendons et les applications corrélatives de la ténotomie sous-cutanée, ils pratiquent la section des résistances à mesure qu'elles se présentent, sans avoir pu les prévoir. Pour lui, toutes les formes et tous les degrés du pied bot peuvent et doivent être traités par la ténotomie, la syndesmotomie, le massage et les appareils orthopédiques. M. Jules Guérin ajoute que la tarsotomie, excusable tout au plus chez l'adulte et pour des pieds bots invétérés, n'a pas montré jusqu'ici qu'elle fût préférable, au point de vue des dangers à faire courir et des services à rendre, au maintien de la difformité aidée d'appareils et de chaussures intelligemment appropriées aux déformations du pied. Il déclare enfin qu'il n'y a pas lieu d'invoquer, pour justifier les tentatives blâmables de la tarsotomie orthopédique, les applications possibles de cette méthode aux déformations résultant des os du tarse, après la disparition des accidents causés par ces dernières; ces applications ne peuvent en aucune façon être confondues avec celles proposées pour le pied bot, toutes réserves étant faites d'ailleurs à l'endroit des opérations de pseudo-tarsotomie que l'expérience seule pourra faire apprécier et qu'elle n'a pas permis de juger jusqu'ici.

L'opinion de M. Jules Guérin trouve gain de cause auprès de ses collègues; M. *Gosselin* s'empresse en effet de s'y associer et de se féliciter que ses critiques adressées aux opérations de tarsotomie pour le traitement du pied bot congénital ne s'adressent aucunement à la chirurgie française; car dans le livre récent de M. Jules Bœckel, livre où il est beaucoup question d'ostéotomies pratiquées pour le genu-valgum, le rachitisme, les ankyloses, il n'est pas question d'ostéotomies pratiquées pour le pied bot congénital.

M. *Blot* tient aussi à s'associer à la réprobation dont ces opérations sont l'objet de la part de ses collègues; déjà à la Société de chirurgie, au sujet d'un rapport sur une observation d'ostéotomie pratiquée pour redresser une jambe déviée par le rachitisme chez un enfant de deux ans, il a protesté contre cette « folie chirurgicale », alors surtout que le séjour au grand air, dans de bonnes conditions hygiéniques, comme à l'hôpital de Berck-sur-mer, aurait suffi très probablement, ainsi qu'il y en a tant d'exemples, pour obtenir la guérison. On a dit à cette occasion qu'il fallait accepter cette opération parce qu'elle est pratiquée en d'autres pays; ce serait, sous le prétexte de progrès chirurgical, faire en réalité « des opérations de fantaisie ». Le traitement général sera toujours préférable à l'ostéotomie, surtout lorsqu'il s'agit de jeunes enfants.

Il faut en effet distinguer entre le pied bot des enfants et celui des adultes. Dans le premier cas, M. *Tillaux* est d'avis qu'on obtient assurément la guérison par les moyens préconisés par M. Jules Guérin; mais s'il s'agit d'hommes de vingt-cinq à trente ans, la tarsotomie seule peut donner un résultat favorable et bien que cette opération n'ait pas encore été pratiquée en France, quoiqu'elle y soit acceptée par quelques chirurgiens, il ne craindrait pas de la faire dans de telles conditions, alors surtout que les nouvelles méthodes de pansement la rendent à peu près inoffensive.

M. *Jules Guérin* se félicite de l'appui que ses collègues apportent à ses idées; il fait toutefois remarquer à M. Blot que dans le rachitisme il est une période dite d'éburnation pendant laquelle le traitement général est inefficace et qu'alors on est autorisé à pratiquer une opération, telle que l'enlèvement d'un morceau du tibia, par exemple, et le redressement consécutif du membre devenu plus malléable. Répondant ensuite à M. Tillaux, il pense que le pied bot invétéré de l'adulte peut être à la rigueur traités par la tarsotomie dans certains cas bien déterminés, cependant avec de grandes réserves; car bien souvent les adultes pieds bots ne sont que médiocrement incommodés par leur infirmité et les vieux appareils orthopédiques donnent probablement des résultats aussi favorables que la meilleure des tarsotomies, opérations qui peuvent être dangereuses et ont été quelquefois suivies d'accidents mortels.

M. Blot n'accepte même pas cette réserve, car il pense que les appareils orthopédiques donnent toujours des résultats satisfaisants; il ne voudrait même pas, dans des cas pareils, faire courir aux malades les risques qui résultent de la chloroformisation. M. *Jules Guérin* explique que pour les pieds bots adultes il ne peut être formulé de règle absolue pour ou contre l'intervention; c'est une question de tact chirurgical; il n'en faut pas faire une espèce de méthode.

Nouveau procédé de clavelisation. — M. *Peuch*, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse, a été chargé d'une mission officielle à l'effet de rechercher pourquoi l'inoculation préventive de la clavelée aux moutons, qui fournit dans le nord de la France d'excellents résultats, amène dans le Midi une mortalité presque aussi considérable que la maladie elle-même. Il reconnut tout d'abord qu'il s'agissait là de circonstances particulières, telles que l'habitude dans le Midi de pratiquer cette opération en été, dans de mauvaises conditions hygiéniques, et surtout grâce au mélange des moutons de cette région avec les moutons algériens, ceux-ci ayant la propriété de n'être que peu incommodés par la maladie et de la cultiver en eux, en quelque sorte, de façon à pouvoir la communiquer, mais à l'état d'extrême gravité, aux moutons français. M. Peuch eut alors l'idée de rechercher si l'on ne pourrait pas, en diluant convenablement le claveau (virus de la clavelée) et l'injectant en quantité déterminée dans le tissu conjonctif sous-cutané, diminuer les accidents de la clavelisation et réduire la mortalité à la plus petite proportion possible. Or, 17 moutons ayant été clavelisés par la méthode sous-cutanée : 8 avec du claveau dilué au 1/20e, 4 avec du claveau dilué au 1/30e et 5 avec du claveau dilué au 1/50e, aucun d'eux n'a succombé et tous ont acquis l'immunité claveleuse.

Ces clavelisations ont été pratiquées les 23 avril, 17 et 31 mai, 24 juin derniers, c'est-à-dire par des températures atmosphériques de 15, 21, 25, 28 degrés centigrades. Après chacune d'elles les sujets ont été enfermés dans de petits locaux d'où ils ne sortaient pas; leur nourriture a consisté en luzerne sèche d'assez bonne qualité. On voit, d'après ce qui précède, que les effets de la clavelisation sous-cutanée varient en intensité suivant la dilution employée, sans qu'il existe toutefois de différences bien sensibles entre le degré d'activité de mélanges au 1/20e et au 1/30e. Mais une atténuation très manifeste se produit quand la proportion d'eau augmente et que le titre du mélange égale 1/50e. Ces résultats conduisent M. Peuch à penser que l'on peut encore diminuer l'activité virulente du claveau tout en lui conservant la propriété de lui conférer l'immunité claveleuse, en abaissant le titre du mélange de manière à n'avoir plus qu'une partie de claveau par 60, 80, 100 ou 120 parties d'eau distillée et en

se contentant d'injecter 1/4 ou peut-être 1/8e de division. Sa troisième série d'expériences démontre, en effet, que lorsqu'on diminue à la fois le titre du mélange et la quantité injectée on obtient une réaction inflammatoire modérée mais cependant préservatrice.

M. *Bouley*, après avoir donné lecture de la note de M. Peuch, fait remarquer que ces expériences pourront sans doute servir de base à une méthode générale d'atténuation; on peut espérer, en effet, que l'immunité variolique pourrait être obtenue par des procédés analogues et il serait à désirer que des expériences dans ce sens soient faites, notamment en Algérie où les indigènes se sont jusqu'ici refusés à la méthode des inoculations vaccinales. Cet important travail de M. Peuch lui fournit en outre l'occasion, ajoute-t-il, de soutenir de nouveau contre M. Jules Guérin la thèse que, pour affirmer qu'un animal est atteint d'une affection contagieuse, il n'est pas nécessaire qu'il présente tous les symptômes anatomiques de cette maladie. Les récentes recherches sur l'atténuation des virus et ses nouvelles expériences montrent en effet qu'il n'est qu'une seule caractéristique invariable de la contagion, c'est l'introduction d'un élément vivant dans l'organisme, élément vivant susceptible de repullulation lorsqu'il y rencontre un milieu de culture approprié; il n'est pas nécessaire qu'il y détermine tels ou tels phénomènes, il peut ne donner lieu à aucune manifestation extérieure et cependant la maladie n'en existe pas moins, à tel point que, comme dans la variole de l'homme, le horse-pox, la variole de la vache, le charbon symptomatique, etc., l'immunité est désormais acquise. Il en est de même pour la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes; si le virus est inoculé dans un endroit où le tissu cellulaire est lâche, on détermine une série d'accidents graves et souvent mortels, tandis que là où ce tissu est très dense, comme à la queue, on ne produit 98 fois sur 100 qu'un petit bouton insignifiant qui est cependant bien la preuve de l'existence de la maladie, puisque l'animal ainsi inoculé a repris l'immunité pour toute inoculation ultérieure du virus le plus virulent dans un point quelconque de l'économie.

M. *Jules Guérin*, tout en réservant son opinion définitive, comme M. Bouley, d'ailleurs, jusqu'au jour où les expériences actuellement en cours d'exécution seront achevées, estime qu'il serait nécessaire de placer ensemble les animaux malades et les animaux sains, de faire ainsi respirer à ceux-ci le virus et de voir ce qu'il en adviendra; alors la maladie communiquée aurait vraiment le même principe que la péripneumonie contagieuse; on ne saurait arguer de ressemblance lorsque les symptômes diffèrent complètement et ne sont même plus ceux des formes ébauchées que présentent toutes les affections contagieuses. Il y a plus de vingt ans qu'il a montré, à propos de la fièvre jaune, qu'on pourrait un jour généraliser la vaccine par ses atténuations et que l'exemple de la variole indiquait nettement la propriété des agents virulents de se multiplier à l'infini; aussi est-il heureux des progrès que l'on paraît faire chaque jour dans cette voie.

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique de l'électrothérapie, rédigé d'après les travaux et les leçons du docteur Onimus, par le docteur E. Bonnefoy. 2e édition. — Paris, G. Masson, 1882.

L'électrothérapie a depuis longtemps déjà fait ses preuves, et nul ne songe plus aujourd'hui à contester son utilité dans le traitement des maladies du système nerveux. Mais si l'on admet les avantages, il ne faut pas non plus nier les inconvénients des applications de l'électricité, quand elle est confiée à des mains inhabiles. De la puissance de son action, on peut à priori déduire ses dangers. Il faut donc, pour ne point s'exposer à des insuccès toujours pénibles, et surtout pour ne pas nuire aux malades dont on dirige le traitement, bien connaître, non seulement les appareils que l'on emploie et leurs effets physiologiques, mais encore les conditions pathologiques qui doivent préciser leurs indications. M. Onimus, dont l'autorité et l'expérience en matière électrothérapique sont connues de tous, avait exposé en excellents termes, dès la première édition de ce livre, les difficultés d'interprétation qui se présentent chaque jour lorsqu'on veut appliquer les principes qui se déduisent de la théorie physiologique des appareils d'électricité. « Tous les faits cliniques, disait-il, ne peuvent être expliqués et surtout dominés par les faits physiologiques; non qu'il y ait contradiction entre eux, mais parce que les conditions où ils se produisent ne sont plus les mêmes. » Il en résulte qu'il importe de tenir grand compte, au point de vue clinique, de l'expérience acquise par ceux qui se sont longtemps servis des courants électriques, et qu'il n'est pas permis à un médecin, fût-il d'ailleurs très savant en physiologie et en physique, d'affirmer, sans une expérimentation personnelle, l'utilité de telle ou telle méthode. C'est alors surtout que les conclusions définitives de certaines recherches sont difficiles à déduire des faits observés qu'il importe de se tenir dans une sage réserve. Les réflexions que dictent à M. Onimus les tentatives faites dans ces dernières années pour restituer à l'électricité statique une importance prépondérante dans le traitement des maladies du système nerveux sont, à ce point de vue, très utiles à méditer. Ce n'est point, à dire vrai, que nous partagions sans aucune réserve la manière de voir de notre très distingué confrère. Nous avons cru remarquer que, dans certaines formes de l'irritation spinale, alors que les courants continus descendants, dont il recommande l'emploi, paraissaient inefficaces, les bains d'électricité statique, bien dirigés, bien surveillés, amenaient au contraire une sédation assez rapide des accidents observés et bientôt une guérison définitive. Est-ce parce que, comme le dit fort bien M. Onimus, l'électricité statique agit surtout sur les symptômes périphériques et que, restant condensée sur la peau, s'accumulant à la surface du corps, l'électricité appliquée sur un tabouret isolant arrête, momentanément d'abord, et finit par enrayer d'une manière définitive des accidents qui sont eux-mêmes périphériques? Quelle qu'en soit l'explication, le fait mériterait d'être confirmé ou infirmé; et, dans les cas de ce genre, l'expérience seule peut prononcer.

Mais si nous avons quelque propension à approuver les tendances de ceux qui font un usage restreint et raisonné des appareils d'électricité statique, nous nous empressons de reconnaître, avec M. Onimus, que trop souvent on exagère les effets produits par les appareils compliqués mis en usage par certains électriseurs, que les machines d'électricité statique sont encombrantes et très dispendieuses, qu'elles ne fonctionnent convenablement que par les temps secs et dans des locaux bien disposés. Il y a plus : leurs effets utiles ne s'observent que dans un petit nombre de maladies névropathiques et, dans les névrites, les atrophies musculaires, les paralysies traumatiques, etc., on n'obtient que des résultats insignifiants. Il faut donc se garder aussi bien d'un scepticisme exagéré que d'un enthousiasme irréfléchi quand on apprécie les diverses méthodes d'électrisation si en honneur depuis quelques années. Et c'est pourquoi nous engageons tous nos confrères à lire, dans le manuel de M. Onimus, le chapitre dans lequel il s'occupe « de l'époque à laquelle il convient d'employer l'électricité ». Ce chapitre, qui se termine par un aphorisme que nous modifions un peu : « Il n'y a pas que des maladies, il y a surtout des malades », mais qui, sous cette forme, nous paraît toujours vrai, est l'un des plus sensés de ce livre si consciencieusement et si honnêtement écrit. M. Onimus y montre bien que la science des indications ne s'acquiert qu'après un long apprentissage.

Outre les chapitres consacrés à la description technique

des appareils usités en électrothérapie, le manuel que nous avons sous les yeux contient une partie clinique où se rencontrent à chaque page des indications utiles. C'est ainsi que M. Onimus attribue très justement à la faiblesse des muscles bien plutôt qu'aux attitudes scolaires plus ou moins vicieuses les déviations de la taille si fréquentes chez les jeunes gens, qu'il étudie avec une grande compétence le traitement de la crampe des écrivains, des violonistes, des télégraphistes, etc., qu'il passe en revue toutes les maladies du système nerveux susceptibles d'être améliorées ou même guéries par le traitement électrique. On est, il faut en convenir, un peu surpris de voir déclarer si souvent que telle ou telle maladie justement réputée des plus rebelles guérit facilement sous l'influence de l'électricité; toutefois ceux qui connaissent, non seulement l'habileté, mais encore la sincérité de l'auteur, n'ont aucune réserve à faire en enregistrant la plupart de ses affirmations. Signalons encore comme particulièrement intéressantes les pages consacrées à l'étude des applications chirurgicales de l'électricité, et concluons en recommandant ce petit manuel à tous les médecins désireux de connaître les ressources que peuvent donner, quand elles sont bien dirigées, les pratiques de l'électrothérapie.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE : HILLAIRET.

Encore un deuil pour l'Académie et le corps médical des hôpitaux. Le docteur Hillairet a été enlevé presque subitement le 14 septembre dernier par une angine de poitrine. Médecin de l'hôpital Saint-Louis et membre de l'Académie de médecine, Hillairet avait publié plusieurs rapports sur diverses questions d'hygiène; on lui devait aussi un très intéressant mémoire sur les hémorrhagies du cervelet. Enfin son enseignement dermatologique et sa grande expérience des maladies cutanées l'avaient décidé à entreprendre la publication d'un *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, dont le premier fascicule a paru l'année dernière. Les obsèques de notre regretté confrère ont été célébrées le 16 septembre. Trois discours ont été prononcés. Au nom de la Société médicale des hôpitaux, M. le docteur Desnos a retracé en termes éloquents les services rendus à la médecine par M. Hillairet. Au nom de l'Académie de médecine, M. Lagneau, et au nom de la Société de biologie, M. Dumontpallier, ont payé un juste tribut d'hommages à la mémoire de leur collègue.

Nous recevons de M. Dieulafoy, et nous reproduisons ici les renseignements suivants que nous croyons devoir mettre sous les yeux du lecteur. L. L.

Comme Broca, M. le docteur Hillairet vient d'être enlevé soudainement, subitement, dans des circonstances qui méritent d'être connues. On verra une fois de plus combien la mort par le cœur peut être imprévue et brutale.

Jeudi, 14 septembre, à deux heures et demie, M. Hillairet m'envoya chercher, me priant de passer chez lui sans retard. Je m'y rendis aussitôt. M. Hillairet, qui venait de se coucher, me raconta qu'il avait déjeuné de bon appétit, fort gaiement, au milieu de sa famille, et qu'il ne se sentait pas autrement malade, mais qu'il avait éprouvé, le matin à sa sortie, une sensation de froid suivie d'une douleur à la région cardiaque. Il avait néanmoins commencé sa consultation et reçu deux malades; mais la douleur devenant plus intense, il avait pris le parti de se coucher.

Pendant que nous causions la douleur reparut. « La voici! me dit-il,... on dirait qu'elle part des oreillettes... c'est comme une déchirure de l'aorte... elle s'irradie aux deux bras jusqu'aux coudes, en suivant le trajet du cubital... elle remonte au cou, au larynx... » Et en me décrivant ainsi la marche et les irradiations de la douleur, sa voix était entrecoupée de plaintes.

L'accès dura trente secondes environ et cessa brusquement. Pendant l'accès comme après l'accès, le pouls n'eut pas la plus légère défaillance, pas la moindre intermittence; il resta normal et régulier; je n'observai ni pâleur des mains, ni pâleur de la face. La respiration resta absolument calme.

A l'auscultation, je ne trouvai aucun indice de lésion cardiaque ou aortique, et comme je prolongeais un peu longuement mon examen : « Je n'ai rien au cœur, me dit M. Hillairet, je n'ai jamais eu ni oppression, ni palpitation; je suis chasseur, on m'a ausculté plusieurs fois, et on ne m'aurait pas laissé chasser si l'on avait trouvé une lésion cardiaque. »

J'émis alors l'idée, timidement, et pour ne pas éveiller d'inquiétude, qu'il s'agissait de quelque chose d'analogue à de l'angine de poitrine. « Je ne pense pas, me dit-il en m'interrompant, je n'ai ni angoisse, ni dyspnée, c'est probablement quelque névralgie *a frigore*. »

Je proposai de pratiquer une injection morphinée; mais M. Hillairet, craignant que la digestion ne fût pas suffisamment avancée, et n'éprouvant du reste aucune autre douleur, préféra attendre, et me pria de venir le voir un peu plus tard. J'auscultai le cœur de nouveau, tout était normal, et je quittai le malade à trois heures.

A trois heures un quart on vint me chercher en toute hâte, M. Hillairet se mourait. M. le docteur Krishaber, qui était chez moi, eut l'obligeance de m'accompagner; deux minutes après nous étions auprès du malade; mais quand nous arrivâmes il rendait le dernier soupir, et voici dans quelles conditions : il avait été pris coup sur coup de deux accès : pendant le premier, la douleur fut tellement vive qu'il dit à Mme Hillairet et aux personnes qui l'entouraient : « Si j'en ai un second comme celui-là, je n'y résisterai pas. » Le second accès arrive aussitôt, et la mort survient en quelques instants.

Il me paraît évident que M. Hillairet a succombé à une *angine de poitrine*. Peut-on invoquer une lésion cardio-aortique? Ce n'est pas probable, car l'état du pouls et l'auscultation pratiquée quelques instants avant n'avaient donné que des signes négatifs. L'angine de poitrine est donc survenue, sans cause apparente, en pleine santé, après quelques semaines de vacances et de repos. Elle a été mortelle *dès sa première atteinte*, bien que les quelques accès qui ont précédé le dénouement fatal n'aient eu qu'une faible intensité.

Ce triste et terrible accident, qui nous enlève un de nos maîtres les plus estimés, donne une fois de plus à réfléchir sur le pronostic de l'angine de poitrine et sur le rôle de la syncope dans les cas de mort subite.

Dieulafoy.

LE CHOLÉRA.

Nous reproduisons textuellement ci-dessous une très intéressante correspondance adressée de Constantinople au journal *le Temps*. Les renseignements qu'elle fournit ont été puisés à des sources officielles :

Les informations sur la situation sanitaire en Egypte portent la date récente du 30 août. Elles constatent que la salubrité d'Alexandrie n'a pas subi d'atteinte malgré le bombardement, les massacres et l'incendie. Le service du conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Alexandrie n'a été interrompu que pendant les trois jours du bombardement. Dès que les Anglais furent entrés dans la ville, les employés reprirent leurs fonctions, à l'exception des commis indigènes et des gardiens sanitaires, dont les uns avaient suivi Arabi, et dont les autres s'étaient enfuis au Caire.

Les membres du conseil qui sont restés à Alexandrie sont au nombre de dix, et la plupart de ceux qui sont partis momentanément se sont fait remplacer. Ce conseil a des réunions fréquentes.

Mes informations donnent aussi des détails sur la constitution à Alexandrie d'une commission sanitaire extraordinaire et sur ses travaux. Comme elles ne diffèrent pas sensiblement de celles qui ont été déjà publiées, je ne les reproduirai pas.

Je traiterai plus longuement la question du choléra, dont l'Europe a pu être préservée depuis plusieurs années, grâce à la vigilance et aux mesures énergiques des conseils sanitaires internationaux de Constantinople et d'Alexandrie, et qui s'est manifesté déjà parmi les pèlerins arrivant des Indes anglaises.

Dans les derniers jours du mois dernier, l'administration quarantenaire d'Egypte apprenait, par une dépêche de lord Dufferin, qu'avis avait été reçu par le conseil sanitaire de Constantinople d'un décès survenu à Aden par choléra, et de deux cas de la même

maladie à Camaran, parmi les pèlerins embarqués à bord du bateau anglais *Hesperaï*, venant de Bombay.

En présence de ce fait, rendu exceptionnellement grave par la fréquence, dans les circonstances présentes, des communications entre les ports égyptiens, le conseil international d'Alexandrie se réunit le 30 août en séance extraordinaire.

Il fut décidé dans cette séance que le règlement contre le choléra serait immédiatement appliqué : 1° aux provenances de Bombay; 2° à celles d'Aden, jusqu'à ce que des informations officielles plus complètes eussent été reçues sur l'état sanitaire de la localité et sur les mesures adoptées par les autorités de cette ville contre les provenances de Bombay.

Ces décisions ne visent que le pèlerinage, et, comme on le sait, les bateaux transportant les troupes anglaises n'ont été soumises qu'à une observation de vingt-quatre heures.

Le conseil stipula en outre que, conformément au règlement, les navires non infectés subiraient leur quarantaine aux sources de Moïse, et qu'il leur serait tenu compte de la durée de la traversée si elle avait dépassé huit jours. Quant aux navires infectés, ils feront sept jours pleins de quarantaine à Djebel Tor, quelle qu'ait été la longueur du voyage.

Les trois membres anglais du conseil protestèrent contre cette décision. On ne saurait s'en étonner, puisque les Anglais, par une règle invariable, ont toujours placé les intérêts de leur commerce au-dessus de la crainte du choléra. Ils seraient en droit d'agir ainsi s'ils étaient seuls à être victimes du fléau. Mais comme il menace et frappe indistinctement tous les peuples, le procédé anglais est absolument critiquable.

L'année dernière, c'est un bateau anglais, muni d'une patente nette, qui apporta le choléra en Arabie. Cette année, l'*Hesperaï* avait également une patente nette. Ce qui est plus grave, c'est que, ultérieurement, le gouverneur de Bombay, tout en signalant quelques cas de mort par le choléra dans cette ville, a fait connaître que le conseil médical de son gouvernement déclarait que la situation sanitaire était nette.

Mais il faut remarquer que le choléra, bien qu'il n'existe pas à Bombay à l'état permanent comme à Calcutta, y est plus dangereux, y possède en réalité une force d'expansion plus redoutable au point de vue du pèlerinage.

Le choléra à Bombay, c'est-à-dire hors de son foyer du bassin du Gange, a par lui-même un caractère envahissant. Bombay est plus rapproché d'Aden et du Hedjaz. C'est à Bombay qu'affluent du nord et de l'ouest de l'empire indien, par les chemins de fer dont les prix sont très réduits, les pèlerins musulmans provenant de contrées dont l'état sanitaire est peu connu.

Il est donc de prudence élémentaire de surveiller rigoureusement les provenances de Bombay. Ce devoir s'impose d'autant plus strictement cette année, qu'en raison des événements d'Egypte on ne peut compter sur le concours de l'autorité de ce pays. On ne disposera plus, aux sources de Moïse, ni à Djebel Tor, de moyens d'action efficaces et de répression contre les pèlerins. Le gouvernement égyptien n'y pourra envoyer l'effectif militaire qui surveillait les campements quarantenaires. On prévoit aussi de grandes difficultés pour assurer la sécurité du personnel européen qui sera envoyé dans ces campements.

Ce sont là autant de raisons sérieuses pour apporter une attention toute particulière aux provenances de Bombay, et pour consigner inexorablement les pèlerins suspects dans l'île de Camaran, qui est le poste avancé de la défense contre le choléra. Le conseil sanitaire de Constantinople l'a parfaitement compris, et il agit en conséquence.

Le bateau *Hesperaï*, il n'est pas inutile de le rappeler, provenant de Bombay avec patente nette, eut un cas de choléra suivi de mort à Aden. Il fut dirigé sur Camaran, malgré la protestation du capitaine, et le huitième jour de la quarantaine que subirent ses passagers, des pèlerins musulmans, il y eut un second cas de choléra suivi de mort. Deux jours après, un autre passager était emporté par le choléra en dix-huit heures, et la quarantaine était naturellement renouvelée.

Il y a trois jours, le conseil de santé a reçu le télégramme suivant du docteur Douka, chef du service sanitaire à l'île de Camaran, où il a six médecins sous ses ordres :

« Le neuvième jour de la seconde quarantaine de l'*Hesperaï*, nouveau cas de choléra suivi de mort. Je renouvelle la quarantaine. »

Le conseil de santé a immédiatement répondu :

« Conformez-vous strictement au règlement concernant les pèlerins de l'*Hesperaï*. Envoyez rapport détaillé au médecin sanitaire de Djedda, où devra se rendre l'*Hesperaï*, s'il obtient de partir de Camaran. »

Cette réponse est une approbation et un appui. Car il est manifeste que le navire infecté ne devra partir que dix ou quinze jours pleins après qu'il n'y aura plus de cas de choléra parmi ses passagers.

Quant à l'état sanitaire des troupes anglaises opérant en Egypte, le conseil de santé avait prié l'ambassadeur à Constantinople de vouloir bien le renseigner. M. Malet a répondu que le conseil sanitaire d'Alexandrie assurait que la santé était bonne en Egypte. Le conseil de Constantinople a fait observer à l'ambassadeur qu'on ne répondait pas à sa question et l'affaire en est, je crois, restée là.

PIDOUX. — Le Conseil municipal des Eaux-Bonnes vient de décider que le nom du docteur Pidoux serait donné à l'une des principales salles de l'établissement pour honorer la mémoire de son ancien médecin inspecteur.

ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT. — M. Rocher, chargé du cours de pharmacie et matière médicale, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret en date du 17 septembre 1882, M. le docteur Jobet a été promu au grade de médecin principal de la marine.

MORTALITÉ A PARIS (37e semaine, du vendredi 8 au jeudi 14 septembre 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 991, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 75. — Variole, 10. — Rougeole, 5. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 27. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 43.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 171. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 60. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 58. — Bronchite aiguë, 8. — Pneumonie, 47. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 83; au sein et mixte, 63; inconnu, 3. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 65; de l'appareil circulatoire, 52; de l'appareil respiratoire, 51; de l'appareil digestif, 52; de l'appareil génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 10. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 4; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 44. — Causes non classées, 7.

Conclusions de la 37e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1154 naissances et 991 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1100, 1034, 1006, 934. Le chiffre de 991 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir une aggravation pour la fièvre typhoïde (75 décès au lieu de 63 pendant la 36e semaine); et pour la variole (10 au lieu de 5). A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 5 décès par rougeole (au lieu de 7), 27 par diphthérie (au lieu de 24), 5 par érysipèle (au lieu de 7), 8 par infection puerpérale (au lieu de 6). En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la fièvre typhoïde (175 malades reçus du 4 au 10 septembre au lieu de 197 entrés pendant les sept jours précédents) et pour la diphthérie (16 au lieu de 21), et supérieur pour la variole (22 au lieu de 8).

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

MOTTEROZ, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 28 septembre 1882.

L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL. — CONGRÈS D'HYGIÈNE DE GENÈVE.

Académie de médecine : L'allaitement artificiel.

La question de l'allaitement artificiel dont la *Gazette* s'est occupée à plusieurs reprises, arrive enfin à la tribune académique. Toute la séance a été occupée par le discours de M. Tarnier, et les applaudissements de l'assemblée ont prouvé plusieurs fois à l'orateur l'intérêt qu'elle prenait à cette question si importante. M. Tarnier, après avoir protesté, comme il convenait, de sa prédilection pour l'allaitement maternel qu'il faut encourager par tous les sacrifices possibles, reconnaît que dans certains cas, malheureusement trop nombreux, l'allaitement artificiel s'impose, et que les médecins ont le devoir de réunir tous leurs efforts pour diminuer les dangers attribués jusqu'ici à ce mode d'allaitement. Nous devons dire tout d'abord que ces dangers nous ont toujours paru singulièrement exagérés. On s'appuie pour les démontrer sur des statistiques recueillies dans les hôpitaux et dans les crèches de Paris, et qui donnent en définitive le chiffre effrayant de 3067 victimes de l'athrepsie pour la période d'un an dans les différents quartiers de la capitale. Ce chiffre se composerait uniquement des victimes de l'allaitement artificiel ? Mais en admettant que ce relevé soit parfaitement exact, il ne nous paraît pas constituer un argument péremptoire contre l'allaitement artificiel. Quand on sait comment ce genre d'alimentation est appliqué à Paris dans la classe pauvre, les résultats les plus désastreux n'ont rien qui nous surprenne.

Depuis plusieurs années, nous n'avons négligé aucune occasion de nous renseigner sur la valeur de l'allaitement artificiel, et c'est surtout dans les familles aisées que nous avons puisé nos documents. Dans ce milieu, les conditions changent. L'allaitement est le plus souvent surveillé par la mère, et toutes les précautions sont prises pour obtenir un lait aussi pur que possible. Une grande régularité préside à l'ordonnance des repas. Les biberons sont toujours soigneusement entretenus, les prescriptions du médecin rigoureusement suivies et son intervention souvent réclamée. C'est dans ces conditions que nous avons constaté maintes fois des succès dont j'étais le premier à m'étonner, persuadé qu'à Paris ils devaient être absolument exceptionnels. En province, où l'on se procure difficilement des nourrices, et dans beaucoup de familles, on élève les enfants au biberon dès que la mère ne peut pas ou ne veut pas donner le sein. Quand l'al-

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Le service de santé en Égypte. — Le personnel des ambulances. — Les blessés anglais au bombardement d'Alexandrie. — Mort du major Shaw. — Les brancardiers à Kassassin. — Question insoluble. — Laissez le cordonnier à sa forme. — Un chapeau miraculeux.

Au point de vue militaire l'expédition d'Égypte est terminée. Les bandes d'Arabi, qu'on nous avait momentanément présentées comme une armée sérieuse, poussée par le double aiguillon du patriotisme et du fanatisme religieux, ces bandes se sont désagrégées après un combat d'avant-garde, comme ces monticules de sable qu'apporte la marée montante et qu'un coup de vent disperse. Elles n'ont présenté ni la ténacité héroïque des Turcs, ni l'initiative audacieuse des Arabes de l'Algérie. Les premiers surpris ont été probablement les Anglais eux-mêmes. On s'était préoccupé à juste titre dans l'*Army medical Department* de l'éventualité d'une campagne longue et laborieuse dans un pays dont le climat a été plus d'une fois funeste à des troupes européennes. Les journaux de médecine des deux derniers mois sont très sobres en détails sur ce sujet; néanmoins, il est facile de reconnaître dans ceux qu'ils donnent les marques d'une sollicitude un peu inquiète. On a remis au jour de vieilles relations de la campagne de 1801, qui parlent des précautions prises contre la dysentérie et surtout contre la peste ; tous les officiers de santé ont reçu de l'administration centrale des instructions destinées à donner une certaine unité aux mesures hygiéniques. Cette espèce de circulaire contenait des indications sur le choléra, la dysentérie, les intoxications par l'eau empoisonnée ou de mauvaise qualité, sur les meilleurs traitements à suivre en pareil cas; elle insistait sur la disposition des campements et l'hygiène individuelle du soldat; c'était en un mot une sorte de vade-mecum rédigé

laitement est bien conduit, le succès est la règle, et j'ai trop souvent interrogé à cet égard des confrères de province, éclairés par une longue pratique, pour conserver aucun doute à cet égard.

Quoi qu'il en soit, à Paris, les maîtres les plus autorisés considèrent l'allaitement artificiel comme absolument dangereux. C'est une ressource extrême qui ne peut supporter la comparaison ni avec l'allaitement maternel ou par une nourrice à gages, ni avec l'allaitement mixte, ni même avec l'allaitement si souvent illusoire des nourrices de province qui fournissent à la statistique mortuaire des enfants un si formidable contingent.

Réduit à ce rôle plus que modeste, l'allaitement artificiel doit être pratiqué en certains cas. Il s'agit donc de le rendre moins meurtrier, puisqu'il est quelquefois nécessaire. Il faut à tout prix, dit M. Tarnier, le faire sortir de l'ornière où les erreurs s'accumulent et font de si nombreuses victimes.

Il propose, en définitive, la fondation d'un étable d'essai pour vaches et ânesses, dans un des quartiers de Paris. On y fournirait gratuitement aux familles pauvres du quartier le lait nécessaire aux enfants du premier âge. En outre, une crèche pour six enfants abandonnés serait annexée à l'étable. Une commission académique surveillerait l'allaitement et serait chargée de rechercher par quelles règles hygiéniques on peut tirer le moins mauvais parti possible de l'allaitement artificiel. Dès que la commission aurait terminé ses travaux, la crèche serait supprimée.

Certes, la tentative n'a rien de bien hasardeux, et c'est un premier pas dans une voie nouvelle. On pourrait demander pourquoi installer cette crèche voisine de l'étable dans un quartier de Paris; quel inconvénient il y aurait à établir le tout à deux ou trois lieues de la capitale, à quinze ou vingt minutes de trajet par une voie ferrée? Bêtes et gens ne s'en trouveraient pas plus mal pour ne pas séjourner continuellement dans les étables ou dans les crèches. On réunirait là les conditions où l'allaitement artificiel paraît réussir le mieux: la campagne, la vie au grand air des bêtes laitières; un milieu infiniment plus salubre pour les nourrissons. Aucune de ces conditions favorables n'existerait à Paris, dans quelque quartier qu'on se place. Mais nous comprenons que l'intention de M. Tarnier soit précisément d'expérimenter l'allaitement artificiel dans le milieu parisien et dans des conditions accessibles à tout le monde. Seulement nous voudrions que, puisqu'on aborde sérieusement l'expérimentation, on fondât tout au moins deux établissements du même genre, l'un à Paris, l'autre à la campagne, pour en comparer les résultats. La dépense serait minime et l'intérêt en jeu est de telle importance!

Mais tout n'est pas dit sur la matière. La faveur avec laquelle l'Académie a accueilli la communication de M. Tarnier, montre combien le sujet est actuel et la question vitale. En pareil cas, il ne s'agit que d'entrer en carrière. La discussion est ouverte et nous espérons qu'elle se développera en raison de l'importance du but à atteindre.

Nous la suivrons avec un vif intérêt. BLACHEZ.

Le Congrès d'hygiène de Genève.

(Deuxième article) (1).

Contagion de la phthisie. — Influences des altitudes. — Colonies d'écoliers en vacances. — Hygiène scolaire. — Résumé et résultats du Congrès de l'hygiène. — Enseignement de l'hygiène.

Si la fièvre typhoïde est aujourd'hui une maladie « ubiquitaire », comme l'ont fait remarquer divers orateurs dont nous venons de résumer les arguments, combien cette épithète peut aussi s'appliquer à la phthisie pulmonaire, et quelle affection mérite davantage les recherches des cliniciens et des anatomo-pathologistes, les conseils des hygiénistes et les mesures prophylactiques abandonnées à la sollicitude des pouvoirs publics? Un quart au moins des décès lui est attribué, surtout dans les agglomérations; comment donc un Congrès d'hygiène pourrait-il se passer de constater ses ravages et d'examiner quelles digues peuvent lui être opposées? Toutefois, il faut bien l'avouer, la question n'a guère avancé au Congrès de Genève; peut-être était-elle mal engagée et le débat ne devait-il pas être aussi directement porté sur une de ses particularités les plus difficiles et les plus délicates. La contagion de la phthisie, en effet, telle que l'examinait, au point de vue de l'histoire et de l'hygiène publique, M. le docteur Corradi (de Pavie) dans son rapport, ne pouvait donner lieu qu'à des redites; et les auteurs qui se sont le plus particulièrement préoccupés de définir expérimentalement l'essence de ce pouvoir contagieux ne devant pas prendre part aux débats, il fallait franchement aborder le terrain, non encore délimité, de l'hygiène à cet égard. Sans doute chacun s'empresse de penser avec M. Corradi, que « l'observation clinique doit trancher la question que vient de poser si nettement, suivant lui, l'expérimentation en ces derniers temps; c'est à la pathologie de résoudre

(1) Voy. le précédent numéro, p. 620.

---

pour la circonstance. La courte durée de la défense ôtera probablement à ce travail une partie de son utilité: malgré tout, l'idée était excellente; il est toujours bon de mettre entre les mains même de vieux praticiens une sorte de guide dans un pays inconnu pour eux.

Le 9 août, à six heures du matin, le bateau-hôpital *Carthago* emportait en Égypte le personnel et le matériel de huit ambulances de campagne. Il y a dans chacune d'elles un chirurgien en chef, deux chirurgiens-majors, deux aides-chirurgiens, un officier d'infirmiers, trente-quatre hommes et officiers auxiliaires chargés de veiller à tout ce qui concerne l'administration et l'approvisionnement. Par suite du nombre considérable de postes de confiance existants, il a fallu requérir beaucoup d'anciens infirmiers et d'officiers non commissionnés. Cette exigence a rendu, paraît-il, assez difficile le recrutement des brancardiers; tous ceux qui avaient servi antérieurement dans le corps de santé ayant été absorbés par les ambulances, on a dû pour former une deuxième compagnie à Aldershot, prendre des réservistes de n'importe quelle arme. Les officiers et les sous-officiers ont fait de leur mieux; mais quel résultat pourrait-on obtenir en quarante-huit heures quand il faut deux mois en temps ordinaire pour que l'instruction d'un brancardier soit complète? Heureusement que tout s'est passé pour le mieux et que le service de cette compagnie sera probablement inutile.

Les journaux ne nous apprennent presque rien encore sur les blessés de Kassassin ou de Tell-el-Kébir. Lors du bombardement d'Alexandrie, les soldats et les navires ont peu souffert, il y a cependant eu des plaies assez singulières. A bord de l'*Inflexible*, un obus égyptien, presque arrivé à la fin de sa course, tue un charpentier et enlève un fragment de plancher. Le lieutenant Jackson, frappé violemment entre les jambes, fut projeté à plusieurs pieds en l'air et retomba assis sur le pont. Il ne put se remettre du choc et succomba au bout de quelques jours. Il avait une fracture étendue du bassin, sans hémorrhagie ni lésions d'aucune sorte des organes

bien d'autres questions que soulève la doctrine de la nature parasitaire de la tuberculose et de mettre d'accord cette doctrine avec le fait de la prédisposition et de l'hérédité ». Tout cela est fort juste, mais il n'en a pas moins été nécessaire pour le rapporteur de déclarer aussitôt après que « si la contagion ou la transmission de cette maladie est possible, elle ne se fera que dans des conditions qui restent encore à déterminer ». Ce sont précisément ces conditions qu'il nous eût semblé utile de rechercher avec quelque soin et, disons-le tout de suite, nous estimons que les hygiénistes ne perdraient pas leur temps, s'ils pouvaient, comme M. Proust et le Comité consultatif d'hygiène publique de France l'ont fait pour la fièvre typhoïde, élaborer un programme de recherches spéciales sur la contagion de la phthisie pulmonaire, tout au moins bien et dûment confirmée. Or, quoi qu'on en veuille bien dire en certains milieux, où sont les bases scientifiques de pareilles recherches et quelle part exacte a-t-on su faire encore à la « consomption pulmonaire », pour employer une expression qui a bien des fois retenti au Congrès de Genève, dans cette déchéance organique, inhérente à tant de conditions de l'existence à notre époque, et dont cette consomption est assurément l'une des principales manifestations? L'hygiène, s'est-on borné à nous dire, « doit se régler vis-à-vis de la phthisie comme elle ferait pour une maladie suspecte »; et nous avons, pour calmer nos appréhensions, pour satisfaire aux exigences de la prophylaxie, cette consolation que « les résultats des nouvelles études qu'on invoque et des recherches dirigées dans le but de déterminer dans quelles conditions et par quelles voies la tuberculose se transmet, nous indiqueront les mesures prophylactiques plus particulières qu'il faudra adopter »; M. Corradi nous fait en effet espérer les avantages qu'apporteront dans cette lutte « la résistance organique ». Nous en demandons bien pardon à l'éminent professeur de l'Université de Pavie; mais nous n'hésitons pas à croire que l'hygiène, en face d'un ennemi aussi redoutable que la phthisie pulmonaire, ne doit faire aucune difficulté d'avouer son impuissance actuelle; et cela d'autant mieux qu'elle est désormais armée, là où l'on sait et où l'on ne craint pas de la cultiver, de méthodes de recherches lui permettant de définir son action avec plus de précision. Sans doute, nous aurions mauvaise grâce à ne pas le reconnaître, s'il n'en est pas de la phthisie comme des affections dont la puissance contagieuse ne laisse aucune incertitude dans l'esprit, on peut cependant être aujourd'hui enclin avec quelque apparence de raison à penser que là aussi, pour employer un mot passé de mode, la contagion y est fonction d'un microbe; mais enfin, quelles mesures de préservation est-on encore en droit de solliciter, tout au moins vis-à-vis de l'intérêt public, au nom des connaissances que nous possédons sur la nature particulière de la maladie qui forme, ainsi que nous le disions plus haut, près d'un quart de la mortalité générale? Faut-il, comme la pensée en vient d'elle-même à l'esprit lorsqu'on se trouve en présence d'affections produisant de tels sévices, réclamer la création d'hôpitaux spéciaux pour ceux qui en sont atteints? Mais alors, les hygiénistes sont loin de se trouver d'accord et si M. le docteur Corradi n'y voit que des avantages, il n'en est plus de même de M. le docteur Lubelski; M. le docteur Vallin comme M. le docteur Leudet exprimaient manifestement l'opinion générale du Congrès, lorsque le premier déclarait que « ce serait aller trop vite que de conclure de quelques faits, d'ailleurs très isolés, observés sur des animaux, et de vouloir là-dessus réclamer l'isolement des phthisiques », et lorsque le second faisait remarquer que « le tuberculeux, non seulement au début, mais même souvent à une époque assez avancée de la maladie, peut remplir des occupations même pénibles pendant un nombre d'années quelquefois considérable ». Il est d'autres affections, éminemment plus contagieuses, on n'en saurait douter, pour lesquelles l'isolement doit être tout d'abord obtenu; à chaque jour suffit sa peine, et la phthisie n'est vraiment justiciable, en quelque sorte, que des mesures prophylactiques générales s'adressant tant aux individus restés malades à leur domicile qu'à ceux soignés dans les hôpitaux. M. Corradi pense, et c'est là une des questions sur lesquelles il insiste le plus, qu'on doit surtout avoir égard, en ce qui concerne la contagion de la phthisie, « aux rapports qu'établit la cohabitation; en les rendant moins intimes et prolongés, dit-il, on atténuera les effets des foyers d'infection, quand même on ne les pourrait détruire, et en même temps on éloignera ces exhalaisons qui, en dehors de toute action spécifique, en affaiblissant l'organisme, le prédisposent à la phthisie ». Combien ne pleurait-on pas, aux temps passés des élégies, sur tant de pauvres Juliettes donnant ainsi avec leur amour les germes de la mort! De fait, et M. le docteur Leudet l'a montré par des recherches cliniques extrêmement importantes, faites sur plusieurs générations dans les mêmes familles, soignées d'abord par son père puis par lui, on peut admettre que dans le mariage la contagion de la tuberculose peut se produire assez fréquemment,

---

pelviens. Un artilleur du *Superb* eut les deux jambes broyées par un obus; on l'amputa, il mourut dans le collapsus; la flotte n'avait pas de bateau-hôpital. Les malades et les blessés qui purent supporter le voyage furent conduits à Malte par des transports aménagés spécialement dans ce but; le 5 août dernier, l'hôpital d'évacuation renfermait seulement trois marins ayant des blessures graves.

A leur entrée dans Alexandrie, les Anglais trouvèrent le service sanitaire en assez piteux état. Le médecin en chef de l'hôpital arabe avait quitté la ville avec son personnel pour rejoindre Arabi; il était impossible de songer à utiliser immédiatement ce qu'ils avaient abandonné. Depuis le déplacement de la base d'opération et le retour des émigrants, les choses laissent encore notablement à désirer. « Les troupes qui sont ici et à Ramleh, écrit le correspondant spécial du *British med. Journal*, sont dans des conditions de santé satisfaisantes. Cependant il y a eu quelques cas de dysenterie mortels. On n'en a pas vu encore parmi les civils; mais quand la maladie règne ici, elle arrive ordinairement plus tard et n'est pas grave. »

Des affections d'une autre nature, endémiques, dit-on, dans ces parages, intéressent assez sérieusement la garnison pour que les médecins s'en préoccupent; ce sont les maladies vénériennes. La prophylaxie est difficile en Égypte; il n'y a pas de législation répressive, et s'il y en avait une, elle serait presque toujours inapplicable, parce que les prostituées, appartenant à toutes les nationalités, ne sont, en vertu des capitulations, justiciables que de leurs consuls. M. Manley, chirurgien de brigade, a proposé une mesure qu'il regarde comme radicale, mais qui est surtout singulière; il voudrait qu'on relevât avec soin les maisons habitées par la population galante de la ville, qu'elles fussent consignées pour les militaires et que le respect de la consigne fût assuré par de sévères punitions. Un tel procédé serait peu pratique dans une ville d'Europe, nous ne saurions dire s'il l'est à Alexandrie.

plus du mari à la femme que de la femme au mari; d'ailleurs il a très nettement mis en lumière que « la femme non contaminée par un mari tuberculeux peut donner le jour à des enfants qui meurent phthisiques, sans qu'elle-même soit atteinte ultérieurement de la même maladie »; en somme, « le mariage des gens tuberculeux hâte souvent la terminaison fatale de la phthisie »; mais il faut aussi remarquer que « le développement, à peu d'intervalle, de la tuberculose chez divers membres d'une même famille est assez fréquent, même en dehors de la prédisposition héréditaire ».

Aussi ne peut-on qu'approuver les conclusions que M. Leudet tire des résultats si précis de ses observations, lorsqu'il se borne à penser « qu'au point de vue de l'hygiène, le mariage d'un tuberculeux avec un autre individu sain doit être déconseillé » et lorsqu'il montre les avantages « de la dispersion des enfants dans une famille entachée de tuberculose ». Ce sont là de sages conseils; peut-on les traduire en mesures législatives ou seulement administratives, comme certains hygiénistes n'hésiteraient pas à le réclamer, sinon à l'effectuer? Pour de telles mesures draconiennes, il faudrait d'autres preuves, semble-t-il; et sans parler des obligations du secret professionnel, quel intérêt aurait l'hygiène à se montrer assez peu aimable pour chercher, éternelle utopie, à enlever « à l'amour son bandeau ». Non, l'hygiène a mieux à faire; qu'elle s'efforce d'abord de définir et de resserrer la base des investigations concernant les modes d'extension de la phthisie pulmonaire et si, comme la plupart le pensent, il faut accuser des désastres causés par cette maladie l'ensemble de toutes les conditions « étiolentes », qu'elle en prenne son parti et s'attaque tout d'abord à celles de ces conditions qui lui sont les plus accessibles, aux âges de la vie sur lesquels elle peut exercer l'influence la plus directe.

C'est précisément dans ce but que l'on s'efforce de créer de tous côtés des établissements destinés à recevoir, soit sur le bord de la mer, soit au milieu de bois à essences balsamiques, les petits citadins sur lesquels les affections organiques ont plus ou moins marqué leur empreinte. Le Congrès de Genève s'est également préoccupé de donner à cette pratique, aujourd'hui passée en habitude dans certaines contrées, une extension aussi grande que possible. Toutefois, comme il en a été pour tant d'autres questions, c'est encore à des généralités déjà bien connues que la plupart des orateurs se sont livrés, et si les administrations publiques, qui, en fin de compte, posséderont toujours, quand elles le voudront, les ressources suffisantes pour réaliser dans les limites nécessaires cette médication préventive, si ces administrations veulent chercher dans les débats du Congrès des indications pratiques à ce sujet, nous avons le regret de déclarer qu'elles n'en trouveront pas, et cette pensée a été si bien celle des membres de la deuxième section qu'ils ont décidé de maintenir cette question à l'ordre du jour du prochain Congrès d'hygiène, en priant M. le docteur Armaingaud de préparer pour cette époque « un travail d'ensemble résumant et coordonnant tous les documents y relatifs ». C'était peut-être par là qu'il fallait dès aujourd'hui commencer, d'autant que les éléments de ce travail sont tout trouvés; non seulement les hospices marins d'Italie, de Hollande, de Danemark, d'Allemagne, mais aussi notre établissement de Berck-sur-mer, l'institution Friedland à Nice, l'œuvre protestante des bains de mer de Cette, etc., sont des exemples tout en faveur de ces institutions, et l'on sait que l'administration de l'Assistance publique de Paris est sur le point de réaliser à Arcachon l'hospitalisation des phthisiques sur les bases que MM. Grancher et Ulysse Trélat, entre autres, ont si nettement posées lors de la session de l'Association française pour l'avancement des sciences en 1878. Le point particulier qui a seul soulevé une légère discussion au Congrès de Genève, c'est celui de savoir s'il valait mieux, comme on le fait en Italie, ne laisser séjourner les enfants malades que six semaines à trois mois au maximum dans ces stations maritimes, au lieu de les y traiter à demeure pendant une ou plusieurs années, suivant la pratique suivie en France à Berck-sur-mer? Une telle discussion ne pouvait d'ailleurs aboutir; n'est-ce pas là seulement une question de finances, suivant l'étendue des ressources dont disposent les administrateurs de ces établissements?

S'il est des peuples qui doivent rechercher la salubrité des conditions atmosphériques sur leur littoral maritime, il en est d'autres que leur configuration géographique oblige à demander les mêmes services à la pureté de l'air dans des altitudes suffisamment élevées. Nul pays ne peut offrir de plus favorables sujets d'études que la Suisse, et l'on doit savoir gré au vénéré Président du Congrès, M. le docteur H. Cl. Lombard, d'avoir donné comme un couronnement à son *Traité de climatologie médicale* en faisant une communication sur les influences hygiéniques, physiologiques et thérapeutiques des altitudes, surtout de celles dites moyennes, entre 2000 et 3000 mètres. Ce travail n'a pas été seulement la confirmation

---

Au combat de Kassassin, le corps de santé a notablement souffert; un chirurgien-major, M. Shaw, a été blessé à mort; des brancardiers ont dû changer de rôle et prendre une part active à la lutte. A un moment donné une compagnie fut isolée, il était évident que si l'on n'avait en vue que sa sûreté, un changement de position était indispensable; mais il aurait fallu interrompre les pansements au grand détriment des blessés. Le médecin se refusa d'une manière absolue au moindre mouvement, et il réussit à faire partager sa résolution à ses hommes. Ceux-ci emplirent de plâtre leurs sacs dont ils se firent des boucliers, et se servant des fusils de leurs camarades hors de combat, ils repoussèrent énergiquement l'attaque des arabistes jusqu'à ce que la cavalerie vint les délivrer.

De tels actes se passent de commentaire, c'est la meilleure preuve qu'on puisse donner de la discipline et de l'esprit d'abnégation du corps de santé de l'armée anglaise.

Les nouvelles d'Egypte, les questions relatives à la médecine militaire sont en ce moment à l'ordre du jour; par suite de la constitution et du mode de recrutement de l'armée, elles excitent pourtant une émotion moins vive qu'elles ne feraient chez nous; le négociant de Londres ou le gentleman farmer ressent une angoisse patriotique chaque fois que l'honneur national est en jeu, mais l'anxiété paternelle des chefs de famille est sûrement moins universelle là-bas qu'elle ne le serait en France. Grâce à la situation géographique du pays, l'étudiant n'est point obligé de laisser momentanément ses livres; le négociant ne doit point abandonner ses affaires pour payer sa dette à la patrie. Tout marche à peu près comme d'habitude; les branches de l'Association médicale britannique ont tenu leur réunion annuelle; sans les courtes nouvelles dont nous avons parlé, les journaux professionnels ne renfermeraient rien qui pût faire songer à une expédition lointaine. En revanche d'autres questions sont si vivaces et si redoutables que la presse scientifique est obligée d'y revenir à chaque instant. Ce n'est

des résultats obtenus dans certaines de ces stations en Suisse, mais il a eu la bonne fortune de fournir à M. Paul Bert l'occasion d'une très belle improvisation sur l'expérimentation physiologique appliquée à la recherche des effets produits par la diminution de la pression barométrique sur l'oxygénation du sang. « Quel chef-d'œuvre de belle diction académique! » disait près de nous en l'entendant l'un des hauts fonctionnaires médicaux de l'Allemagne. Quelle grande leçon d'hygiène expérimentale, ajouterons-nous. Montrer, en effet, par une série raisonnée d'expériences, par quels procédés l'organisme peut s'acclimater à des variations souvent très grandes de pression atmosphérique, c'est aussi montrer combien il peut se plier au milieu dans lequel il doit vivre, et comment notre économie peut s'accommoder, mécaniquement en quelque sorte, à la mesure exacte de force que ce milieu nous permet de dépenser pour obtenir l'intégrité de notre santé. N'est-ce pas là un exemple des études sans lesquelles la science sanitaire n'est qu'un vain mot, et comme un si brillant exposé repose des dissertations par à peu près sur des sujets plus ou moins inconnus à ceux qui s'y livrent! Aussi le succès de M. Paul Bert a-t-il été des plus vifs.

Le séjour sur les hauteurs exerce une action stimulante sur toutes les fonctions, tel est l'enseignement constant de l'observation dont l'expérimentation a su si habilement décomposer les divers éléments; aussi ne saurait-on s'étonner des avantages qu'on recueille depuis quelques années de l'envoi des écoliers maladifs à la campagne pendant les trois à quatre semaines de leur congé annuel; M. le docteur Varrentrapp a appelé l'attention de ses collègues sur ces institutions, qui se développent de plus en plus dans divers pays. Or, l'expérience faite sur quatre à cinq colonies suisses et environ une douzaine de colonies allemandes a démontré que les enfants y avaient gagné non seulement une apparence plus saine, mais que leur poids avait augmenté de 1 à 3 livres, en même temps qu'ils avaient grandi de 1 à 2 centimètres, augmentation et accroissement incomparablement plus forts que ceux que l'on a observés chez des enfants du même âge pendant le même espace de temps. C'est là assurément une coutume qui, appliquée avec ménagement et précaution, mérite d'être généralisée, et s'il n'est pas possible, comme le demandait M. Lubelski, de placer tous les internats à la campagne, que l'on soustraye du moins le plus longtemps possible les écoliers aux dangers des agglomérations si préjudiciables à leur jeune organisme. L'hygiène scolaire également, non pas seulement celle des vacances, a formé l'une des principales préoccupations des hygiénistes réunis à Genève; l'occasion était d'ailleurs bien choisie, car l'on sait quels sacrifices ce canton s'est imposé depuis quelques années pour le développement de l'instruction à tous ses degrés; ses écoles sont devenues l'un des luxes de son budget. En parcourant les nombreux travaux, souvent très importants, présentés à ce Congrès sur l'hygiène scolaire, nous nous rappelions les délibérations si approfondies de la section d'hygiène du Congrès de l'enseignement réuni à Bruxelles il y a deux ans, et nous ne pouvions nous empêcher de penser combien il était regrettable que tous ces travaux aient dû n'occuper que quelques heures. Est-ce que les divers points du rapport si complet de M. le docteur Kuborn concernant l'influence des programmes scolaires sur la santé des enfants, est-ce que les considérations si précises, rédigées par M. le docteur Cohn sur la nécessité de nommer dans tous les pays des inspecteurs médicaux scolaires, est-ce qu'enfin l'éveil, sollicité avec tant d'autorité et de compétence par M. le docteur Gilbert sur le traitement des maladies parasitaires de la peau chez les écoliers, etc., n'auraient pas mérité plusieurs jours de discussions approfondies? Quels plus importants problèmes pourrait-on soulever aujourd'hui que ceux qui, s'adressant à l'hygiène scolaire, intéressent désormais la population tout entière! « En dehors du sommeil, dit, par exemple, M. Kuborn, la balance des forces physiques et du développement intellectuel doit être tenue dans la relation suivante : 7 et 8 ans = 4 heures d'école, 9 de repos et exercices; 9 et 10 ans = 5 ou 6 heures d'école, 8 ou 9 de repos et d'exercices; 10 et 12 ans = 6 ou 7 heures d'école, 8 1/2 ou 9 1/2 de repos et d'exercices. » D'autre part, M. le docteur Dally a fait une très remarquable conférence sur les meilleures attitudes scolaires et les nombreux détails pratiques qu'il a fournis à cet égard ne seront assurément pas perdus, car le département de l'instruction publique du canton de Genève avait eu l'heureuse idée de donner ce jour-là congé aux écoles, en invitant les instituteurs et les institutrices à se rendre à la conférence de notre éloquent collègue. Nous voudrions pouvoir insister sur les conseils qu'il a donnés à cette occasion, conseils qu'il importe tant aussi aux praticiens de ne pas ignorer; mais nous n'avons encore indiqué que quelques-uns des sujets soulevés, sinon étudiés, au Congrès d'hygiène de Genève.

Aussi bien, retracer comme ils le mériteraient tous ces mémoires et les discussions, même ébauchées pour la plupart, auxquelles ils ont donné lieu pendant les quatre jours de

---

point à Alexandrie seulement que les moralistes et surtout les médecins ont à lutter contre la galanterie de carrefour; cette plaie sociale date de loin à Londres, et son traitement est d'autant plus difficile qu'elle est la conséquence d'un autre mal, vieux comme l'empire britannique : le paupérisme.

En 1795, un voyageur russe, Makarov, qui depuis a publié ses impressions, signalait avec étonnement ce triste état de choses : « Nulle part écrivait-il, le vice ne se montre aussi effrontément qu'à Londres. » Et il racontait qu'en traversant Saint-James Park, une fillette de dix-sept ans tout au plus lui dit quelques mots qu'il devina plutôt qu'il ne comprit; il haussa les épaules de pitié, lui donna une demi-couronne et continua son chemin. Son interlocutrice peu habituée à un pareil procédé, courut après lui, le saisit par le pan de son habit, et rouge de colère : « Monsieur, je ne demande pas l'aumône. » Plus surpris encore que la première fois, Makarov essaya de calmer sa susceptibilité, il réussit même à lui faire accepter une guinée et partit : « Je suis persuadé, ajoute-t-il, après avoir rapporté cette anecdote, qu'elle m'aura pris pour un fou. »

Il y a quelques années la conduite d'un officier supérieur qui avait donné un léger croc-en-jambe à l'*habeas corpus* dans l'intérêt du service et de la santé de ses hommes, fut blâmée de tous côtés; je crois même qu'il y eut sur ce sujet une interpellation au Parlement. On fit des tirades humanitaires, théologiques, philanthropiques, et comme toujours on n'aboutit à rien; il eût été difficile qu'il en fût autrement, car on avait affaire à deux ennemis sûrement invincibles, la brutalité humaine et l'abjection qu'engendre l'extrême indigence. Une scène tragi-comique racontée par un petit journal destiné spécialement aux étudiants, si nous en croyons son titre (*The Student's Journal*), nous montre les rues de Londres sous un singulier aspect à une certaine heure de la soirée.

« Laissez le cordonnier à sa forme, voilà un vieux proverbe

travail effectif de ces réunions, ce serait résumer tout un traité d'hygiène, ce serait même faire le bilan de toutes les applications que l'hygiène peut réclamer ou attendre des diverses sciences. Il est peu, en effet, de ces applications qui n'y aient été invoquées, depuis les débats très prolongés sur la réforme de la chaussure, jusqu'aux moyens d'assurer la désinfection des chambres des malades atteints d'affections contagieuses et même celle des personnes qui les approchent même momentanément. Des mémoires aussi complets que celui dont M. le docteur Vallin n'a pu qu'indiquer les conclusions constituent, il est vrai, des modèles; la prophylaxie y repose sur des données précises et rigoureusement scientifiques; peut-être même, qu'on nous pardonne cette appréhension, l'abondance des détails est-elle susceptible de faire apporter quelque retard à leur application; cette crainte n'est d'ailleurs que momentanée, jusqu'au jour où les progrès de l'éducation publique rendront plus facile la mise à exécution des prescriptions de l'hygiène.

Quoi qu'on en veuille dire, cette éducation se poursuit de plus en plus et les Congrès internationaux bisannuels d'hygiène y sont assurément pour beaucoup, non pas tant par ce que le public peut y trouver d'utile à son instruction que par les échanges d'aspirations et d'efforts que peuvent faire leurs membres, souvent fort éloignés, et par l'émulation qui les pousse à ne pas vouloir aborder de nouveau leurs collègues sans leur présenter de récents travaux, sans leur apporter la réalisation de quelques réformes obtenues grâce à eux dans leurs pays respectifs. Des réformes, tel est le cri que les hygiénistes ne cessent de faire retentir; telle est la conclusion de chacune de leurs communications; et cependant, ils ne sauraient le méconnaître sans injustice, ils ont beaucoup obtenu dans les divers pays depuis quelques années; nous serions presque tenté de dire qu'ils ont acquis presque tout ce que peut comporter l'état actuel de l'administration sanitaire et de l'enseignement de l'hygiène. Cette administration a été à peine étudiée au Congrès de Genève, sauf en ce qui concerne l'hygiène internationale, par les voix si autorisées de MM. les docteurs Fauvel, Rochard, Proust, Layet, Da Silva Amado, Félix ; quant à l'enseignement, c'est là, il nous semble, quoiqu'il n'en ait été que très superficiellement question dans cette dernière réunion, la moralité, oserons-nous dire, qui se dégage non seulement du succès du Congrès de Genève, du retentissement qu'il a eu de tous côtés, mais aussi de l'insuffisance indéniable de ses délibérations. On ne saurait vraiment discuter longtemps des questions d'hygiène sans qu'il puisse en sortir des solutions ; or, où sont les questions résolues dans cette circonstance ? Est-il nécessaire qu'en 1884, au Congrès de La Haye, une autre marche soit suivie, et l'hygiène pourra-t-elle alors posséder un nombre suffisant de « spécialistes compétents » pour amener des résultats plus dignes encore de frapper l'attention publique ? Faudra-t-il continuer à effleurer toutes les questions dans des discussions écourtées, sans en résoudre aucune, ou bien consacrer tout au moins une partie du Congrès à des débats approfondis et bien réglés sur une ou deux questions déterminées ? Pour cela, il est nécessaire de préparer l'éducation des hygiénistes. Nous voudrions, dans un prochain article, en nous inspirant de l'enseignement fourni par l'Exposition internationale d'hygiène qui faisait partie du Congrès de Genève, montrer l'état actuel en France des études d'hygiène ; à la veille de la rentrée scolaire, on y trouvera peut-être quelque intérêt.

A.-J. Martin.

TRAVAUX ORIGINAUX

Physiologie expérimentale.

Études expérimentales sur les fonctions des nerfs phréniques, par MM. A. Hénocque et Éloy (1).

Nous avons, depuis longtemps, entrepris dans le laboratoire de M. le professeur Brown-Séquard, au Collège de France, une série de recherches expérimentales, ayant pour objet l'étude du mode d'action des nerfs phréniques sur le diaphragme.

Ces nerfs sont considérés, avec raison, comme les plus importants parmi ceux qui concourent aux phénomènes mécaniques de la respiration, mais il n'a été publié qu'un nombre restreint d'expériences démontrant et précisant leurs fonctions et celles des diverses racines qui leur servent d'origines.

Parmi les résultats actuellement obtenus, il en est quelques-uns qui font entrevoir la portée clinique de cette étude et qui peuvent être utilisés pour l'explication d'un certain nombre de phénomènes pathologiques.

Dans ces expériences, opérant sur des animaux d'espèces diverses (chats, chiens, lapins, cobayes et singes), nous avons séparé, par arrachement ou par section, tantôt l'un des nerfs phréniques, tantôt les deux, tantôt seulement les ra-

(1) Ce travail a été communiqué au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, dans sa séance du 29 août 1882.

---

dont on se pénètre d'autant plus qu'on a vécu plus longtemps; c'est toujours une sottise de se mêler de ce qui ne vous regarde pas. Un jeune gentleman se disant étudiant en médecine, — nous serions heureux de savoir à quel hôpital, — l'a appris à ses dépens. Il a dû comparaître devant M. Newton à la Cour de police de Marylebone, pour avoir entravé les agents dans l'exécution de leurs fonctions. Cette conception de ses droits et de ses devoirs de citoyen lui coûtera vingt shillings ou quatorze jours de prison à son choix. Il paraît que mardi dernier à deux heures du matin, il se trouvait à la place Waterloo, près de Piccadilly Circus, pourquoi ? Nous ne saurions le dire, mais il était certainement animé des meilleures intentions. Ce qu'il y a de sûr, c'est qu'il contemplait attentivement les restes de cette triste population mâle et femelle qui rend la nuit si hideuse dans ce quartier de dix heures du soir aux premières heures du matin. Si nous en croyons le constable de police, le jeune philosophe ne se bornait pas à étudier cette phase de la vie de la grande ville, il s'était fait le champion des infortunées qui exercent par là leur nocturne négoce. Après l'avoir laissé faire pendant deux ou trois heures, deux représentants de la loi obéissant à l'ordre d'un supérieur, lui dirent d'une voix de Stentor : « C'est assez maintenant, allez-vous-en, » pensant qu'il était temps de finir le carnaval et de nettoyer la rue. Le disciple d'Esculape protesta contre un traitement aussi cavalier; bien mieux, pour n'être pas privé de ses aimables compagnons, il les engagea à ne point se soumettre à l'autorité et à faire comme bon leur semblerait; il répéta ce conseil tant et si bien qu'on dut s'assurer de sa personne et le conduire au poste. »

N'est-ce pas là une scène vraiment curieuse? Nous faisons notre *mea culpa* de nos misères, nous protestons à chaque instant contre ces couches extra-sociales à trafic interlope qu'on trouve à Paris. Qu'est-ce que cela comparé aux arrière-fonds de l'altière Albion? A l'heure où son pavillon

cines cervicales d'un seul côté ou des deux côtés. Les mouvements respiratoires étaient enregistrés avec soin, soit au moyen de pneumographes analogues au pneumographe de M. Bert, mais d'un volume moindre, et qui étaient appliqués sur diverses parties du thorax et de l'abdomen, soit avec l'*explorateur à tambours conjugués* de M. Marey dans lequel le tube de communication étant enlevé et les tambours étant mis isolément en rapport avec l'appareil enregistreur, on pouvait obtenir des tracés respiratoires de chacun des côtés du thorax et et de l'abdomen.

Pour bien comprendre les phénomènes observés, il faut les diviser en trois périodes. La première comprend les *effets immédiats ;* la seconde, les *effets produits par les lésions jusqu'à la cicatrisation complète des plaies;* la troisième, les symptômes qui accompagnent la régénération des nerfs et le rétablissement de leurs fonctions.

Première période. Effets immédiats de l'arrachement ou de la section. — C'est en premier lieu la douleur qui est manifeste alors même que l'animal est anesthésié. Il est fréquent de voir survenir des mouvements, des cris, le réveil, au moment de l'opération. Ce phénomène explique la sensation de douleur que produit la compression du nerf phrénique au niveau de ses origines au cou; que cette pression soit exercée par le doigt dans un but d'exploration ou par des tumeurs ganglionnaires, vasculaires ou néoplasiques siégeant dans les tissus qui entourent les nerfs phréniques. Cette douleur, suivant les diverses causes, peut siéger au cou, à la région précordiale ou vers la région diaphragmatique; telles sont les douleurs aiguës ressenties dans certaines pleurésies.

En même temps surviennent des troubles du *rythme respiratoire*, comme le démontrent incontestablement les tracés des appareils enregistreurs.

La respiration *s'accélère*, l'inspiration est indiquée par des lignes courbes plus aiguës, plus rapprochées. Mais après quelques instants, les courbes s'arrondissent, l'inspiration est représentée par une ligne oblique ou par une ligne verticale très abrégée ; un plateau d'arrêt lui succède et la ligne ascendante qui représente l'expiration est très courte. Ces tracés sont comparables à ceux que M. Marey a observés sur des individus respirant dans un tube étroit, c'est-à-dire aux tracés d'une respiration gênée. Quelquefois le tracé devient presque rectiligne et est soulevé seulement par quelques légères ondulations ou entrecoupé de plateaux séparés par une courte courbe d'inspiration et d'expiration.

Les *mouvements respiratoires abdominaux* sont modifiés. La paroi abdominale ne se soulève que faiblement du côté opéré, et cette dilatation n'est pas isochrone avec celle de la moitié du diaphragme dont le nerf est intact. Elle est plus tardive et due à l'impulsion imprimée à la masse des viscères par la contraction de cette moité du diaphragme.

En résumé, les effets immédiats, après la section ou l'arrachement d'un des nerfs phréniques, sont les suivants, dans l'ordre chronologique :

1° Contractions vives des muscles inspirateurs pendant quelques instants;

2° Cessation des contractions diaphragmatiques du côté opéré;

3° Mouvements respiratoires faibles de la paroi thoracique par l'action des muscles intercostaux inférieurs et des muscles élévateurs accessoires.

Deuxième période. — Dans les jours qui suivent l'opération, en dehors des phénomènes inflammatoires variables d'un animal à un autre et suivant les espèces, on constate que la respiration est plus ou moins rapide. Sur un chat, six jours après la section d'un des nerfs phréniques, on a obtenu un tracé qui est loin d'être rectiligne et montre des mouvements d'inspiration et d'expiration. Cette période peut d'ailleurs être prolongée par l'étendue des lésions des muscles et des nerfs cervicaux, lésions qui ajoutent peut-être encore leurs effets aux causes déjà complexes des modifications du tracé respiratoire.

La *troisième période* (*de restauration définitive*) a pu être suivie chez les animaux conservés pendant plusieurs mois et même plus d'une année (cobayes, chats, singe). Des tracés graphiques de la respiration, obtenus à des intervalles de deux semaines, ont, de plus, permis de constater le retour de la courbe respiratoire à un type analogue à celui du côté opéré.

C'est ainsi que les hauteurs des respirations du côté opéré sont restées inférieures à celles du côté non opéré.

Chez d'autres animaux, on a constaté des troubles fonctionnels de la phonation. Chez le chat, le miaulement devenait plus aigu; chez le singe, le timbre de la voix était aigre et plaintif. Un certain nombre de ces animaux étaient atteints de troubles trophiques et quelques-uns sont morts de froid.

La *régénération des racines* du phrénique a été observée chez plusieurs opérés. Elle s'est établie au moyen d'une cicatrice nerveuse, sorte de plexus unissant les trois dernières racines cervicales et le plexus brachial.

Le *diaphragme n'était pas altéré* chez les animaux opérés depuis longtemps et sacrifiés après une survie de plusieurs mois. Mais sur un chat mort neuf jours après l'opération, le diaphragme était aminci et particulièrement atrophié du côté opéré.

Les *muscles intercostaux inférieurs étaient hypertrophiés* du côté opéré. Cette hypertrophie des sixième, septième, huitième et neuvième muscles intercostaux joue vraisemblablement un rôle compensateur dans le rétablissement

---

flottait orgueilleusement à la corne des *iron-clads* se préparant à foudroyer les forts d'Alexandrie, les rues de sa métropole appartenaient à des êtres infimes des deux sexes qui n'ont d'anglais que la langue, qui n'ont d'humain que la face; ces êtres-là sont nés de la boue, quand ils sont enfants on les appelle les Arab-boys, plus tard, ils se développent, grandissent, vivent comme ils peuvent, travaillent comme ils ont appris à le faire. Pour eux, l'idée de patrie, d'autorité, de liberté individuelle est incarnée dans l'homme aux vêtements sombres et au casque sphéroïde qui vient lever l'obstruction et nettoyer la rue à deux heures du matin!

Et maintenant une scène d'une autre nature mais bien anglaise aussi. « Un monsieur se promenait un jour sur les falaises de Morwenstow, quand un coup de vent lui enlève son chapeau et l'emporte sur le roc voisin où se trouvait un pasteur méthodiste qui ne pouvait le voir. Quelque temps après celui-ci faisait, sur la prière, un émouvant sermon auquel assistait le promeneur qui avait perdu son couvre-chef : « Je ne veux pas, mes très chers frères, disait-il, que vous vous borniez à réclamer les bénédictions du ciel, vous pouvez aussi demander ce qui vous serait utile en ce monde. Je vais à ce propos vous rapporter un fait arrivé à moi-même il y a quelques jours. J'étais par hasard sur les rochers d'une petite localité insignifiante du pays de Cornouailles, appelée Morwenstow. Ajouterai-je, mes chers frères, que j'avais un si pauvre chapeau que je rougissais presque de rentrer dans la ville avec une pareille guenille sur la tête. A ce moment je levai les yeux, et je vis dans l'immensité du firmament un point noir qui s'approcha et finalement vint tomber à mes pieds; c'était un chapeau neuf du meilleur fabricant de Londres. »

Notre-Dame de Lourdes n'eût pas mieux fait.

Dr L. Thomas.

des mouvements d'inspiration de la base du thorax. Ce phénomène était d'autant plus remarquable que les lésions des nerfs et des muscles du cou ne permettaient plus aux élévateurs des côtes supérieures une suppléance qui a été exercée par les intercostaux inférieurs.

Après avoir constaté les faits précédents, nous nous sommes proposé d'étudier l'*action réciproque et comparative des nerfs intercostaux et des diverses racines du nerf phrénique sur les respiratoires.* Ces nouvelles expériences consistaient à arracher sept ou huit des dernières paires des nerfs intercostaux inférieurs d'un côté ou des deux côtés et à sectionner l'un des nerfs phréniques.

Les diverses lésions expérimentales ainsi produites et combinées entre elles ont permis d'établir les conclusions suivantes :

1° Que l'arrachement ou la section des nerfs intercostaux inférieurs ne modifie pas sensiblement les tracés respiratoires dans les premiers moments qui suivent l'opération ;

2° Que la section d'un seul nerf phrénique, après l'arrachement des nerfs intercostaux, modifie le rythme respiratoire des deux côtés ;

3° Que le tracé graphique des contractions du diaphragme animé par un seul nerf phrénique, et les nerfs intercostaux inférieurs des deux côtés, a cet aspect caractéristique du tracé figuré par M. Marey représentant les mouvements thoraciques obtenus en respirant dans un tube étroit.

Il restait à examiner l'influence que *chacune des racines du phrénique exerce sur la respiration.* A cet effet, on a arraché chacune des racines, soit d'un seul, soit des deux nerfs phréniques, et on a obtenu les résultats suivants :

1° La section de la *racine inférieure d'un seul nerf phrénique* ne modifie pas notablement la respiration. Il existe une accélération; mais après la *section de la racine inférieure du nerf phrénique du côté opposé,* le rythme est devenu à peu près identique des deux côtés, la respiration étant plus faible.

2° La section de la *racine supérieure du nerf phrénique des deux côtés* produit des modifications profondes dans le rythme respiratoire, et une augmentation extrême de l'amplitude des mouvements respiratoires durant plus de trois quarts d'heure.

3° La section, l'arrachement, le pincement, la ligature de *la racine supérieure* du nerf phrénique sont très douloureux.

Ces phénomènes ne sauraient être attribués à la douleur produite par l'opération, car les animaux étaient dans l'anesthésie chloroformique, et d'ailleurs les modifications avaient également lieu lorsque cette action n'était produite ni par la section des nerfs intercostaux, ni par celle des racines inférieures du phrénique; donc cet effet paraît propre aux racines supérieures du nerf phrénique.

Cette action spéciale des racines supérieures serait-elle régulatrice du rythme respiratoire? Nous posons cette hypothèse, mais nous nous réservons de l'examiner ultérieurement. Se produirait-il une irritation de la moelle donnant lieu aux changements respiratoires? Nous ne le croyons pas, puisque si l'on coupe la racine du phrénique après l'avoir préalablement isolée par une section située entre la ligature et la moelle, on n'observe aucune modification du tracé respiratoire.

En outre, la galvanisation de la racine supérieure du bout périphérique du nerf phrénique après qu'il a été séparé du bout central, produit une augmentation dans l'amplitude et une modification dans le rythme respiratoire.

Ces phénomènes sont persistants, puisqu'il a été possible de les observer chez des animaux, pendant une heure après l'opération, et constater sur les tracés graphiques le trouble durable, profond et caractéristique apporté dans le rythme respiratoire par la section des racines supérieures du phrénique lorsqu'elle est faite des deux côtés.

Anatomie pathologique.

SYPHILIS CÉRÉBRALE, extrait de leçons faites en 1880, à l'hôpital de la Pitié, par le docteur E. LANCEREAUX, et publiées par M. L. GAUTIER, interne des hôpitaux.

(Suite. — Voyez les numéros 25, 29, 33 et 38.)

Anatomie pathologique. — Toutes les artères cérébrales peuvent s'altérer sous l'influence de la syphilis. Dans les faits rapportés plus haut, les artères carotides et vertébrales sont plusieurs fois altérées. Les artérioles terminales intracérébrales le sont également dans les faits de Clifford Albutt et de Pelizzari. Mais les vaisseaux de beaucoup les plus fréquemment atteints sont les sylviennes, au niveau de leurs premières branches de division et le tronc basilaire, c'est-à-dire les vaisseaux les plus importants au point de vue de la circulation cérébrale.

Manifestation de la période tertiaire, l'artérite présente les caractères des lésions de cette phase morbide, c'est-à-dire qu'elle se limite à une faible étendue du vaisseau malade et se montre quelquefois en deux points symétriques. Ses caractères macroscopiques et microscopiques varient suivant son siége, son étendue et la phase plus ou moins avancée de son évolution. Les parois altérées sont, en effet, tantôt épaissies, tantôt amincies, et la lumière du vaisseau tantôt rétrécie, tantôt dilatée, en sorte qu'il serait difficile d'admettre une identité parfaite du processus, si la connaissance de la marche des lésions syphilitiques ne venait expliquer toutes ces différences. Malgré cette difficulté, il est certain que l'altération commence par un point circonscrit de la paroi artérielle, s'étend peu à peu par l'addition de zones successives, comme c'est la règle pour toute manifestation syphilitique, et forme en fin de compte un ou plusieurs foyers. Ceux-ci sont constitués dans leur période d'état par un épaississement limité, grisâtre ou jaunâtre, ou encore par la présence à la surface de la paroi artérielle, de nodosités miliaires ou lenticulaires, sèches, résistantes, de coloration d'autant plus foncée qu'elles sont plus anciennes. Sur une section du vaisseau malade, il est souvent facile de reconnaître les différentes membranes artérielles, et de constater que les tuniques externe et interne sont épaissies, tandis que la tunique moyenne, comprimée par les deux précédentes, est généralement atrophiée. Cette tunique disparaît parfois totalement, tandis que les épaississements des autres membranes parviennent à s'organiser au moins partiellement. Soumise alors à la pression sanguine, la paroi artérielle est peu à peu distendue de façon à former une poche anévrysmale de dimensions variables. Telle est l'origine et la genèse d'un assez grand nombre d'anévrysmes intracrâniens. Ils sont constitués tantôt par la dilatation partielle et latérale de la paroi du vaisseau, tantôt par la présence, sur le trajet de ce dernier, d'une tumeur arrondie ou sphéroïde. Leur volume varie depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'un œuf de pigeon. Leur cavité est en général vide, rarement tapissée de caillots stratifiés. L'orifice qui les fait communiquer avec la lumière du vaisseau atteré est ovale, plus ou moins large. Leur accroissement se produit pendant un certain temps, après quoi ils restent stationnaires ou se rompent. L'ouverture, tantôt allongée, a la forme d'une fissure, d'une déchirure irrégulière; tantôt arrondie, elle a les dimensions d'une tête d'épingle très petite, et comme alors le sang a de la peine à s'échapper, on comprend que la mort ne soit pas toujours brusque. D'un autre côté, la reconnaissance de la rupture exige une scrupuleuse attention : il faut enlever avec douceur tous les caillots, faire tomber un filet d'eau sur la tumeur, injecter de l'eau ou de l'air dans l'arbre artériel du cerveau. La quantité de sang épanchée est variable; rarement moindre de 100 grammes, elle peut aller jusqu'à 500 grammes. Les méninges, et notamment le tissu sous-arachnoïdien, sont

le siège habituel de l'hémorrhagie, à peu près toujours mortelle.

Telle est la conséquence de l'artérite syphilitique dans le cas d'une végétation luxuriante de la paroi artérielle. Quand, au contraire, cette végétation est peu abondante, le tissu qui la constitue tend à s'organiser en tissu de cicatrice, et la paroi malade, au lieu de se dilater, se rétracte peu à peu, et rétrécit le calibre du vaisseau au point qu'il est difficilement traversé par le sang. Le plus souvent même, à la suite de la chute de l'endothélium ou de la formation d'un bouchon fibrineux, le tissu de nouvelle formation envahit la lumière du vaisseau et l'oblitère d'une manière définitive par un procédé peu différent de celui qui s'observe à la suite d'une ligature artérielle. Cette dernière forme de l'artérite syphilitique, arrivée à sa phase définitive, se révèle par la présence, sur le trajet de l'artère affectée, d'un cordon cylindrique fibreux et résistant; elle est désignée par quelques auteurs sous le nom d'artérite oblitérante.

Il est difficile de dire exactement dans quelle tunique commence l'artérite syphilitique, car le plus souvent les tuniques interne et externe sont simultanément altérées. Aussi les auteurs ont-ils sur ce sujet des opinions différentes; Heubner, par exemple, fait naître cette inflammation de la tunique interne, tandis que Baumgarten place son origine dans la tunique externe. Cette dernière tunique, d'après nos recherches personnelles, serait le siège primitif du processus syphilitique. Elle commence par se tuméfier et plus tard apparaît le gonflement de la tunique interne qui détermine le rétrécissement de la lumière du vaisseau. Ce fait, déjà en rapport avec ce que nous savons de la tendance de la syphilis à envahir les tissus lymphatiques, se trouve, du reste, confirmé par la différence des néoplasmes examinés comparativement dans chaque membrane. Celui de la tunique externe est composé de petites cellules rondes, pourvues d'un noyau relativement volumineux, et qui se groupent de façon à former des amas ou foyers multiples au pourtour desquels on observe assez ordinairement des cellules géantes. A la limite de ces foyers, les nouveaux éléments se développent de façon à constituer des vaisseaux et un tissu de cicatrice; mais au centre, où leur nutrition devient difficile, ils subissent une transformation granulo-graisseuse qui donne à la nodosité une coloration jaunâtre et en facilite la résorption. Le néoplasme de la tunique interne est compris dans la couche de substance qui sépare l'endothélium de la membrane fenêtrée; il présente au sein d'une substance granuleuse, de nombreux noyaux qui se transforment en cellules fusiformes ou étoilées semblables aux cellules du tissu conjonctif embryonnaire et constituent un feutrage serré dans les mailles duquel la substance intercellulaire est peu abondante et où se développent parfois des vaisseaux de nouvelle formation. Dans un certain nombre de cas, enfin, l'endothélium tombe et les jeunes éléments de la tunique interne se fusionnent et s'organisent en un tissu de cicatrice qui oblitère à jamais le vaisseau.

La tunique moyenne musculaire participe peu au processus actif; par contre, ses éléments comprimés, et principalement ses fibres-cellules, infiltrés de granulations protéiques ou graisseuses, s'atrophient peu à peu et disparaissent.

Telles sont les deux formes de l'artérite syphilitique. Ce qui distingue cette lésion, ce n'est pas seulement son siège et la manière dont se comporte le produit phlegmasique, mais encore et surtout sa localisation circonscrite, ses nodosités jaunâtres, sa délimitation à un ou plusieurs points du système artériel et son mode de terminaison par le rétrécissement et l'oblitération, la dilatation et la rupture du vaisseau. Histologiquement, cette artérite offre de la ressemblance avec celle qui succède à une ligature ou à une embolie, et n'a de caractéristique, au point de vue de la syphilis, que la nécrose, dans certain cas, d'une partie de son produit.

Le moment où se manifeste l'artérite syphilitique est variable, comme d'ailleurs celui de la plupart des lésions tertiaires de la syphilis. On a vu plus haut que, dans un cas, le début des accidents est survenu dix mois après le chancre (obs. de Brault), tandis que dans un autre (obs. de la femme B.) c'est après plus de vingt ans de silence absolu que la syphilis s'est manifestée par une lésion des artères cérébrales. La moyenne est entre ces deux extrêmes. On peut dire que l'artérite est la plus précoce des lésions syphilitiques de l'encéphale, car elle se montre assez généralement dans la deuxième et la troisième année à partir de l'infection, et se rencontre rarement passé dix ans.

Symptômes et diagnostic. — Les troubles fonctionnels produits par l'artérite cérébrale syphilitique varient naturellement suivant la nature du désordre amené par le processus inflammatoire (rétrécissement, obstruction, dilatation ou rupture du vaisseau). En outre, s'il y a des signes communs à toutes les artérites spécifiques, il en est d'autres qui sont particuliers, et diffèrent selon que la lésion occupe les artères carotides et leurs branches, ou les vertébrales et le tronc basilaire.

Les symptômes communs apparaissent les premiers; ils sont l'effet du rétrécissement artériel, et souvent aussi des lésions concomitantes des méninges; ce sont avant tout: des sensations d'étourdissement, d'éblouissement et des vertiges, qui surviennent principalement quand le malade lève la tête et regarde en haut.

A ces phénomènes s'ajoute ordinairement un léger degré de dilatation des pupilles, de celle du côté malade notamment, puis une céphalée assez vive, mais qui n'a pas le caractère insupportable et atroce, des douleurs ostéocopes. Des convulsions ont été notées dans plusieurs cas; elles revêtent le type de grandes attaques épileptiformes et se manifestent, ou bien lorsque les méninges sont altérées en même temps que les artères, ou bien lorsque la lésion de ces dernières occupe un gros tronc, dans lequel cas le mécanisme de leur production est comparable à celui des attaques convulsives observées consécutivement à la ligature de la carotide ou de l'oblitération du tronc basilaire.

Les symptômes plus spécialement liés à l'altération des artères carotides et de leurs branches diffèrent suivant que ces vaisseaux sont seulement rétrécis ou obstrués. La phase qui précède l'obstruction se révèle par la plupart des désordres que nous venons de signaler, celle qui suit par une hémiplégie avec ou sans aphasie. Cette hémiplégie, ordinairement précédée de sensations, de fourmillements et d'engourdissements, survient en plusieurs temps, d'une manière pour ainsi dire progressive, et se distingue ainsi de l'hémiplégie brusque du ramollissement embolique et de l'hémorrhagie cérébrale. Elle se rapproche beaucoup plus de la paralysie qui succède à une thrombose artérielle; mais elle en diffère néanmoins en ce qu'elle se montre ordinairement chez des personnes jeunes, tandis que cette dernière appartient à la vieillesse. Quant à son évolution, elle ne diffère pas de celle de toute autre hémiplégie.

L'aphasie accompagne généralement l'hémiplégie du côté droit, et répond à une lésion du côté gauche. Elle est persistante, en tout semblable à celle que détermine une embolie de l'artère sylvienne. Toutefois si ce symptôme ne peut servir au diagnostic de la syphilis cérébrale même, il a une grande valeur au point de vue de la localisation de la lésion dans les artères.

D'autres phénomènes existent encore, ce sont: la perte de la mémoire, un certain degré d'obtusion des facultés intellectuelles, parfois une sorte d'abrutissement, et en dernier lieu le coma qui est fréquent, suivi de la mort.

L'évolution de la syphilis des artères carotides et de leurs dépendances varie naturellement suivant le degré d'altération du vaisseau affecté. Tant que l'artère n'est pas oblitérée et qu'il n'existe aucun ramollissement, la pression est possible; il y a sans doute un grand nombre de cas de ce genre qui ne

se révèlent que par des vertiges, de la céphalée, et quelques troubles passagers de l'intelligence. A cette période le traitement est généralement efficace et tous les accidents peuvent disparaître.

Si l'artère est oblitérée, l'hémiplégie fait ordinairement défaut tant que la lésion reste limitée à la carotide en deçà du cercle de Willis; par contre il y a fatalement production d'un foyer de ramollissement étendu et paralysie définitive d'un côté lorsque la sylvienne est atteinte.

Dans le cas d'anévrysme et de rupture artérielle la mort est presque toujours précédée de l'ensemble symptomatique de l'hémorrhagie méningée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 18 SEPTEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Sur les fièvres paludéennes, par M. *d'Abbadie*. — Les voyageurs qui ont séjourné dans l'Éthiopie savent que les indigènes des hauts plateaux de ce pays craignent, autant que les Européens, les fièvres qui semblent fatalement attachées aux terres basses et chaudes de la même région.

Il est néanmoins certain que plusieurs chasseurs d'éléphants, natifs des plateaux à climat relativement froid, bravent impunément les régions éthiopiennes les plus chaudes et les plus délétères. Ils attribuent cette immunité à leur habitude de s'administrer, tous les jours, des fumigations de soufre sur le corps nu. A cet égard, M. le docteur Liouville a fait observer à l'auteur qu'il serait intéressant de rechercher si des émanations sulfureuses, reçues involontairement près des lieux où la *malaria* règne, ne préservent pas la santé des habitants. Pour éclaircir cette question, M. d'Abbadie s'est adressé à M. Fouqué, qui s'est empressé de consulter M. le professeur Silvestri, de Catane, en Sicile. Voici la réponse de ce dernier :

Je me suis occupé de la question relative à la fréquence des fièvres dans le voisinage des soufrières et, à ce propos, j'ai consulté beaucoup de médecins. La plupart des soufrières de Sicile sont situées dans des localités montueuses, où l'on ne sent pas l'influence de la *malaria*. Cependant, quelques soufrières se trouvent à un niveau peu élevé, en des points où règnent les fièvres intermittentes. Dans ces districts, tandis que la population des villages voisins est atteinte par la fièvre, dans la proportion de 90 pour 100, les ouvriers des soufrières, sans être tout à fait à l'abri du fléau, n'en souffrent relativement que très peu. La proportion dans laquelle ils sont atteints ne dépasse guère 8 à 9 pour 100. Ces chiffres m'ont été particulièrement donnés par un médecin qui a une grande pratique, le docteur Cassaro.

L'opinion si générale en Ethiopie est ainsi confirmée dans une partie de la Sicile, et il est à regretter que, dans les terres malsaines des contrées intertropicales, aucun voyageur européen n'ait essayé de ces fumigations sulfureuses.

Il y a quinze ans, M. Fouqué a signalé, au fond de la rade de Milo, une plaine maréeageuse, où il est impossible de passer la nuit sans être atteint des fièvres intermittentes. Dans la partie la plus rapprochée des montagnes, qui est extrêmement fertile, on voit les ruines d'une grande ville, Zephyria, qui a été autrefois très florissante. Il y a trois cents ans, on y comptait, dit-on, quarante mille habitants. On y voyait trente-huit églises grecques ou catholiques, un grand nombre de monastères et beaucoup de demeures particulières somptueuses. Depuis lors, peu à peu, les fièvres paludéennes ont décimé la population, et les maisons sont devenues désertes sans que les habitants aient songé à quitter cette localité malsaine, ou à entreprendre quelque travail d'art pour faire cesser le fléau. Or, dit M. d'Abbadie, une ville de quarante mille âmes se forme lentement, et l'on a peine à se figurer que Zephyria ait pu continuer à croître si l'endémie actuelle y a régné de tout temps. L'endémie aura donc surgi plus tard et elle continue à sévir avec une rare virulence. On n'a peut-être pas un autre exemple d'une maladie persistante qui ait dépeuplé complètement une ville entière. D'un autre côté, c'est un fait tout aussi remarquable que le remède semble exister à côté du mal, car le sol de Milo est parsemé d'émanations sulfureuses, souvent très chaudes, et l'exploitation du soufre y constitue encore, comme au temps des anciens Grecs, une importante source de richesse. On se demande donc comment il se fait que les habitants de cette île n'aient pas appris à en faire usage pour conserver leur santé. Quoi qu'il en soit, M. Fouqué s'est empressé de répondre, par de nouveaux détails, aux questions de M. d'Abaddie sur les circonstances locales :

Il est à remarquer que l'emplacement des soufrières a varié dans l'antiquité, et, jusqu'à la fin du siècle dernier, le soufre était principalement exploité à Kalamo; depuis cette dernière époque, il ne l'est plus que sur la côte orientale de l'île. La décadence de Zephyria a donc correspondu à peu près à ce transfert. Or, il est évident que les émanations des exploitations modernes n'arrivent plus à Zephyria, à cause de la masse montagneuse qui sépare cette localité des soufrières de la côte Est. Elles n'arrivent même plus à Adamantos (sur le rivage à l'ouest de Zephyria), ni sur Kastrou; mais, autour d'Adamantos, le sol est riche en émanations sulfurées et souvent très chaud. D'ailleurs, cette bourgade est loin d'être exempte de fièvres intermittentes. Au nord-ouest est le Kastrou, qui est très sain; mais il est situé sur un endroit élevé. Tout le reste de l'île est désert, tandis qu'autrefois il existait dans la plaine, entre Zephyria et Kalamo, un grand nombre de métairies dont on ne trouve plus que les ruines. Les pressoirs en trachyte, que l'on y voit encore en place, montrent que dans cette plaine la vigne était cultivée, ce qui n'a plus lieu aujourd'hui. En somme, Zephyria et la plaine environnante sont devenues désertes depuis qu'elles ne sont plus soumises aux émanations des soufrières. La coïncidence est, dans tous les cas, digne d'attention.

M. Fouqué ajoute :

La plaine maréeageuse de Catane est traversée par le Simeto et infestée de fièvres. Sur le bord occidental de cette plaine, se trouve une soufrière, et au delà on voit encore un village qui a été abandonné au commencement de notre siècle à cause des fièvres intermittentes. Il y a lieu de noter que la soufrière est peuplée d'une colonie d'ouvriers, alors que le village est désert, bien qu'il occupe un niveau plus élevé. Les émanations sulfureuses paraissent donc exercer une influence favorable.

On doit encore à M. Fouqué une autre remarque sur l'immunité contre les fièvres paludéennes. Il est bon de la publier, afin de voir à l'occasion si elle est confirmée ailleurs. On avait résolu de construire un chemin de fer à travers cette plaine notoirement malsaine de Simeto. L'ingénieur chargé des travaux se préoccupa des maladies régnantes, qu'il craignait d'accroître encore par le fouillement des terres, ainsi qu'il est arrivé en d'autres lieux. Il attribua l'endémie à l'usage des eaux locales et s'astreignit, ainsi que tous ses ouvriers, à ne boire que d'une eau réputée saine et apportée de loin. Contre l'attente commune, ces travailleurs, étrangers au pays, conservèrent leur santé, tandis que les habitants ont continué à souffrir des fièvres jusqu'à ce que des plantations d'Eucalyptus eussent assaini plus tard les abords de cette voie ferrée.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 26 SEPTEMBRE 1882.— PRÉSIDENCE DE M. BOULEY (ANCIEN PRÉSIDENT).

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° de la part de M. le docteur *Duncan Bulkley* (de New York), une brochure intitulée : *The malignity of syphilis with an analysis of 450 cases of the disease;* 2° au nom de M. le docteur *Faustino*

Roël (d'Oviedo), une brochure ayant pour titre : *Tesis sobre la patogenia de las principes enfermedades que anticipan la muerte del genero humano.*

M. *Larrey* présente, de la part de M. le docteur *Droixhe* (de Huy, Belgique), un ouvrage intitulé : *Généralités sur la médecine pratique de l'enfance.* (Commission de l'hygiène de l'enfance.)

M. *Rochard* fait hommage, au nom de M. le docteur *Bérenger-Féraud*, médecin en chef de la marine, d'un *Traité théorique et clinique de la dysenterie, diarrhée et dysenterie aiguës et chroniques.*

M. *Polaillon* présente un travail manuscrit de Mme le docteur *Madeleine Brès* sur *le lait des femmes Galibis du Jardin d'acclimatation.*

M. *Le Roy de Méricourt* dépose, de la part de M. le docteur *Jacollot* (de Lorient), un mémoire imprimé sur *la trachéotomie et la laryngotomie d'urgence pratiquées à l'aide d'un trocart-trachéotome de son invention.*

Commissions des prix pour 1882. — L'Académie désigne pour faire partie des Commissions des prix pour 1882 : *Prix Barbier*, MM. Bourdon, Besnier et Bouley. — *Prix Desportes*, MM. Dujardin-Beaumetz, Constantin Paul et Oulmont. — *Prix Itard*, MM. Empis, Marrotte et Noel Gueneau de Mussy. — *Prix Buignet*, MM. Regnauld, Gautier et Baudrimont. — *Prix Falret*, MM. Lasègue, Blanche et Mesnet. — *Prix Saint-Paul*, MM. Bergeron, Roger et Guéniot. — *Prix Godard*, MM. Hardy, Hérard et Moutard-Martin. — *Prix de l'Académie*, MM. Robin, Lancereaux et Vulpian. — *Prix Portal*, MM. Sappey, Peter et Parrot. — *Prix Civrieux*, MM. Charcot, Baillarger et Jaccoud. — *Prix Capuron*, MM. Blot, Depaul et Tarnier. — *Prix de la Commission de l'hygiène de l'enfance*, MM. De Villiers, Lagneau et Théophile Roussel.

Vaccination a l'aide de virus dilué. — M. Bouley, dans la dernière séance, a fait connaître et préconisé une méthode nouvelle de clavelisation que vient de découvrir M. Peuch, à savoir les injections sous-cutanées du virus de la clavelée atténué par dilution ; pensant que cette méthode pouvait offrir également des avantages pour la vaccination, il a invité les médecins exerçant en Afrique, afin de vaincre la répugnance que la vaccine inspire encore en général aux Arabes, par esprit de caste et de religion, à substituer la variolisation que ceux-ci acceptent plus volontiers à l'inoculation de virus-vaccin dilué. M. *Blot* fait remarquer, tout d'abord, que la vaccine est de plus en plus appréciée par les Arabes, si l'on en juge par le grand nombre de rapports que l'Académie reçoit des médecins qui vaccinent en Afrique ; en outre, il considère cet emploi du virus varioleux, même dilué, comme pouvant offrir des dangers, surtout en présence de son incertitude d'action non encore définie et vis-à-vis de la réceptivité individuelle si variable ; d'ailleurs en pratiquant les injections sous-cutanées, il est à craindre qu'on ne contamine la plaie d'entrée qu'on sera obligé de faire.

M. *Bouley* se réserve de répondre à la prochaine séance, afin de ne pas retarder la communication, inscrite à l'ordre du jour, de M. Tarnier. Quant à M. *Jules Guérin*, il se borne à indiquer comment l'inoculation sous-cutanée ne peut, comme le craint M. Blot, contaminer « la plaie d'entrée ».

Allaitement artificiel des nouveau-nés. — Que de points d'interrogation dans la très remarquable communication de M. *Tarnier* sur l'allaitement artificiel des nouveau-nés ! Et en effet que sait-on de précis sur la valeur comparative des divers laits, sur les variations de leurs qualités et la nature de leurs éléments constituants suivant la nourriture des animaux, sur le mode le meilleur pour donner tel ou tel lait, etc., etc. ? La science est tout à faire à cet égard, M. Tarnier a la loyauté et le courage de le dire, et c'est ce qui donne à sa communication un caractère tout particulier, ce qui lui assure une grande et légitime portée. Or, quelles que soient les objurgations qu'il faut tenter en faveur de l'allaitement maternel, il est incontestable que, dans un très grand nombre de cas, celui-ci ne peut être remplacé que par l'allaitement artificiel. Ainsi, en 1881, à Paris, sur 60 856 naissances, 14 571 enfants ont été envoyés en nourrice hors de Paris et 46 285 sont restés dans la capitale ; or, ceux-ci ont fourni une mortalité de 10 180, 22 pour 100, mortalité comprenant un peu plus de la moitié, soit 5202 décès, par athrepsie, suite de mauvaise alimentation ; 3077 de ces enfants avaient été nourris au biberon, si bien qu'en procédant par analogie avec des statistiques qui ont pu être établies dans certaines régions, on est autorisé à penser qu'à Paris il meurt 50 pour 100 des enfants élevés au biberon.

M. Tarnier examine ensuite les multiples questions que soulève l'alimentation avec les divers laits et il montre combien les opinions diffèrent entre les auteurs qui semblent s'être le plus sérieusement livrés à ces études ; nous ne pouvons le suivre ici dans cet examen ; il faudrait le reproduire complètement, car aucun détail n'est indifférent, et c'est au *Bulletin de l'Académie* qu'il importe de le lire. Les divergences à cet égard existent même parmi les mémoires, également couronnés par l'Académie sur le rapport de la Commission de l'hygiène de l'enfance ; il n'est pas jusqu'aux instructions publiées par celle-ci dont les textes ne diffèrent à plusieurs années d'intervalle, sans devenir pour cela plus explicites. M. Tarnier souhaite donc que l'on mette à exécution le vœu émis par le Conseil municipal de Paris en 1877, et écarté par l'Assistance publique et l'Académie de médecine, à savoir que l'allaitement artificiel des nouveau-nés soit étudié expérimentalement et scientifiquement dans un établissement spécial, temporaire et surveillé par l'Académie de médecine. C'est dans ce but qu'il dépose les conclusions suivantes : « 1° La vie des enfants du premier âge ne peut être bien sauvegardée que par l'allaitement maternel, celui-ci doit donc être encouragé par tous les moyens possibles ; 2° si le lait de la mère est insuffisant, il convient d'y suppléer par l'allaitement mixte ; 3° l'allaitement par une nourrice, favorable pour le nourrisson qui est allaité, est dangereux pour l'enfant de la nourrice ; 4° l'allaitement artificiel est de beaucoup inférieur à l'allaitement par le lait de femme ; il est toujours entouré de grands dangers, quoi qu'on fasse et quel que soit le lait employé, en quelque lieu que ce soit ; il ne faut donc y avoir recours que lorsqu'il est absolument impossible de faire autrement ; 5° pour tâcher d'amoindrir les dangers fatalement inhérents à l'allaitement artificiel, il serait très utile que les nombreuses questions qui s'y rattachent, puissent être expérimentalement étudiées par l'Académie elle-même ; 6° il est à désirer qu'une étable d'essai, pour vaches et ânesses, soit établie dans l'un des quartiers de Paris, et fournisse aux familles pauvres de ce quartier le lait destiné aux enfants du premier âge ; 7° une statistique comparative montrerait bientôt quelle influence le lait fourni par l'étable d'essai peut avoir sur la mortalité des enfants ; si la statistique était favorable, la création d'étables modèles serait généralisée dans la ville de Paris suivant les besoins de la population ; 8° une crèche destinée à recueillir les enfants abandonnés serait annexée à l'étable d'essai. Ces enfants y seraient élevés au moyen de l'allaitement artificiel, sous la direction d'une commission nommée par l'Académie, et chargée de rechercher par quelles règles hygiéniques on peut tirer le moins mauvais parti possible de l'allaitement artificiel. Cette crèche serait supprimée dès que la commission aurait terminé ses travaux. » Les applaudissements qui accueillent M. Tarnier à sa descente de la tribune montrent tout l'intérêt de la question si grave qu'il a soulevée et font bien augurer de la discussion qui ne va pas manquer de s'élever à ce sujet dans les prochaines séances.

REVUE DES JOURNAUX

De la dépression du crâne pendant la seconde enfance, par M. GUERMONPREZ.

Conclusions : la dépression du crâne, compliquée ou non, peut, d'une manière générale, être cause de diverses altérations psychiques. Ces altérations sont plus importantes lorsque la dépression occupe la région frontale, spécialement du côté gauche.

Survenant pendant la seconde enfance (par un traumatisme), la dépression du crâne peut constituer un obstacle véritable au développement des facultés psychiques, et concurremment à l'expansion de l'encéphale et à l'amplification de la cavité crânienne. La microcéphalie relative, ainsi produite, peut être définitive. (*Archives générales de médecine*, août 1882.)

Des tumeurs du quatrième ventricule, par M. SPILLMANN, professeur agrégé, et M. SCHMITT, chef de clinique médicale à la Faculté de Nancy.

Travail fondé sur une observation inédite et trente observations antérieurement publiées.

Les tumeurs du quatrième ventricule ont une symptomatologie très variable; le diabète, sucré ou insipide, est le seul phénomène qui soit directement en rapport avec la lésion ventriculaire. Le diagnostic n'est possible que si au diabète se joignent les manifestations habituelles des tumeurs encéphaliques et ceux d'une affection bulbaire ou protubérantielle (strabisme interne, dysphagie, surdité, paralysie alterne), s'il n'existe pas de titubation ébrieuse, mais des vomissements fréquents. Si le diabète manque, le diagnostic est impossible. (*Archives générales de médecine*, août 1882.)

Note sur l'état de la pupille, chez les épileptiques, en dehors des attaques, par M. P. MARIE.

Gray (de Brooklyn) attribue aux pupilles des épileptiques, en dehors des attaques, les deux caractères suivants : dilatation manifeste, même avec une lumière vive, et changements de diamètre beaucoup plus rapides que chez les individus sains sous l'influence des variations de lumière. Les recherches de Marie, faites dans le service de M. Charcot, infirment d'une manière absolue ces résultats. (*Archives de neurologie*, n° 10, 1882.)

Des troubles oculaires dans la fièvre jaune, par le docteur Santos FERNANDEZ.

Pendant les premiers jours de la maladie, les yeux sont hyperhémiés et les conjonctives rouges, il existe du larmoiement. Durant la deuxième période de cette maladie les phénomènes congestifs sont moins intenses.

La cécité partielle ou totale est une des complications de la fièvre jaune; et le docteur Santos Fernandez en signale trois observations. Deux de ces cas furent mortels, mais dans le troisième la guérison de la maladie générale fut suivie de celle des troubles oculaires. Chez ces malades, la cécité n'était accompagnée d'aucune lésion anatomique de l'œil. (*Archiv. of Ophthalmology*, octobre 1881.)

Pathogénie de la maladie d'Addison, par M. le docteur Mariano SEMMOLA (de Naples).

On sait que le docteur Semmola considère la maladie d'Addison comme une affection des centres nerveux, dans laquelle les lésions des capsules surrénales ne sont que des troubles nerveux trophiques. Les travaux déjà anciens de M. le professeur Brown-Séquard ont depuis longtemps établi les relations pathogéniques qui paraissent exister entre les altérations des capsules surrénales et les lésions des centres nerveux de la vie organique.

Dans le mémoire actuel, le docteur Semmola publie les figures de lésions histologiques qu'il a observées sur des sections de la moelle dorsale, et qui sont : 1° des transformations myxomateuses du stroma de quelques points des centres ganglionnaires et du plexus cœliaque; 2° une infiltration œdémateuse des tissus voisins du canal médullaire.

Les fonctions du sympathique sont donc altérées; de là, par conséquent, les désordres digestifs, l'hypothermie, les troubles de nutrition générale et la mélanodermie. Celle-ci peut d'ailleurs se manifester, et l'auteur en cite un cas, sans lésions des capsules surrénales et seulement par les altérations fonctionnelles ou anatomiques des centres nerveux de la vie organique (plexus solaire, cardiaque, etc.).

Ce point de vue trouve une confirmation dans un cas que cite le docteur Semmola et dans lequel on vit disparaître les troubles de la maladie d'Addison, par la galvanisation prolongée du sympathique au moyen des courants continus. (*Giorn inter. del scienc. med.*, 1882, n° 1.)

Empoisonnement par l'acide borique, par M. le docteur MOLODENKOW (de Moscou).

Les symptômes de l'empoisonnement par l'acide borique sont, d'après l'auteur, les vomissements persistants, le hoquet, l'érythème de la face, une légère hypothermie et la diminution des pulsations cardiaques. La morphine et les stimulants sont les moyens que l'auteur préconise et dont il a fait usage dans les deux cas suivants.

Dans le premier cas l'intoxication se produisit après un lavage intrapleural d'une solution d'acide borique, dans le cours d'un épanchement pleurétique traité par la paracentèse. La mort survint quatre jours après le début des symptômes d'intoxication. Bien que ceux-ci aient apparu immédiatement après l'opération, on peut demander à l'auteur si la mort doit être attribuée uniquement à l'acide borique.

Le deuxième malade était atteint d'un abcès de la région lombaire qui fut ouvert et traité par la solution de la même substance. Le malade succomba rapidement, en présentant les mêmes symptômes. A l'autopsie, on ne constata aucune autre lésion, que des extravasations sanguines péricardiques dans la région correspondante à la face antérieure de l'oreillette et du ventricule gauches. (*Glascow med. Journal*, décembre 1881.)

De l'absorption par l'estomac, par le docteur SAPPEINER.

Ces expériences consistaient à injecter, par une sonde œsophagienne, certaines substances dans la cavité de l'estomac, après la ligature préalable du pylore. Le sucre de raisin et le sulfate de soude, n'étaient pas absorbés après un séjour de trois heures; tandis que l'absorption des peptones demandait un temps dix fois moins long. La strychnine brute n'était pas absorbée, quand le pylore était lié et les nerfs vagues divisés; mais il n'en était pas de même d'une solution aqueuse ou alcoolique de cette substance qui produisait la mort en dix minutes. Pour reconnaître si la ligature du pylore avait pour effet de modifier la puissance d'absorption de la muqueuse stomacale, on obtura le pylore dans d'autres expériences, au moyen d'une poche de caoutchouc préalablement vidée d'air et introduite par une fistule gastrique; poche qu'on gonflait après sa mise en place.

Dans cette seconde série d'expériences, l'appréciation du

résultat était plus difficile à cause des efforts de vomissements que faisaient les chiens et les chats mis en expérience. Néanmoins on put constater que l'absorption de la substance toxique était alors plus rapide. De plus, une solution de chloral provoquait un assoupissement rapide, tandis que ce phénomène n'avait pas lieu ou était peu marqué quand le pylore était lié. (*The Lancet*, 24 décembre 1881.)

De la lèpre, par le docteur Underhill.

L'étiologie de la lèpre, telle qu'elle existe à la Louisiane, a des origines obscures. On ne saurait l'attribuer, ni au climat, ni à la race, ni à la contagion ; mais elle paraît plutôt héréditaire, non pas à la manière de la syphilis, mais comme les maladies diathésiques, telles que le cancer et le tubercule. Le défaut de soins hygiéniques paraît faciliter et accélérer sa propagation.

Les symptômes sont précédés d'un affaiblissement général, constituant un état constitutionnel. Ils consistent dans une certaine mollesse et une coloration brunâtre des téguments, un aspect ratatiné de la peau et l'anesthésie locale des extrémités. A une époque plus avancée de la maladie, on observe des nodosités tuberculeuses, qui envahissent graduellement les tissus et les viscères, à l'exception toutefois des poumons et du pancréas. La mort, terminaison habituelle de cette maladie, résulte d'épuisement, d'auto-intoxication du sang, d'asphyxie, de diarrhée ou bien de dysentérie. La mort par la diarrhée est plus commune chez les hommes et se manifeste très tardivement. Les cas moyens durent environ vingt à trente années, mais la science est impuissante à en limiter la marche. (*New Orleans med. and surg. Journal*, janvier 1882.)

BIBLIOGRAPHIE

Traité de jurisprudence médicale et pharmaceutique, par F. Dubrac, président du tribunal civil de Barbézieux ; 1 vol. in-8°. — Paris, 1882, J.-B. Baillière.

Un Traité de jurisprudence à l'usage spécial des médecins et des pharmaciens, rédigé par un magistrat, est chose assez rare pour que nous nous empressions de signaler celui-ci. Ce n'est pas seulement une rareté, c'est, croyons-nous, un grand avantage pour tous qu'un jurisconsulte de profession, chargé d'appliquer les lois, veuille bien s'attacher tout particulièrement à l'étude des questions juridiques qui se présentent chaque jour dans la carrière du médecin. La jurisprudence médicale nous créant moins de droits que de devoirs, et de ces devoirs qui n'ont pas leur source dans la conscience, mais seulement dans des intérêts publics, parfois discutables, il est assez naturel qu'une sorte d'antagonisme se soit établie, sur plusieurs points, entre les magistrats et les médecins: les premiers, disposés à subordonner le plus possible la liberté professionnelle à la loi; les seconds, à voir dans la loi un empiètement sur la liberté professionnelle. Nous sommes convaincus que rien n'est plus propre à amener une conciliation qu'une connaissance également approfondie de la législation et des conditions d'exercice de la médecine; nous sommes convaincu même que ce rapprochement s'opérerait surtout au bénéfice de notre profession.

De fait, on en trouverait la preuve en plus d'un chapitre du livre de M. Dubrac. Ouvrez, par exemple, le chapitre v, relatif au secret professionnel. On sait que la magistrature est encore partagée sur l'étendue à donner à l'application de l'article 378 du Code pénal. Dans un arrêt célèbre (affaire Saint-Pair, 1845), la Cour de cassation a établi une distinction entre les faits simplement *connus* par l'homme de l'art dans l'exercice de sa profession et les faits à lui *confiés* sous le sceau du secret, et c'est dans ce dernier cas seulement que l'homme de l'art pourrait refuser la déposition. Bien des jurisconsultes se sont rattachés à cette doctrine ; mais l'auteur, entrant profondément, comme pourrait le faire un médecin, dans le caractère exceptionnel et, à ce point de vue, sacerdotal de notre profession, l'auteur, dis-je, d'accord en cela avec plusieurs Cours d'appel, repousse la doctrine de la Cour suprême. Il fait remarquer d'abord qu'il y a présomption de secret au moment même où un médecin aborde un malade dont il ne sait pas encore de quelle nature seront les confidences; ensuite, que cette seule déclaration qu'un fait a été confié expressément sous le sceau du secret revêt ce fait d'une signification spéciale, qui peut devenir un indice accusateur pour la justice et conséquemment une dénonciation indirecte.

De même, sur la question de la *responsabilité pénale*, l'auteur s'applique à restreindre dans de justes limites l'ingérence des tribunaux dans les actes de la pratique médico-chirurgicale. Certes, et nous l'en félicitons, il ne va pas jusqu'à absoudre l'*incurie* ni même l'*impéritie notoire;* mais il se montre exigeant sur la preuve, et fait ressortir dans les jugements qu'il relate certaines appréciations toutes scientifiques qui pourraient faire question entre praticiens. « Les magistrats, ajoute-t-il, doivent au surplus, en cette matière, agir avec la plus grande circonspection; ils n'oublieront pas que, si l'intérêt de la société leur commande de punir les imprudences qui ont occasionné de graves accidents, il n'exige pas moins impérieusement qu'il ne soit porté aucune atteinte à la liberté de la science; que, sans cette liberté, tout progrès serait impossible; que des poursuites irréfléchies et des condamnations rigoureuses pourraient décourager les hommes de l'art et leur enlever une initiative à laquelle les malades doivent parfois le salut. »

Nous avons cherché dans ce livre ce qui y était dit au point de vue de la question légale, sur la pratique de l'art dentaire. L'auteur la résout, comme nous l'avons fait plusieurs fois dans ce journal en ce qui concerne la nécessité de soumettre cette branche de l'art à l'obligation du diplôme exigé de tous ceux qui veulent exercer la médecine ou la chirurgie. Mais nous ne sommes pas d'accord avec lui quand il soutient, contre la Cour de cassation, que le diplôme est exigible *dans l'état actuel* de la législation. Nous croyons, nous, qu'on ferait bien de l'imposer, mais que la pratique de l'art dentaire n'est aujourd'hui, en présence des décrets de 1791 et 1792 et de la loi de ventôse an XI, soumise à aucune réglementation légale. Sur ce point, l'argumentation de l'auteur est, ce nous semble, un peu courte et un peu superficielle.

Mais, disons-le en termes généraux, les solutions adoptées par M. Dubrac dans une matière si compliquée, si délicate et si controversée, sont empreintes de bon sens et appuyées sur des considérations pratiques qu'on ne rencontre pas toujours dans les ouvrages de droit. On ne cherchera pas ici ce qu'un livre si spécial ne comportait pas, nous voulons dire la largeur d'interprétation et l'esprit philosophique qui frappent chez d'autres commentateurs de nos codes; mais on y trouvera une abondance de documents, de textes légaux, de citations d'auteurs, de jugements et d'arrêts qui permettent toujours au lecteur d'apprécier la solution qui lui est proposée, de l'adopter ou de la rejeter en connaissance de cause. Au fond du livre contenant l'examen détaillé de toutes les questions de jurisprudence médicale et pharmaceutique, l'auteur joint, d'une part, un *exposé sommaire* de la législation et, d'autre part, une mention et souvent une reproduction des lois, décrets, arrêtés, ordonnances concernant l'enseignement et l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Index bibliographique.

ÉTUDE STATISTIQUE ET MÉDICALE DU DÉPARTEMENT DE TARN-ET-GARONNE. — Comparaison des lois de 1832 et 1872 avec 13 cartes et 12 tableaux, par le docteur J. DARDIGNAC, médecin-major. — Toulouse, H. Montaubin. 1881.

La question du recrutement de l'armée est à l'ordre du jour, aussi bien dans les conseils du gouvernement que devant les sociétés savantes. Déjà, dans plusieurs intéressants rapports, dont l'un était consacré à l'étude statistique de M. Dardignac, notre savant confrère M. Lagneau a fait ressortir tout l'intérêt que pourraient présenter au point de vue démographique les rapports, publiés chaque année, et dans chaque région, des médecins de l'armée. Mais il ne suffit pas de réclamer à ceux-ci des documents et des chiffres. Il faut encore leur fournir les moyens nécessaires pour les recueillir. Or, à ce point de vue du recrutement militaire une réforme est indispensable. A Paris, dans une seule journée, deux médecins de l'armée sont appelés à examiner douze à quinze cents jeunes conscrits. Rarement le contingent est inférieur à six cents; presque toujours il atteint un millier d'hommes. Comment veut-on que dans des conditions semblables on puisse procéder avec sûreté? Comment veut-on surtout que le médecin expert puisse prendre des notes démographiques ou même employer pour l'examen de chaque sujet les moyens que recommande M. Dardignac, tels que le poids du sujet, son périmètre thoracique, sa force musculaire, sa capacité respiratoire, etc.? Il est évident que jusqu'à ce jour les opérations des conseils de revision n'ont eu pour objet que de déterminer *approximativement* l'aptitude au service militaire des jeunes conscrits. Pour arriver à un résultat plus efficace, plus moral surtout, il faudrait qu'une instruction nouvelle fût rédigée par le Conseil de santé et que, comme le demande M. Dardignac, un minimum d'aptitude physique fût bien déterminé. Si l'on ne tient compte, comme on l'a fait jusqu'à présent, que de l'apparence extérieure ou de la taille du sujet, on n'arrivera jamais qu'à des résultats très approximatifs. Le travail de M. Dardignac ayant déjà été apprécié, au point de vue démographique, par M. Lagneau (*Bull. de l'Académie de médecine*, 1881, p. 1608), nous devons nous contenter d'appeler la sérieuse attention des législateurs et des médecins de l'armée sur les réformes qu'il sollicite.

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET DU TRAUMATISME DANS LEURS RAPPORTS RÉCIPROQUES, par M. VALLON. Thèse de Paris. — 1882. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Conclusions : les traumatismes du crâne peuvent, en dehors même de toute prédisposition personnelle, produire la paralysie générale; celle-ci peut débuter peu de jours après l'accident, mais le plus souvent elle n'apparaît qu'après un assez long intervalle de temps. La paralysie générale d'origine traumatique n'a pas de caractères spéciaux; elle s'observe sur des sujets ayant l'âge auquel se montre d'ordinaire cette affection, ce qui semble indiquer la nécessité, pour son développement, d'un certain consensus de l'organisme.

Les traumatismes du crâne survenant chez des individus déjà atteints de paralysie générale précipitent la marche de la maladie. Il n'en est pas de même des autres traumatismes, qui, au contraire, exercent le plus souvent une influence favorable sur la paralysie générale.

Cette maladie produit, dans la plupart des cas, une raréfaction du tissu osseux qui prédispose aux fractures, et rend la formation du cal lente et incomplète, parfois même impossible. D'autre part, on peut observer à la suite d'une opération la réunion même par première intention, et la paralysie générale n'est pas une contre-indication à l'anesthésie et aux opérations chirurgicales.

GOITRE EXOPHTHALMIQUE. PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT, par M. H. BÉNARD. Thèse de Paris.—1882. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

M. Bénard discute toutes les théories pathogéniques de la maladie de Basedow; il s'attache à montrer que, dans certains cas, la tumeur thyroïdienne joue le rôle primordial et est la cause de tous les accidents. Dès lors, il faut agir sur le goitre; or, dans quatre observations qu'il publie (dont une inédite), le traitement dirigé contre la tumeur thyroïdienne a amené la guérison de l'affection. La seule méthode rationnelle est l'extirpation du goitre, la thyroïdectomie, dont l'auteur donne les indications et le procédé opératoire, d'après la méthode de M. Tillaux.

VARIÉTÉS

ENSEIGNEMENT MÉDICAL EN GRÈCE

Parmi les nombreuses améliorations que M. le docteur Lombardos, actuellement ministre de l'instruction publique et déjà plusieurs fois membre du gouvernement grec, a apportées à l'instruction publique en Grèce depuis les quelques mois qu'il est rentré dans le Conseil, se trouve une réglementation pour la nomination des professeurs dans l'Université nationale d'Athènes, qui comprend la Faculté de médecine. D'après l'ordonnance royale, publiée à ce sujet, lorsqu'une chaire est vacante, le ministre de l'instruction publique invite la Faculté mise en cause à désigner le candidat qu'elle juge digne de cette place, en indiquant en même temps ses titres. Si le candidat désigné est accepté par le ministre, celui-ci en propose la nomination au roi; autrement, il invite la Faculté à lui soumettre une nouvelle proposition. Si le même candidat est choisi à l'unanimité deux fois de suite par la Faculté, le ministre doit en proposer la nomination au roi. Dans le cas où la Faculté n'aurait point fait connaître son avis au ministre dans l'espace de trois semaines après la première invitation, ou deux semaines après la seconde, ainsi que dans le cas où les candidats qu'elle a proposés n'auraient point été acceptés par le ministre, celui-ci ouvre un concours devant un comité de sept membres, dont le recteur de l'Université doit faire partie comme président; trois des six autres membres du comité sont nommés par la Faculté et les trois autres désignés par le *iatrosynedrion* (quand il s'agit d'un professeur de la Faculté de médecine), parmi les médecins les plus distingués d'Athènes n'appartenant pas à l'Université. Le candidat jugé plus capable est proposé au roi; cependant, dans le cas où deux candidats auraient fait preuve d'un mérite égal, le choix porte de préférence sur celui qui professe déjà depuis plus d'un an en qualité d'agrégé. Si le concours n'a pas abouti dans un délai déterminé, par suite d'une négligence de la Faculté ou du comité, le ministre est libre de proposer au roi pour la place vacante, celui qu'il juge le plus capable.

Il est possible que la mise en pratique de cette ordonnance rencontre quelques difficultés. On ne peut point douter cependant que le zèle éclairé de M. Lombardos, qui connaît parfaitement les besoins de l'enseignement scientifique en Grèce, ainsi que les moyens par lesquels on peut y satisfaire, ne parvienne à donner à la question la solution la plus satisfaisante.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — CRÉATION D'UN PERSONNEL MILITAIRE D'INFIRMIERS PERMANENTS.

Le ministre de la marine vient d'adresser au Président de la République un rapport ayant pour objet « de confier au directeur du service de santé, non pas des fonctions administratives auxquelles il doit rester étranger, mais une part dans la direction qui, jusqu'à ce jour, appartenait presque exclusivement à l'officier supérieur du commissariat chargé de l'administration de l'établissement ».

Ce rapport est suivi d'un décret dont voici les principaux articles :

ART. 1er. — Il est affecté au service des hôpitaux de la marine et à celui des bâtiments de la flotte un personnel militaire d'infirmiers permanents. Ce personnel fait partie du corps des équipages de la flotte.

En cas d'insuffisance du cadre des infirmiers permanents, il peut être employé dans le service à terre des infirmiers temporaires qui ne font point partie du corps.

ART. 2. — Les infirmiers permanents sont ceux qui contractent devant qui de droit l'engagement de servir pendant cinq années dans le corps, suivant les conditions déterminées par la loi sur le recrutement de l'armée et le décret du 18 juin 1873 sur les engagements et rengagements dans l'armée de mer.

ART. 3. — La hiérarchie dans le corps des infirmiers est la

suivante : matelot infirmier de 2e classe; matelot infirmier de 1re classe; quartier-maître infirmier; second maître infirmier; maître-infirmier; 1er maître-infirmier.

Art. 7. — L'avancement en grade et en classe a lieu par port. Le chiffre des avancements à donner se compose du nombre des vacances existant dans le cadre général de chaque port.

Art. 10. — Les matelots infirmiers de 1re classe sont choisis parmi ceux de 2e classe ayant au moins deux ans d'exercice, dont un an d'embarquement.

Les quartiers-maîtres infirmiers sont choisis parmi les matelots infirmiers des deux classes ayant au moins trois ans d'exercice, connaissant les quatre premières règles de l'arithmétique et réunissant deux ans de navigation en qualité d'infirmier.

Les seconds-maîtres infirmiers sont choisis parmi les quartiers-maîtres ayant au moins deux ans de grade et trois ans de navigation dans les différents grades.

Les maîtres-infirmiers sont choisis parmi les seconds-maîtres infirmiers ayant au moins trois ans de grade.

Les premiers-maîtres infirmiers sont choisis parmi les maîtres-infirmiers ayant deux ans de grade.

Art. 11. — Après deux années passées dans le service de l'infirmerie, les infirmiers permanents qui se font le plus remarquer par leur bonne conduite, leur zèle et leur aptitude, peuvent obtenir en fin d'année des gratifications.

Art. 13. — A terre, tous les infirmiers sont sous l'autorité du major général; ils font partie de la compagnie du petit état-major de la division des équipages de la flotte, et sont détachés au service de l'hôpital.

Dans cette position, ils sont placés sous les ordres directs du directeur du service de santé. Ils obéissent aux médecins, aux pharmaciens et aux sœurs hospitalières affectés aux salles et détails auxquels ils sont attachés.

Les infirmiers embarqués sont soumis à la police, à la discipline et à toutes les règles du bord. Ils sont, en ce qui concerne le service des malades, sous les ordres directs du médecin-major, et, subsidiairement, sous ceux des autres médecins du bâtiment.

Art. 15. — Il n'est employé d'infirmiers temporaires, dans les hôpitaux, qu'en cas d'insuffisance du cadre des infirmiers permanents.

Les infirmiers temporaires peuvent provenir : 1° de la division; 2° des corps de troupes de la marine; 3° de la population civile.

Dans le premier et dans le troisième cas, ils continuent de figurer ou sont inscrits sur le rôle d'équipage de la division; dans le second cas, ils continuent d'être administrés par leurs corps respectifs.

L'admission des infirmiers temporaires de toute provenance est prononcée par le préfet maritime sur la proposition du directeur du service de santé, concertée, quand il y a lieu, avec les chefs de corps. Ces infirmiers sont, suivant le cas, renvoyés à leur corps, incorporés en qualité d'infirmiers permanents ou licenciés lorsque leurs services ne sont plus nécessaires.

Art. 16. — Les infirmiers temporaires sont assimilés aux matelots infirmiers, avec lesquels ils concourent au service de l'hôpital.

Ils sont soumis aux mêmes peines de discipline.

Ils reçoivent la solde de matelot infirmier de 2e classe.

Art. 20. — Les infirmiers sont subordonnés entre eux, à raison de leur grade, sous le rapport de la police, de la discipline et de leurs fonctions dans l'intérieur des hôpitaux.

Art. 29. — Le ministre de la marine et des colonies détermine, par un arrêté particulier, les règles de l'admission dans le cadre des infirmiers permanents et les conditions de leur engagement; l'ordre à suivre pour leur embarquement; leur armement; la fixation du nombre d'infirmiers à employer dans chaque établissement et sur les bâtiments de la flotte; les admissions d'infirmiers temporaires en cas de besoin; l'uniforme des infirmiers permanents et l'habillement des infirmiers temporaires; les fonctions des infirmiers, leur service et toutes autres dispositions de détail nécessaires à l'exécution du présent décret.

Art. 30. — Les aumôniers, les sœurs, les ouvriers et agents divers, autres que les infirmiers, employés à différents titres dans les hôpitaux, continuent, comme les services divers auxquels ils sont affectés, à être régis par les dispositions en vigueur, notamment par celles du décret du 29 juin 1876 et des arrêtés ministériels des 18 janvier 1859, 7 février 1865 et 1er juillet 1876.

Toutefois, les jardiniers botanistes et les garçons des laboratoires de pharmacie sont sous les ordres du directeur du service de santé. Ils ne relèvent du commissaire aux hôpitaux qu'au point de vue de la surveillance administrative exercée par ce chef de détail à l'égard du personnel porté sur ses contrôles en exécution des règlements en vigueur.

La Morgue. Insuffisance des locaux. Services scientifiques. — M. le professeur Brouardel vient d'adresser au préfet de police un rapport sur l'insuffisance des locaux dont disposent actuellement, à la Morgue de Paris, les différents services scientifiques qui doivent y fonctionner simultanément. Cette insuffisance est surtout notoire au point de vue médico-légal; en effet, il n'y a qu'une salle et qu'*une seule* table d'autopsie. Aussi arrive-t-il que si parfois deux ou trois experts viennent simultanément pour faire une autopsie, ils sont forcés d'attendre que les opérations précédentes soient terminées avant de procéder à l'accomplissement de leur mission.

M. Brouardel insiste surtout aussi sur la nécessité de concentrer les recherches scientifiques, — analyse chimique des viscères, examen microscopique, expériences physiologiques, — dans des laboratoires voisins les uns des autres et non de les disséminer dans divers établissements plus ou moins distants les uns des autres comme la Morgue, le Conservatoire des arts et métiers et l'Ecole pratique, ce qui détermine non seulement des lenteurs regrettables, mais encore une incertitude fâcheuse touchant la question de culpabilité ou de non-culpabilité.

« De même qu'à l'hôpital, dit en terminant M. Brouardel, l'élève est la sauvegarde du malade, parce que le chef de service est tenu de ne pas compromettre son autorité devant les élèves en faisant des erreurs de diagnostic ou en négligeant ses malades, de même à la Morgue, une autopsie médico-légale, faite devant des élèves et des médecins, ne peut pas être pratiquée légèrement. Les lésions sont montrées, leur valeur discutée, les conclusions qu'on en peut tirer tenues dès le début dans les limites assignées par la justification qu'on est forcé d'en faire aux assistants. C'est la meilleure solution de l'expertise contrôlée telle qu'on la demande aujourd'hui.

» Enfin, ajoutons qu'il n'y a pas au monde une organisation analogue à celle de la Morgue où, par an, on puisse disposer de plus de 500 cadavres pour l'instruction des élèves. Je suis allé visiter l'Allemagne, l'Angleterre, l'Italie; nulle part on ne dispose, pour créer un institut médico-légal, de semblables ressources.

» Placer l'Ecole française à la tête de la science médico-légale, créer pour la province des générations de docteurs qui iront renouveler ceux trop nombreux qui, malheureusement pour la justice, n'ont jamais assisté à une expertise avant d'être chargés eux-même d'en faire une, tel est l'avenir qu'il dépend du Conseil général de la Seine d'assurer. » (*Gaz. des hôpitaux.*)

Service médical et pharmaceutique de nuit. — M. le préfet de police vient d'adresser à M. le président du Conseil municipal un mémoire tendant à la création d'un service pharmaceutique de nuit destiné à améliorer, à compléter le service médical de nuit et à fonctionner dans les mêmes conditions. Ce nouveau service serait organisé de la manière suivante :

Des boîtes de secours pharmaceutiques de nuit, garnies d'une poignée, et de petites dimensions, afin d'être plus portatives, seraient déposées dans tous les postes de police de Paris. Il serait expressément interdit d'en faire usage en dehors de l'assistance d'un médecin inscrit sur les listes du service de nuit. Ce dernier, lorsqu'il serait appelé pour une visite de nuit, serait accompagné par l'agent requis à cet effet, qui porterait la boîte pharmaceutique. Les boîtes étant affectées exclusivement au service de nuit, il serait interdit d'y toucher pendant la journée, alors que les pharmacies sont ouvertes. Elles contiendraient, sauf nouvel examen du Conseil d'hygiène et de salubrité, du seigle ergoté, de l'éther, de l'alcool camphré, de l'ammoniaque, du perchlorure de fer, du papier-sinapisme, de la farine de lin, de l'émétique, de l'ipécacuanha, du chloroforme, du laudanum, de la charpie, des compresses, des bandes, des appareils à fractures.

M. Camescasse propose, en outre, de porter de 10 francs à 20 francs, pour les accouchements, les honoraires des visites du service médical de nuit. Le nombre des accouchements faits par ce service s'est élevé, en 1880, à 445; en 1881, à 531; ce qui représente une moyenne de 500 accouchements par an. Cette augmentation nécessitera l'ouverture d'un crédit supplémentaire de 5000 francs. Cette allocation permettra de rémunérer, dans une mesure équitable, des services tout spéciaux et de donner satisfaction à de nombreuses et légitimes réclamations. L'administration continuerait, d'ailleurs, à poursuivre le remboursement du montant des visites de nuit par toutes les personnes solvables qui auraient motivé les réquisitions.

Faculté de médecine de Paris. — M. Gosselin, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant l'année scolaire 1882-1883, par M. Berger, agrégé.

M. Wurtz, professeur de chimie, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1882-1883, par M. Henninger, agrégé.

M. Gariel, agrégé, est rappelé à l'exercice, du 1er novembre 1882 au 1er novembre 1883; il est chargé, pendant l'année scolaire 1882-1883, du cours auxiliaire de physique.

M. Rendu, agrégé, est chargé, pendant le premier semestre de l'année 1882-1883, du cours auxiliaire de pathologie interne.

M. Terrillon, agrégé, est chargé, pendant le premier semestre de l'année 1882-1883, du cours auxiliaire de pathologie externe.

— Sont chargés, pendant l'année scolaire 1882-1883, des cours auxiliaires ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent : *Anatomie pathologique :* M. Joffroy; *accouchements :* M. Charpentier; *physiologie :* M. Cadiat; *chimie :* M. Hanriot; *histoire naturelle :* M. Bocquillon.

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel des travaux pratiques est composé de la manière suivante pour l'année scolaire 1882-1883 :

Histologie : Chef des travaux, M. Cadiat, professeur agrégé; préparateurs, MM. Gaucher et Variot. — *Anatomie pathologique :* Chef des travaux, M. Gombault; préparateur, M. Brissaud. — *Physiologie :* Chef des travaux, M. Laborde; préparateurs, MM. Dassy et Rondeau. — *Histoire naturelle :* Chef des travaux, M. Faguet; préparateurs adjoints : zoologie, M. Brumault de Montgazon; botanique, MM. Beauvisage et Durand. — *Physique :* Chef des travaux, M. Gay, professeur agrégé; préparateurs, MM. Sandoz et Bagneris. — *Chimie :* Chef des travaux, M. Gautier; préparateur, M. Etard; préparateurs adjoints, MM. Beniout et Villain.

— MM. Chapus, Broca, Tuffier, Ricard, Hache, Wickam, Bernier et Poupinel sont nommés aides d'anatomie pour trois années à dater du 1er octobre prochain.

Épidémies. — Le congrès de géographie de Bordeaux vient de se prononcer, conformément aux conclusions d'un rapport présenté par M. le docteur Bourru, professeur à l'École de médecine de Rochefort, pour l'établissement d'un service sanitaire extérieur chargé de signaler au gouvernement français les cas de fièvre jaune.

Les pharmaciens. — Depuis quelque temps, des plaintes parvenaient à l'Ecole de pharmacie contre certains pharmaciens qui refusent de recevoir dans leur officine des blessés ou des malades relevés sur la voie publique, prétendant que la réception de ces personnes leur fait du tort auprès de leur clientèle.

Le directeur de l'Ecole de pharmacie vient de rappeler à tous les pharmaciens que l'une des conditions de l'ouverture d'une officine est de recevoir tous malades ou blessés qui ont besoin de soins urgents.

Les pharmaciens ne sont d'ailleurs pas obligés de fournir gratuitement les médicaments employés : si les personnes portées chez eux ne peuvent en acquitter le prix, le remboursement s'opère par les soins du commissaire de police du quartier où l'accident est arrivé.

Le directeur de l'Ecole rappelle en outre aux pharmaciens que les soins et les médicaments ne doivent être donnés que par eux ou par leurs élèves, et que ces derniers doivent être inscrits à l'Ecole de pharmacie. (*France médicale.*)

Congrès de Genève. Concours. *Prix proposé et prix décerné.* — Un concours est ouvert ayant pour sujet l'étude des moyens pratiques de prévenir la cécité. M. Haltenhoff, en annonçant que ce prix sera décerné dans le prochain congrès, a fait remarquer avec raison que la cécité est trop souvent le résultat du défaut de soins. Sur 100 aveugles, 75 sont les victimes de la négligence ou des maladies aiguës.

Dans la séance d'adieu, on a proclamé le résultat du concours de l'année 1882. La question proposée était : *l'hygiène des campagnes*, et l'heureux lauréat, M. le professeur Layet (de Bordeaux). Cette décision, prise à l'unanimité des membres du jury, a été ratifiée par les applaudissements de tous les assistants.

Le choléra. — On écrit de Madrid, à la date du 15 septembre : Dans la journée du 13, 48 individus sont morts du choléra à Manille; 151 ont succombé dans les villages environnants. Dans la journée du 12 septembre, 94 décès avaient été constatés à Manille et 154 dans la province.

— A la date du 21 septembre : Dans la journée du 19, 44 personnes sont mortes du choléra à Manille et 143 dans les environs. Le fléau a fait, en dix jours, 974 victimes dans l'île Negros.

— A la date du 24 : Des avis de Manille annoncent que le choléra a causé depuis son apparition 26000 décès parmi les indigènes des Philippines et 76 parmi les Européens.

Doctorat en médecine, baccalauréats. — Le décret du 20 juin 1878 a imposé aux aspirants au doctorat et médecine l'obligation de justifier des diplômes de bachelier ès sciences restreint, pour pouvoir prendre la première inscription au premier trimestre de l'année scolaire. Cependant, par application du règlement du 10 août 1877, il a été possible, pendant la période transitoire, d'autoriser un certain nombre de jeunes gens, admis seulement au deuxième baccalauréat pendant la session extraordinaire de mars-avril, à prendre soit la première, soit les deux premières inscriptions. Cette facilité donnée aux étudiants de commencer leurs études au milieu de l'année, outre qu'elle a pour effet d'abréger le temps de scolarité, aurait pour résultat, si elle était maintenue, de rétablir en fait le régime d'études que le décret de 1878 a eu précisément pour but de supprimer. D'après l'avis du conseil supérieur de l'instruction publique, M. le ministre vient d'abroger le décret du 10 août 1877.

Mortalité a Paris (38e semaine, du vendredi 15 au jeudi 21 septembre 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 932, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 53. — Variole, 6. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 40. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 40.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 179. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 63. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 52. — Bronchite aiguë, 7. — Pneumonie, 48. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 82; au sein et mixte, 38; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 75; de l'appareil circulatoire, 68; de l'appareil respiratoire, 34; de l'appareil digestif, 39; de l'appareil génito-urinaire, 23; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 4; infectieuse, 1; épuisement, 1; causes non définies, 0. — Morts violentes, 35. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 38e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1196 naissances et 932 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient 1034, 1006, 934, 991. Le chiffre de 932 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur à chacun des chiffres des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir une atténuation pour la fièvre typhoïde (53 décès au lieu de 75 pendant la 37e semaine); la variole (6 au lieu de 10), l'infection puerpérale (5 au lieu de 8); une aggravation pour la diphthérie (40 décès au lieu de 27), la rougeole (8 au lieu de 5). A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 4 décès par coqueluche (au lieu de 2), et 3 par scarlatine. En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la variole (14 malades reçus du 11 au 17 septembre au lieu de 22 entrés pendant les sept jours précédents) et supérieur pour la fièvre typhoïde (233 au lieu de 175) et pour la diphthérie (34 au lieu de 16).

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Motteroz, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 5 octobre 1882.

VARIOLISATION A L'AIDE DE VIRUS ATTÉNUÉ. — LE « DÉTERMINISME » DE CLAUDE BERNARD. — ANESTHÉSIE DU LARYNX PAR L'INSUFFLATION D'ACIDE CARBONIQUE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Variolisation à l'aide de virus atténué.

Une discussion très vive et assez gaie a eu lieu mardi dernier à l'Académie de médecine, portant, non exclusivement mais principalement, sur une question de déontologie médicale. Est-il permis d'entreprendre sur les Arabes, comme le demandait M. Bouley, des expériences de variolisation? Tel est le thème qui a ému la susceptibilité professionnelle de plusieurs membres. On criait de divers côtés à M. Bouley : « Pas d'expérimentation sur l'*homme*, » et M. Bouley répondait toujours : *Arabe*. Ce qui faisait songer à ce Marseillais des poésies légères de Voltaire, qui, en Afrique précisément, étant en danger d'être tué et voulant arrêter son ennemi par une considération morale, lui criait :

... Les Marseillais ont une âme immortelle !

Et les Arabes aussi. La peau des Arabes est sacrée comme la nôtre; M. Bouley lui manquait-il de respect? Il disait : une question scientifique est en ce moment soulevée à l'Académie (voy. p. 658), dont la solution pourrait être éclaircie par les résultats de variolisations faites sur une grande échelle avec du virus atténué. En France, où nous sommes tous convaincus de l'excellence de la vaccination, et où tout le monde s'y tient, une telle recherche ne peut être instituée; mais elle peut l'être en Afrique où un grand nombre d'Arabes refusent l'inoculation du vaccin et réclament celle du virus variolique. Réduite à ces termes, la proposition n'avait rien de bien téméraire : il s'agissait de tirer parti de circonstances exceptionnelles qu'on ne créait pas, que tout le monde est d'accord pour déclarer fâcheuses, dont tout le monde désire la cessation... D'où est venue l'émotion ? De ce que M. Bouley avait prononcé le mot *expériences*, *expérimentation*, et qu'on lui supposait dès lors l'intention méchante de profiter d'un mal au lieu de chercher à le déraciner. Eh bien, toute cette émotion serait tombée si notre éminent confrère, prenant une dernière fois la parole, avait dit : « J'accorde, puisqu'on l'affirme, que la répugnance des Arabes pour la vaccination n'est pas telle que je le croyais ; si elle est générale, ne variolisons personne ; si elle persiste chez un certain nombre, combattons-la de toutes nos forces ; si enfin elle résiste et à nos objurgations et à nos mesures administratives, variolisons. » Entendons-nous : je suppose qu'un Arabe, réfractaire à la vaccination, s'adresse à nous et que nous ne parvenions pas à vaincre sa résistance, c'est de celui-là que je dis : variolisons-le de nos propres mains ; car nous n'avons pas le droit, à défaut du meilleur remède, d'en refuser un moins bon et dont une longue expérience a permis d'apprécier la valeur relative. Le virus variolique sera dilué, c'est vrai ; mais cela le rendra-t-il dangereux? Cela l'a-t-il rendu dangereux chez les moutons? Cela l'a-t-il rendu dangereux autrefois, au temps où l'on expérimentait la dilution ?

Quant aux expériences de M. Peuch, pas plus que celles de M. Blot ou de M. Jules Guérin, nous ne les regardons comme démonstratives; mais encore une fois nous ne considérons que la question déontologique.

— L'armée de terre de l'Académie avait donné dans cette discussion; la marine est venue ensuite, dans la personne de M. J. Rochard, raconter deux nouveaux cas d'abcès du foie traités et guéris par de larges incisions suivies de grands lavages avec pansement antiseptique. C'est toujours une bonne fortune pour l'Académie qu'une communication de M. Rochard. Entrain de parole, animation du geste, bon sens, érudition, connaissances pratiques, sentiment du progrès, discussion courtoise et spirituelle, voilà tout uniment les qualités dont il fait preuve chaque fois qu'il occupe la tribune.

A. DECHAMBRE.

Le déterminisme de Claude Bernard.

La renommée de Claude Bernard est une de celles que le temps n'affaiblira pas. On contestera certaines de ses expériences; on leur opposera quelques expériences contraires; mais outre que plusieurs de ses découvertes, et précisément les plus grandes, sont assises sur des bases inébranlables, son œuvre vivra par l'esprit scientifique qui l'a inspirée, qui l'a fécondée, et qui s'est infiltrée dans toute une génération. Mais cet esprit scientifique que Claude Bernard a exprimé lui-même et résumé dans le mot *déterminisme* est-il bien compris de tout le monde? l'est-il même de tous ceux qui en suivent l'impulsion? Sait-on bien ce qui, dans le mouvement, revient en propre à l'illustre physiologiste? C'est ce qu'il n'est pas téméraire de mettre en doute. Nous demandons la permission de dire ici notre sentiment sur ce grave et difficile sujet.

Cl. Bernard se flattait, sans pourtant l'affirmer, d'avoir introduit le mot *déterminisme* dans la philosophie, et en même temps la doctrine à laquelle il appliquait ce mot. Il aimait à répéter que le mot ni la chose ne paraissaient pas être dans Leibniz et que la chose y manquait certainement. Pour la chose, ce sera à examiner quand nous aurons dit en quoi elle consiste pour Cl. Bernard. Quant au mot, il est probable, en effet, qu'il n'est pas dans Leibniz, bien que le fait soit difficile à vérifier, faute d'un *index* suffisamment complet de ses œuvres; mais il n'en résulterait pas que le mot ait été introduit dans la philosophie par le physiologiste français.

L'éminent historien de la philosophie grecque, dont M. Boutroux, professeur à l'École normale supérieure, traduit en ce moment l'ouvrage sur la troisième édition, Ed. Zeller, emploie le mot *déterminisme*. Le mot se trouve-t-il aussi dans la première édition, qui est antérieure à la *Médecine expérimentale* de Cl. Bernard, publiée en 1875? C'est à présumer; malheureusement cette première édition, difficile à trouver, n'est plus lue par personne, et nous ne sommes pas en mesure de faire cette vérification. Mais tout le monde peut s'assurer que le mot *déterminisme* est employé dans l'article Liberté (par E. Saisset) de la première édition du *Dictionnaire de philosophie* de Franck, qui a paru au moins quinze ans avant l'*Introduction à la médecine expérimentale*. Et cela nous dispense de recherches plus étendues.

Cl. Bernard entend par déterminisme la condition ou l'ensemble des conditions qui *déterminent* la production d'un phénomène; sans lesquelles le phénomène ne se produit pas, avec lesquelles le phénomène se produit nécessairement. En ce qui concerne la biologie, poser en principe que tout phénomène physiologique ou pathologique reconnaît des conditions de production déterminées et invariables; que la science médicale doit donc avoir pour objet d'acquérir expérimentalement la connaissance de ces conditions comme base de certitude, c'est établir à la fois une doctrine et une méthode : la doctrine et la méthode du déterminisme.

Pour bien comprendre le sens et la portée de la doctrine, il faut la mettre en présence des doctrines médicales auxquelles elle entend se substituer. Nous laissons le mécanicisme, qui n'est plus guère en cause de nos jours, pour envisager seulement, au point de vue dont il s'agit ici, l'animisme et le vitalisme.

L'animisme, auquel Chauffard se ralliait quand la science l'a perdu si inopinément, fait d'un principe distinct, appelé *âme*, le promoteur de toutes les opérations de l'économie, de quelque nature qu'elles soient : physiques, intellectuelles ou morales. Ce principe a été conçu de diverses manières: comme matériel ou comme spirituel; comme répandu dans l'organisme entier, ou comme siégeant dans un organe particulier, mais d'où il peut rayonner dans toutes les parties du corps (dans le cœur, par exemple) (voy. *Gaz. hebd.*, 1876, p. 192). Dans tous les cas, ce principe a une autorité propre; il est autonome; il ne fait pas seulement vivre la matière corporelle, il met une force intelligente à son service, au service de la nutrition, de la digestion, de la respiration ; il la gouverne en tout, la protège contre les causes de destruction, dirige ses actes, pour son salut, en cas de danger. On comprend aisément ce que peuvent être la physiologie et la pathologie sous l'empire d'une telle doctrine : un mélange et une succession instables, arbitraires de faits non réductibles à des lois permanentes, ne permettant pas la prévision; où les activités vitales, au lieu d'être subordonnées aux conditions physiques des organes, des tissus, des éléments, obéissent à la volonté changeante d'un agent que les circonstances inspirent et qui peut n'être pas infaillible. Cette instabilité des phénomènes était une conséquence plus forcée encore de l'animisme quand à l'âme intelligente s'ajoutaient une âme végétative et une âme animale, et surtout quand des âmes particulières, des *archées*, se partageaient les organes, constituant autant de petites républiques plus ou moins indépendantes du gouvernement central.

Au point de vue vitaliste, les choses ne changent guère, sinon quant à la nature de l'agent, au moins quant à l'étendue du théâtre où il opère.

S'il s'agit de ce vitalisme radical qui admet dans l'organisme un principe dit vital, présidant uniquement à l'accomplissement des actes de la vie somatique, entièrement distinct de l'âme, préposée de son côté à l'accomplissement des actes de la vie psychique, ce principe remplit, dans la sphère où il se meut, le rôle dévolu tout à l'heure à l'âme elle-même : il a des perceptions et des déterminations; c'est en lui que résident la force motrice et la force sensitive; il conserve, il préserve et il répare. Par lui, l'être dure; par lui, il est défendu contre les causes de nocuité; par lui, il revient à l'état normal quand ces causes l'en ont écarté. Et tout cela, nous le répétons, il le produit en vertu d'une intelligence inconsciente, d'une sorte d'instinct qui l'avise du bien et du mal, et lui inspire les moyens de produire l'un et d'empêcher l'autre. L'organisme se plie à ses desseins, à moins que des deux dépendances contraires qu'il subit, celle de son principe protecteur et celle de l'agent nuisible, la seconde ne soit devenue la plus forte, soit par son intensité même, soit par l'altération trop grande des solides et des liquides.

Si le vitalisme est mitigé et se résout dans l'affirmation de la spontanéité des actions vitales, de leur concours harmonique et finalement de l'unité de l'être vivant, en y ajoutant toujours ce qu'aucune forme de vitalisme ne peut pas plus répudier que l'animisme, à savoir la force médicatrice, les conséquences qui viennent d'être exposées se reproduiront encore, bien que dans une moindre mesure. La lutte s'établira toujours entre les puissances du dedans et les puissances du dehors, et les moyens de défense contre l'attaque feront sentir leurs effets dans l'ensemble des mouvements organiques dont se composera la scène morbide.

Il n'est pas jusqu'au vitalisme de l'école de Bichat, — vitalisme bien restreint à la vérité, puisqu'il repose sur de

simples propriétés de tissus et des sympathies, — qui n'implique l'introduction dans les opérations de la nature vivante d'une force hypothétique qui en dérange le plan et en trouble la régularité. Dans cette doctrine, parmi les propriétés de la matière vivante il y en avait une, la *sensibilité organique*, qui entrait en conflit avec les propriétés de la matière brute; et c'était d'ailleurs, pour Bichat, un principe absolu que les manifestations de la vie sont une résistance continue aux lois générales de la matière.

Eh bien, la doctrine du déterminisme est venu opposer à ces conceptions diverses une science positive, ayant pour base la détermination des causes prochaines des phénomènes vitaux, de la même manière et au même titre que dans les sciences physiques; et la doctrine repose sur ce principe que les phénomènes du corps vivant, pour être prodigieusement complexes, n'en sont pas moins aussi immuables que ceux des corps bruts, aussi indissolublement liés, par exemple, à la nature de l'élément organique qu'une réaction chimique à la nature des substances mises en présence. Citons Claude Bernard lui-même: « Ce que nous appelons le déterminisme d'un phénomène n'est rien autre chose que la cause déterminante ou la cause prochaine, c'est-à-dire la circonstance qui détermine l'apparition du phénomène et constitue sa condition ou l'une de ses conditions d'existence. Le mot *déterminisme* a une signification tout à fait différente de celle de *fatalisme*. Le fatalisme suppose la manifestation nécessaire d'un phénomène indépendamment de ces conditions, tandis que le déterminisme n'est que la condition nécessaire d'un phénomène dont la manifestation n'est pas forcée. Le fatalisme est donc antiscientifique à l'égal de l'indéterminisme. Lorsque, par une analyse expérimentale successive, nous avons trouvé la cause prochaine ou la condition élémentaire d'un phénomène, nous avons atteint le but scientifique que nous ne pourrons jamais dépasser. Quand nous savons que l'eau, avec toutes ses propriétés, résulte de la combinaison de l'oxygène et de l'hydrogène dans certaines proportions, et que nous connaissons les conditions de cette combinaison, nous savons tout ce que nous pouvons savoir scientifiquement à ce sujet. » Voilà pour la caractéristique du déterminisme, que Cl. Bernard, on le voit, distingue soigneusement du fatalisme. Après une très juste remarque sur la différence qu'il y a entre le *comment* et le *pourquoi* des choses et sur l'inconvénient de poser la question du pourquoi en médecine aussi bien qu'en chimie, Claude Bernard passe à la nature des conditions d'existence des phénomènes vitaux: « Les propriétés de la matière vivante ne peuvent être manifestées et connues que par leurs rapports avec les propriétés de la matière brute, d'où il résulte que les sciences physiologiques expérimentales ont pour base nécessaire les sciences physico-chimiques, auxquelles elles empruntent leurs procédés d'investigation et leurs moyens d'action. Le corps vivant est pourvu sans doute de propriétés et de facultés tout à fait spéciales à sa nature, telles que la plasticité organique, la contractilité, la sensibilité, l'intelligence; néanmoins, toutes les propriétés et toutes les facultés sans exception, de quelque ordre qu'elles soient, trouvent leur déterminisme, c'est-à-dire leurs moyens de manifestation et d'action dans les conditions physico-chimiques des milieux extérieur et intérieur de l'organisme. » Le champ du déterminisme ainsi établi, l'auteur montre comment il devient la base de l'*expérimentation* en médecine. « Si la médecine..... voulait rester une science d'observation, le médecin devrait se contenter d'observer ses malades, se borner à prédire la marche et l'issue de leurs maladies, mais sans y toucher plus que l'astronome ne touche aux planètes. Donc le médecin expérimente dès qu'il donne un remède actif, car c'est une véritable expérience qu'il fait en essayant d'apporter une modification quelconque dans les symptômes d'une maladie. L'expérimentation scientifique doit être fondée sur la connaissance du *déterminisme* des phénomènes; autrement, l'expérimentant n'est encore qu'aveugle et empirique. L'*empirisme* doit être subi comme une période nécessaire de l'évolution de la médecine expérimentale; mais il ne saurait être érigé en système, comme l'ont voulu quelques médecins » (*La science expérimentale*, p. 55 et suiv. de la 2e édit.). Si nous poussions la citation plus loin, nous entrerions trop avant dans la question de l'expérimentation médicale.

Ainsi, étude expérimentale des causes prochaines des phénomènes vitaux, au même titre que l'étude des phénomènes physiques et chimiques et avec des procédés analogues d'investigation, tel est en deux mots le but assigné par Cl. Bernard à la médecine. Et c'est ce qu'exprime M. Paul Bert, dans cette phrase de sa notice nécrologique: « Claude Bernard se montra... supérieur à la fois à Magendie et à Bichat, puisqu'au sentiment de l'innombrable multiplicité des inconnues physiologiques il joignait celui de leur subordination aux lois générales de la matière et, par suite, de leur obéissance aux appels de la méthode expérimentale. »

Si l'on veut maintenant apprécier, non plus par comparaison, mais en soi, le mérite de cette doctrine, il faut peut-être distinguer entre le principe et l'application.

Il y a bien longtemps que la notion de cause a été donnée comme fondement à toute connaissance scientifique, et que la cause elle-même a été définie à cette intention. On peut le voir en maint passage des *Analytiques*, de la *Physique* et de la *Rhétorique* d'Aristote. « Scire autem arbitramur unumcumque simpliciter, sed non sophistico modo secundum accidens, quando arbitramur nos cognoscere et *causam per quam res est, quod ea hujus causa it* » (p. 122 du t. I de la *Bibl. gréco-lat.* de Didot). Reprenant de nouveau les sophistes sur ce sujet: « Manifestum vero etiam est... esse stolidos qui præclare putent se principia sumere si propositio sit probabilis et vera; ut sophistæ, quod τὸ scire sit scientiam habere. Non enim quod probabile aut non probabile est principium est, sed quod primum in illo genere est circa quod demonstratur » (*Ibid.*, p. 127). Bien d'autres textes encore montreraient chez le philosophe le sentiment profond d'une science démonstrative et étiologique: « Scientia ergo habitus est *demonstrativus* » (*Ibid.*, t. II, p. 68). Et comment connaît-on la cause? « Uno igitur modo causa dicitur, *id est ex quo insito aliquid fit* » (*Ibid.*, t. II, p. 264); « causa una cum eo est cujus causa est; et sina causa nihil est » (*Ibid.*, t. I, p. 379); « ubi... causa sit necesse est rem esse » (*Ibid.*, t. I, p. 168). Ainsi, la cause est avec son effet; où est la cause est nécessairement l'effet. Certes, il ne faudrait pas demander à ces déclarations si précises le même sens pratique qu'elles peuvent avoir dans un écrit moderne sur la philosophie des sciences naturelles. La démonstration dans Aristote est principalement syllogistique; la conception de la cause toute métaphysique. La cause *efficiente*, par exemple, c'est l'architecte qui construit une maison ou le statuaire qui taille un bloc de marbre, et la maison ou le marbre sont les causes matérielles; mais l'idée maîtresse du caractère causal des sciences n'en est pas moins là, sinon parfaite, au moins en germe.

Ces vues générales d'Aristote traversent le moyen âge,

altérées par l'esprit subtil du temps. Bacon entreprend de dégager les sciences, avec leur philosophie, des vaines spéculations où elles s'agitaient sans avancer, pour les mettre sur la voie du vrai progrès et les faire servir davantage au bien de l'humanité. Sa méthode consiste à réduire le plus possible la part du syllogisme au profit de l'*induction*, celle-ci étant tirée de l'*observation* et fécondée par l'*expérimentation*. Et le but extrême de la recherche est la détermination de la cause des phénomènes, de la cause la plus directe, la plus prochaine possible, pour déduire du mode d'action de la cause la loi même des phénomènes qu'elle produit.

Onze ans seulement après la mort de Bacon, Descartes fit paraître son fameux *Discours de la méthode*. La méthode de Descartes ne repose pas comme celles d'Aristote et de Bacon sur des procédés de raisonnement, tels que le syllogisme et l'induction, mais sur des *préceptes* de logique, comme il le dit lui-même, qui consistent à ne recevoir jamais aucune chose comme vraie *qu'on ne la connaisse évidemment être telle;* à diviser les difficultés pour les mieux résoudre; à conduire ses pensées par ordre, en allant du simple au composé; *à faire des dénombrements si entiers et des revues si générales*, qu'on soit assuré de ne rien omettre. Et voici ce qu'il écrit sur la médecine en particulier: « Celle qui est maintenant en usage contient peu de chose dont l'utilité soit si remarquable; mais sans que j'aie aucun dessein de la mépriser, je m'assure qu'il n'y a personne, même de ceux qui en font profession, qui n'avoue que tout ce qu'on y sait n'est presque rien à comparaison de ce qui reste à savoir; et qu'on se pourrait exempter d'une infinité de maladies tant du corps que de l'esprit, et même aussi peut-être de l'affaiblissement de la vieillesse, *si on avait assez de connaissance de leurs causes* et de tous les remèdes dont la nature nous a pourvus. » Il invite ensuite *tous les bons esprits* à contribuer, chacun selon son inclination et son pouvoir, *aux expériences qu'il faudrait faire*. Puis, il ajoute — et c'est ce qu'il faut bien retenir pour juger cette application de la méthode: « Les expériences... *sont d'autant plus nécessaires qu'on est plus avancé en connaissance;* car, *pour le commencement*, il vaut mieux ne se servir que de celles qui se présentent d'elles-mêmes à nos sens... que d'en chercher de plus rares et étudiées; dont la raison est que les plus rares trompent souvent lorsqu'on ne sait pas encore les causes les plus communes, et que les circonstances dont elles dépendent sont quasi toujours si particulières et si petites qu'il est très malaisé de les remarquer. »

Ces grandes espérances dans l'avenir de la médecine, elles furent également exprimées par Leibniz, une soixantaine d'années plus tard. « Le public, mieux policé, dit Leibniz, se tournera un jour plus qu'il n'a fait jusqu'ici à l'avancement de la médecine...; on ne laissera aucune bonne observation sans être enregistrée; on aidera ceux qui s'y appliqueront; *on perfectionnera l'art de faire de telles observations*, et encore celui de les employer pour établir des aphorismes... Le public sera en état de donner plus d'encouragement à la recherche de la nature et surtout à l'avancement de la médecine, et alors cette science importante sera bientôt portée fort au delà de son présent état et *croîtra à vue d'œil.* » (*Œuvres philos.* en 2 vol., avec Intr. de P. Janet; Paris, 1866, t. I, p. 400.)

Mais ce qu'il importe surtout de relever dans Leibniz, c'est sa célèbre doctrine de l'universelle *détermination* (determinatio). Rien n'arrive sans cause. Tout ce qui arrive a sa *raison déterminante*, sa *raison suffisante*. Tout « est déterminé *par avance* dans l'homme comme partout ailleurs, et l'âme humaine est une espèce d'automate spirituel » (*Théodicée*, I, § 52). C'est ce déterminisme qui, dans l'article LIBERTÉ, cité plus haut, est l'équivalent du fatalisme et auquel le langage philosophique courant rapporte la doctrine de tous les fatalistes et de Leibniz lui-même. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point.

Le vitalisme, lui aussi, fait dépendre les progrès de la médecine de la recherche de la cause expérimentale. Ouvrez, par exemple, la *Science de l'homme*. Barthez va vous dire que « la philosophie naturelle a pour objet la recherche des causes des phénomènes de la nature, en tant qu'elles peuvent être connues d'après l'expérience »; que la nature intime (l'essence) des causes nous reste cachée; que nous pouvons seulement saisir leurs effets, l'ordre dans lequel ils se succèdent, les règles qu'ils suivent dans leurs manifestations, mais jamais ce qui constitue la nécessité de leur production. On croirait entendre Cl. Bernard écartant le *pourquoi* pour ne retenir que le *comment*, et rejetant toute spéculation sur la nature intime de la sensibilité ou de la contractilité. Seulement, les *causes expérimentales* de Barthez, ce sont les *principes*, les *forces* indéterminées que l'expérience fait découvrir dans l'économie.

A. DECHAMBRE.

(*A suivre.*)

Anesthésie du larynx par l'insufflation d'acide carbonique.

Les faits expérimentaux, entièrement nouveaux, que la communication de M. Brown-Séquard met en lumière, se résument en cette proposition: qu'il est possible d'introduire un tube dans le larynx sans produire de douleur ou une réaction quelconque lorsque l'on a insufflé un courant très rapide d'acide carbonique sur la glotte (1). On lira au compte rendu de l'Académie (voy. p. 657) l'exposé du procédé opératoire et quelques détails sur les résultats obtenus, mais nous croyons qu'il est intéressant d'examiner dès aujourd'hui les applications pratiques qui peuvent être déduites de la constatation de ces phénomènes.

Si l'anesthésie laryngée est facilement produite indépendamment de l'anesthésie générale, ou bien avec une anesthésie générale incomplète, en d'autres termes si l'insufflation d'acide carbonique détruit la sensibilité de la muqueuse laryngée, de telle façon que la glotte reste béante et insensible aux attouchements, la porte d'entrée du larynx est ouverte à l'action exploratrice et thérapeutique. Dans les conditions où on les pratique habituellement, les manœuvres qui portent sur la glotte ou le larynx offrent des difficultés et des dangers qui ont pour origine la production de contractions réflexes d'une intensité considérable, en rapport avec l'excitabilité de la muqueuse laryngée; mais si la sensibilité de la muqueuse est supprimée, le contact des instruments, les attouchements, n'amenant plus la fermeture spasmodique de la glotte, ou l'arrêt de la respiration, toute manœuvre opératoire à travers le larynx est singulièrement simplifiée.

Admettons provisoirement comme assurée une démons-

(1) Des expériences nouvelles de M. Brown-Séquard qui n'ont encore été faites que chez le lapin, montrent qu'un mélange à parties égales d'oxygène et d'acide carbonique produit l'anesthésie du larynx aussi complètement et presque aussi promptement que l'acide carbonique.

tration qui repose déjà sur de grandes probabilités, ainsi que nous le montrerons plus loin, et, considérant comme inoffensive l'insufflation d'acide carbonique sur la glotte, examinons les diverses opérations qui pourraient bénéficier de ce procédé d'anesthésie locale.

Dans l'exploration du larynx, on a souvent à lutter contre une excitabilité excessive des malades, pour laquelle la répétition des explorations est jusqu'à présent considérée comme le meilleur moyen à employer; mais l'anesthésie par l'acide carbonique serait aussi tout naturellement indiquée, et à plus forte raison s'il y a des altérations au voisinage du larynx et de la glotte, telles que des ulcérations tuberculeuses syphilitiques ou cancéreuses. L'exploration intra-glottique, intra-laryngée est alors facilitée, et non seulement on pourrait examiner avec le miroir, mais aussi porter des instruments dans le larynx.

Le *cathétérisme du larynx* exécuté par Bell, a été mis en pratique et préconisé par Didot en Belgique, Loiseau, Girouard en France, et par Green en Amérique, et a donné lieu à des discussions approfondies à l'Académie de médecine de Paris, dans diverses sociétés savantes, à New-York et à Londres, et cependant, ainsi que le disait M. Dechambre dans un des articles nombreux qu'il a publiés dans ce journal, de 1855 à 1859, sur le cathétérisme et le tubage du larynx et des bronches, cette question mériterait et réclamerait des recherches approfondies. Ce désir n'a pas été satisfait; au contraire, les essais du tubage laryngien préconisé par Bouchut, dans la diphthérite laryngée, ont plutôt compromis les applications des topiques dans le larynx, qu'elles n'ont fait progresser la vulgarisation du cathétérisme laryngien. Cependant l'introduction de sondes dans le larynx, dans le but d'exploration, ou pour produire et maintenir la dilatation de la glotte, et permettre le passage de l'air, a été employée avec succès dans des circonstances diverses, telles que l'œdème de la glotte, et enfin le cathétérisme laryngé permet de porter des substances médicamenteuses sur la glotte et dans le larynx. Il y a vingt-cinq ans on pouvait mettre en doute la pénétration des tubes dans le larynx, alors que Green, Loiseau, Girouard, etc., affirmaient l'avoir produite. Aujourd'hui que la laryngoscopie a démontré la possibilité de ces manœuvres, il serait inutile d'insister sur la facilité que l'anesthésie laryngée apporterait dans leur exécution.

Toutes ces indications, nous le répétons, ne sont pas seulement des espérances: en effet, il est certain que chez le chien et d'autres mammifères l'injection d'acide carbonique a été parfaitement tolérée. Trois des chiens mis en expérience sont vivants aujourd'hui, c'est-à-dire de douze à vingt jours après ces opérations; les plaies sont cicatrisées. Bien plus, chez l'un d'eux il avait été injecté plus d'un litre d'eau dans les bronches, en plusieurs reprises et dans l'espace de dix minutes, fait qui démontre une fois de plus la rapidité de l'absorption des liquides par les bronches, et l'innocuité de cette opération, chez le chien, lorsqu'on a soin d'injecter l'eau rapidement et par petites quantités pour ne pas interrompre complètement ou longtemps la respiration.

Il faut bien le faire remarquer en passant, les expériences d'injection d'eau dans les bronches, qui ont été souvent pratiquées par M. Brown-Séquard lui-même et par divers auteurs, semblent apporter une justification pour les tentatives d'injections médicamenteuses dans les bronches, telles que les a faites Horace Green chez l'homme, dans des observations qui ont démontré plutôt l'innocuité de la manœuvre que son utilité thérapeutique définitive (1).

Il nous reste à examiner si l'innocuité de l'injection d'acide carbonique sur la glotte, évidente dans les expériences de M. Brown-Séquard, existe chez l'homme; l'expérience directe n'a pas été faite complètement, il est probable qu'elle sera tentée prochainement; mais quant à présent le fait rapporté par M. Brown-Séquard, démontrant qu'il a pu s'insuffler à lui-même de l'acide carbonique sous forme d'un jet violent, dirigé sur le pharynx, constitue, non seulement un précédent, mais une preuve sinon complète, au moins déjà fort importante de cette innocuité qui, nous l'espérons, sera définitivement démontrée. A. Hénocque.

Contributions pharmaceutiques.

LOTION AU SOUFRE ET AU CAMPHRE.

Depuis quelque temps, cette lotion est souvent prescrite pour être appliquée sur la peau, au moyen d'un pinceau, dans certaines affections cutanées.

J'ai remarqué que les doses des substances qui la composent, tout en étant variables, pouvaient se rapporter à la formule suivante :

Eau de roses..........	150	grammes
Eau distillée...........	100	—
Alcool camphré........	30	—
Fleur de soufre lavée...	20	—

Le soufre se délaie très bien dans l'eau; il y reste même assez longtemps en suspension pour que, si l'on n'ajoutait pas de camphre dans cette préparation, on pût être certain, toutes les fois qu'on en ferait usage, de laisser sur la peau une dose suffisante de médicament actif. Mais il en est tout autrement dès qu'on y ajoute de l'alcool camphré. Au contact de l'eau, l'alcool laisse précipiter le camphre qu'il tenait en solution, et celui-ci forme des grumeaux qui restent à la surface du liquide, tandis que le soufre gagne le fond du flacon. Il est alors impossible, même en l'agitant, d'avoir un mélange assez homogène pour être étalé avec un pinceau. Le but que le médecin se propose ne peut donc être que difficilement atteint.

J'ai essayé plusieurs procédés pour obvier à cet inconvénient, et voici celui qui m'a donné le meilleur résultat : j'ajoute tout simplement 8 grammes de gomme en poudre, que l'on dissout dans un peu d'eau au moyen d'un mortier. Ce léger mucilage suffit pour donner au mélange une onctuosité suffisante pour empêcher la précipitation des poudres. Et, lorsqu'on veut s'en servir après un certain temps de repos, la moindre agitation imprimée au flacon donne au liquide l'homogénéité primitive.

Le résultat est plus sûrement obtenu avec le soufre précipité, ou tout au moins porphyrisé, ainsi que nous l'avons démontré dans nos précédents articles.

Cette lotion devra donc être ainsi formulée :

Eau de roses..........	250	grammes.
Alcool camphré........	30	—
Soufre précipité........	20	—
Gomme en poudre......	8	—

Mêlez selon l'art.

Pierre Vigier.

(1) Consulter à ce sujet la *Gazette hebdomadaire*, 1855, pages 666, 851, 884, et 1857, pages 187, 605, 612, 619. 626. 791. 874; 1858, pages 660, 761, 809, 859, etc.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne

Note sur la pleuro-pneumonie, par le docteur F. Sorel, médecin-major de première classe.

Dans les premiers mois de l'année courante, j'ai reçu dans mon service, à l'hôpital de Sétif (Algérie), un nombre relativement considérable de malades atteints de pleuro-pneumonie, soit 15 militaires et 5 civils.

Deux fois, chez un soldat anémié, convalescent d'une diarrhée prolongée, et un civil paludéen, il s'agissait, à proprement parler, d'une pneumonie avec hydrothorax; l'épanchement, très pauvre en fibrine et ne contenant aucune fausse membrane, était apparu la veille ou l'avant-veille de la mort. Il était le résultat d'un acte purement passif.

Dans quatre autres cas, tous concernant des militaires, et terminés par la guérison, la pleurésie, sans influence sur la gravité de la maladie, se manifesta, surtout au moment de la résolution de la pneumonie, par l'existence d'un faible épanchement qui retardait la guérison de quelques jours. Ce sont là des faits d'observation commune sur lesquels il est inutile d'insister.

Mais, chez les quatorze malades restants, les deux lésions pleurales et pulmonaires, tout à fait contemporaines, se sont développées simultanément, tantôt dans les mêmes points, tantôt dans des points éloignés, voire même sur un poumon différent, sans qu'il fût possible de regarder l'une comme la complication de l'autre, et quatre fois l'inflammation s'étendit à une portion plus ou moins étendue du péricarde. La gravité de la maladie est telle que la léthalité ne le cède en rien aux affections les plus redoutées : sur 10 malades militaires, 7 ont succombé, et des 4 malades civils un seul a guéri.

C'est sur cette variété de la pleuro-pneumonie que je désire appeler l'attention, en donnant quelques renseignements généraux sur les faits que j'ai eu l'occasion d'observer.

Chez les militaires, l'apparition de la maladie a été en rapport, du milieu de janvier à la fin de février, avec l'abaissement de la température sous l'influence d'un vent du nord très agressif, soit plus tard, à la fin de mars, d'une façon plus modérée, avec des variations atmosphériques considérables du jour à la nuit ou d'une journée à l'autre. Il faut se rappeler l'altitude élevée (1100 mètres) à laquelle est située la ville de Sétif.

Les hommes frappés étaient, pour la plupart, des jeunes gens robustes. Deux d'entre eux, attachés aux cuisines, étaient de par leur emploi soumis à des causes plus multipliées d'un refroidissement brusque.

Chez les civils, les cas se sont présentés plus tardivement, de mars à mai, et paraissent surtout reconnaître pour cause l'exposition à la pluie et le refroidissement qui s'en est suivi.

Je donne comme point de comparaison le chiffre des entrées par pneumonie simple ou pleurésie, du milieu de janvier à la fin de mai. La pleurésie exceptionnelle ne compte que deux malades, l'un civil et l'autre militaire. La pneumonie, au contraire, donne 16 entrées, dont 6 militaires. Un des malades civils, à la fois paludéen et alcoolique, a succombé; à l'actif des militaires figurent deux pneumonies du sommet et un cas de pneumonie double; toutes ont guéri.

La pleuro-pneumonie, ai-je dit, était remarquable par une certaine indépendance dans le siége des lésions de la plèvre et du poumon; sur dix autopsies je relève :

1° *Pleuro-pneumonie à gauche.—Deux cas.* — Dans l'un, la pleuro-pneumonie est générale et l'exsudat s'étend au-devant du péricarde; celui-ci restant intact, il existe, en outre, à droite, une pleurésie recouvrant toute la hauteur du poumon en arrière, et limitée au tiers supérieur en avant. Mort au sixième jour.

Dans l'autre, la pneumonie comprend toute l'étendue du poumon, sauf une couche de faible épaisseur restée épargnée en avant et sur la face médiastine; la pleurésie s'étend en dehors et en arrière à toutes les portions hépatisées, respectant cette même surface antéro-interne; adhérences pleurales anciennes du côté droit. Mort au sixième jour. La percussion en avant donnait le *bruit de pot fêlé*.

2° *Pleuro-pneumonie à droite.—Huit cas.*—Dans un cas, la pneumonie et la pleurésie occupent toute l'étendue du poumon; on constate, en outre, une pleurésie partielle à gauche siégeant au tiers moyen en arrière et l'existence d'une péricardite limitée à la portion antérieure du feuillet pariétal, avec épanchement moyen; une couche continue de fibrine est déposée sur la face antérieure du cœur, le feuillet viscéral du péricarde étant intact. Mort au troisième jour.

Deux fois la pneumonie est générale, la pleurésie étant limitée au lobe supérieur. Mort, dans un cas, au dixième jour, et dans le second, qui présentait en plus de l'hydropéricarde, au sixième jour.

Deux fois la pneumonie occupe le lobe inférieur, la pleurésie s'étendant en arrière à toute la hauteur du poumon. Dans un cas, resté unique, épanchement pleural évalué à 1 litre; du côté gauche, symphyse pleurale ancienne au niveau du lobe inférieur engoué. Mort au troisième jour. Dans l'autre cas, en dehors des lésions de droite, un noyau de pneumonie siège au lobe supérieur gauche. Mort au cinquième jour.

Deux fois la pneumonie est bornée aux lobes moyen et inférieur, la pleurésie étant générale. Dans l'un des cas, symphyse pleurale en voie de formation; il existe, en outre, une péricardite complète et une pleurésie partielle siégeant en arrière, au tiers postérieur gauche. Mort au neuvième jour. Dans l'autre, on trouve une péricardite débutant sur la portion antérieure du feuillet pariétal; épanchement moyen; le liquide contient un petit nombre de minces flocons fibrineux. Mort au huitième jour.

Dans un dernier cas enfin, la pneumonie occupant les lobes supérieur et moyen, la pleurésie siège au lobe inférieur, en arrière et sur la face diaphragmatique. On constate, en outre, une pleurésie médiastine antérieure enkystée développée aux dépens de la plèvre droite; le poumon gauche est refoulé jusqu'au niveau de la ligne des articulations chondro-sternales de gauche. Le feuillet pariétal du péricarde est dépoli et légèrement granuleux, surtout en avant, et l'inflammation gagne le feuillet viscéral à la base du cœur, au niveau de l'origine des gros vaisseaux; épanchement moyen dans lequel nagent de grêles flocons fibrineux. A gauche, adhérences pleurales anciennes. Mort au septième jour.

Quant à l'*état du poumon* lui-même, dans deux cas seulement l'hépatisation grise est confirmée, dans deux autres elle commence; cinq fois on rencontre l'hépatisation rouge; mais le tissu pulmonaire ne présente pas le volume, la compacité et la friabilité habituelles; il est comprimé avec l'apparence de la carnification, conserve quelque peu d'élasticité, et son aspect est, à certains égards, celui du muscle cardiaque qui aurait subi un commencement de macération. Dans un dernier cas, le poumon contenait des noyaux d'hépatisation rouge au milieu de portions engouées.

Plusieurs fois il existait de l'emphysème marginal et, en cas d'hépatisation du lobe supérieur, l'extrême sommet était emphysémateux.

J'ai signalé, dans un cas resté unique, l'existence d'un *épanchement* évalué à 1 litre de liquide. Dans tous les autres, la *pleurésie* revêtit une forme absolument plastique; l'exsudat, demi-solide, consistait en un réticulum fibrineux gonflé par la présence dans ses mailles d'une certaine quantité de sérosité dont il laissait s'échapper une très faible quantité. Cet exsudat se retrouvait plus ou moins dans les scissures interlobaires, et dans un cas il s'étendait à la face diaphragmatique.

Les néomembranes furent toujours absentes, et là où se

formait une symphyse pleurale elle résultait de la résorption de la partie liquide de l'exsudat, avec condensation de la fibrine du réticulum, sans qu'il y ait encore prolifération adhésive des feuillets de la plèvre.

La *péricardite* survint quatre fois, et, remarquons-le, dans la pleuro-pneumonie droite. Dans trois cas, née certainement au contact de la plèvre enflammée, elle se développait progressivement, et on la trouvait, à l'autopsie, limitée plus ou moins à la partie antérieure du feuillet pariétal. Une seule fois elle était complète.

La symptomatologie en a été des plus obscures. L'état fébrile ne fournit aucune indication; un peu d'angoisse précordiale ou respiratoire, des irrégularités dans les battements du cœur, devenus plus sourds, ont pu tout au plus la faire soupçonner; mais ces symptômes n'ont qu'une valeur équivoque. Quant aux signes physiques, on cherchait en vain le bruit de frottement; très fugace quand l'affection est complète, il ne se produisait pas ici que les lésions étaient bornées à un des feuillets et déterminaient rapidement l'apparition d'une couche de liquide. La percussion ne pouvait, au voisinage des lésions de la plèvre et du poumon, que donner des renseignements incertains.

On ne saurait établir une comparaison avec les formes rhumatismales de la péricardite, où, la plupart du temps, le frottement se laisse percevoir à loisir, et où l'extension de la matité précordiale devient un signe important du diagnostic.

Pour terminer ce qui a trait à l'anatomie pathologique, je mentionnerai les *adhérences anciennes* rencontrées sur la plèvre du côté sain, reliquats d'anciennes lésions qui peuvent n'être pas sans importance sur l'issue de la maladie, la suppléance respiratoire se faisant dans un organe déjà taré. Je ne serais pas loin de croire qu'elles aggravent, soit par elles-mêmes, soit parce qu'elles correspondent à une modification du parenchyme pulmonaire, nombre d'états morbides, les fonctions de respiration se trouvant plus ou moins entravées.

La diarrhée accompagne fréquemment la maladie; les *lésions du côté de l'intestin* sont variées; dans certains cas, les altérations sont insignifiantes; d'autres fois on trouve un peu d'entérite desquamative avec retentissement léger sur les ganglions mésentériques, ou bien encore le gonflement de ces derniers est plus accentué, et les plaques de Peyer, au voisinage de la valvule iléo-cæcale, sont en état de tuméfaction simple, sans induration ni vascularisation anormale de la muqueuse intestinale.

La terminaison par la guérison eut lieu dans quatre cas seulement; en voici l'énoncé succinct :

Obs. I. *Pleuro-pneumonie du lobe inférieur gauche; pleurésie à droite limitée au tiers inférieur et postérieur.* — Etat grave : délire actif; herpès autour des lèvres et des narines; expectoration brune jus de réglisse; défervescence au septième jour et résolution de la pneumonie; puis état fébrile très modéré le soir jusqu'au onzième jour; disparition de l'épanchement pleurétique, de chaque côté, vers le quinzième jour. — *Traitement :* Ventouses scarifiées, sulfate de quinine et salicylate de soude, injections d'éther, et en dernier lieu application de vésicatoires.

Obs. II. *Pleuro-pneumonie gauche siégeant en arrière, aux deux tiers inférieurs.* — Malade civil sujet à des accès de fièvre intermittente. Etat excessivement grave : délire; expectoration brun jus de réglisse; cependant le pouls reste plein et au-dessous de 100 pulsations. Les symptômes pleurétiques disparaissent à mesure que l'hépatisation progresse; défervescence au onzième jour, suivie de la résolution de la pneumonie.

Accès de fièvre intermittente pendant la convalescence, ramenant l'expectoration pneumonique sans aggravation dans l'état local. — *Traitement :* Ventouses scarifiées le jour de l'entrée, saignée de 350 grammes le lendemain, sangsues le jour suivant, sulfate de quinine, injections d'éther.

Ce sont là des faits de guérison rapide; celle-ci a été très retardée, au contraire, dans les deux observations suivantes, par la lenteur de la résorption de l'exsudat dans un cas, et sa transformation purulente chez le second malade.

Obs. III. *Pleuro-pneumonie droite occupant les deux tiers postérieurs et inférieurs.* — Etat très grave : herpès autour des lèvres et des narines; défervescence incomplète vers le onzième jour; résolution de la pneumonie; persistance des symptômes pleurétiques, qui ne disparaissent qu'au cinquantième jour de maladie, en même temps que tombe la fièvre, restée très modérée pendant cette longue période. — *Traitement :* Saignée de 500 grammes le jour de l'entrée, ventouses scarifiées le lendemain, saignée de 300 grammes et 15 sangsues le jour suivant, sulfate de quinine; puis, plus tard, digitale, vésicatoires, pointes de feu, et surtout médication tonique et alimentaire.

Obs. IV. *Pleuro-pneumonie à droite; empyème consécutif; guérison par les ponctions répétées.* — R... (Joseph), vingt-deux ans, soldat au 4e de hussards, d'une intelligence très bornée, employé aux cuisines, est pris de frissons avec point de côté le 26 mars; la température s'élève par oscillations ascendantes. Entré à l'hôpital le 29 mars. La pleuro-pneumonie occupe bientôt les deux tiers inférieurs du poumon droit en arrière; expectoration rare à peine pneumonique. La température atteint le 29 au soir 41°,3, et le pouls bat 130 fois à la minute; saignée de 500 grammes qui relève le pouls tout en diminuant le nombre des pulsations. Dans la journée du 30, subdélire; température du matin, 39°,2; du soir, 41°,8; saignée de 200 grammes. Légère amélioration; ventouses scarifiées les 1er et 2 avril; injections d'éther les 3, 4 et 5.

Le 6 avril, au douzième jour, tout danger immédiat a disparu, la fièvre est abaissée, et il ne reste plus qu'à compter avec la lésion pleurale. L'épanchement, remontant en arrière jusque dans la fosse sus-épineuse, s'étend peu à peu en avant jusque sous la clavicule. On perçoit à l'auscultation de gros râles bulleux, surtout en avant, où il paraît n'exister qu'une couche mince de liquide. La pectoriloquie aphone, d'abord très nette, a disparu en arrière en même temps que le souffle. Ce signe reste incertain en avant. L'état général reste stationnaire : fièvre modérée marquée par des exacerbations vespérales, expectoration muco-purulente très abondante, épistaxis, et un peu de diarrhée de temps à autre. La percussion et la simple palpation faite au niveau des espaces intercostaux devient douloureuse en avant et sur le plan axillaire, où bientôt apparaît un peu d'œdème.

Le 11 mai, une ponction aspiratrice est faite avec l'appareil de Potain; on retire 800 grammes d'un pus normal sans débris fibrineux, et dont l'écoulement est facile. La douleur thoracique disparaît aussitôt, la sonorité est complète et la respiration perceptible. L'étendue de la matité, correspondant à une quantité si faible de liquide, porte à croire que le poumon, retenu par des adhérences vers sa base, ne se laissait pas refouler et forçait le pus à s'étaler en nappe.

On retire par des ponctions successives, le 15 mai, 100 grammes de pus; le 20 mai, 50 grammes; le 25 mai, 10 grammes. L'état général se relève, la fièvre devient de plus en plus modérée; mais peu à peu l'épanchement se reforme, la matité redevient générale, tant en avant qu'en arrière; le malade remplit plusieurs crachoirs d'une expectoration à la fois spumeuse et muco-purulente. Une nouvelle ponction est faite le 9 juin et donne issue à 575 grammes de pus; la fièvre tombe pendant deux jours, l'expectoration se modère, mais bientôt le retour à l'ancien état est complet.

Cependant, comme l'état général a continué de s'améliorer, avant d'en venir à l'opération de l'empyème, une dernière ponction est tentée le 17 juin : la quantité de pus extrait est encore de près de 600 grammes. Mais dès ce jour, le quatre-vingt-quatrième de la maladie, la fièvre tombe complètement, l'expectoration cesse, et l'épanchement ne se reproduit plus. La convalescence se prononce franchement vers le quatre-vingt-dixième jour de la maladie.

On remarquera l'amélioration de l'état général obtenue dès la première ponction, ce qui a permis de temporiser, l'abondance de l'expectoration cessant avec la décompression du poumon, la disparition de l'épanchement après l'intervention du 17 juin, bien que le liquide retiré eût été aussi abondant qu'à la précédente ponction.

Dans la généralité des cas, l'invasion fut celle de la pneumonie, caractérisée par un frisson violent, bientôt accompagné d'un point de côté profond. Exceptionnellement, ces symptômes firent défaut ou furent remplacés par les frissons et le point de côté plus modéré du début de la pleurésie.

Dans ce dernier cas, l'ascension fébrile était plus lente; puis, chez les uns comme chez les autres, la fièvre se maintenait à des degrés élevés, la température oscillant entre 39°,5

et 40°,5, atteignant et dépassant parfois 41 degrés. La défervescence eut lieu par crises chez les deux malades dont la guérison fut rapide.

Les pulsations du pouls se maintenaient autour du chiffre de 120; lorsqu'elles devenaient plus rapides en même temps que fuyantes la mort était certaine. Chez le malade de l'observation II, le pouls étant resté au-dessous de 100 pulsations, la guérison survint malgré le pronostic fâcheux qu'on pouvait tirer des autres symptômes.

Nombre de fois des épistaxis accompagnèrent l'invasion; elles se sont montrées au cours de la maladie dans les deux cas de guérison retardée et dans un cas suivi de mort.

Moitié environ des cas présentèrent un délire plus ou moins actif; chez le malade mort avec de l'hydropéricarde, le délire très actif, né dans la nuit qui précéda l'entrée à l'hôpital, du deuxième au troisième jour de maladie, persista jusqu'à la terminaison fatale, arrivée au sixième jour.

La dyspnée, d'intensité variable, sans rapport forcé avec l'étendue des lésions, a paru dépendre du mode de réaction individuelle. En moyenne, on comptait de 40 à 60 inspirations par minute; j'ai noté une fois 100 respirations.

Il régnait une très grande inégalité en ce qui concerne la toux et l'expectoration; celle-ci, très rare ou absente dans certains cas, était dans d'autres mi-partie de bronchite et de pneumonie; dans un tiers environ des cas elle fut franchement pneumonique. On a vu deux fois la guérison avoir lieu malgré l'existence de crachats bruns jus de réglisse. L'expectoration devenait grisâtre, purulente en cas d'hépatisation grise.

Chez presque tous les malades la conjonctive prit une teinte subictérique; dans un seul cas cette coloration s'étendit à tout le tégument sans que l'on pût déceler la présence de la bile dans l'urine de couleur foncée. C'était là de l'ictère hémaphéique.

Dans ce même cas, terminé par la mort, des vésicules d'herpès firent leur apparition en grand nombre sur la face; on les rencontrait dans un peu plus du tiers des cas; elles n'eurent aucune valeur pronostique.

Les *signes physiques* présentèrent souvent, au début, une certaine obscurité qui leur imprimait une sorte de caractère négatif. On obtenait à la percussion une submatité plus ou moins diffuse, et, dans quelques cas, un son élevé quasi tympanique. L'élasticité des parois thoraciques était amoindrie et la transmission des vibrations vocales diminuée. Avec les progrès de l'hépatisation, la matité se prononçait.

On a vu la percussion donner, dans un cas, le son de *pot fêlé;* une couche de tissu pulmonaire était restée intacte audevant du poumon hépatisé. La bouche étant largement ouverte, ce bruit était facilement produit jusqu'au niveau du quatrième espace intercostal.

La percussion et même la palpation simple étaient douloureuses dans deux cas, dont celui d'empyème.

Il ne m'a été donné qu'une seule fois (obs. I) d'entendre le râle crépitant, les malades entrant, du reste, vers le troisième jour de l'invasion. La respiration, affaiblie, soufflée, conservait d'abord son rythme habituel et il eût été facile de passer outre si l'auscultation du côté sain n'était venue bien marquer la différence par la sensation du murmure vésiculaire.

Plus tard on observait généralement, soit le silence de la respiration, soit, et principalement dans la région de la fosse sous-épineuse, du souffle tubaire.

L'existence de la pleurésie, déjà indiquée par ce qu'avaient d'irréguliers les signes propres à la pneumonie, se révélait, en outre, par certains caractères du souffle atténué et chevrotant, le retentissement aigre de la voix, ou, en cas de souffle tubaire, la broncho-égophonie. Quant au frottement, je l'ai observé sous forme de frottement-râle au niveau des pleurésies partielles isolées, où il avait quelque chose du râle d'œdème; chez le malade de l'observation III, où le frottement-râle se laissa entendre pendant la longue période que mit l'exsudat à se résorber; enfin, chez le malade de l'observation II, au début de la maladie, les symptômes pleurétiques l'emportant, et plus tard le long du plan axillaire.

En l'absence d'épanchement notable, les renseignements fournis par la mensuration furent peu étendus.

La pectoriloquie aphone, voix chuchotée ou *signe de Bacelli*, fut notée dans tous les cas, sans exception, où on constatait du souffle, relation déjà établie par Raymond Tripier (*Lyon médical*, 1878). Depuis plusieurs années que je recherche ce signe dans les affections pulmonaires, je l'ai observé dans ces conditions aussi bien dans la pneumonie, la tuberculose, que dans toute induration pulmonaire entraînant la production d'un souffle.

Par contre, en l'absence de souffle, je l'ai vu faire défaut dans la pleurésie séreuse comme dans la pleurésie avec épanchement hémorrhagique ou purulent.

Récemment l'indication d'une thoracentèse d'urgence se présente chez un pleurétique qui entrait porteur d'un vaste épanchement et était en proie à une dyspnée intense; on se contente de donner issue à 1200 grammes d'un liquide absolument séreux. Avant comme après la ponction, on ne perçoit ni souffle ni pectoriloquie aphone. Les jours suivants, le souffle paraît avec la rétrocession naturelle de l'épanchement, activée peut-être par des injections de pilocarpine; dès lors on constate la transmission de la voix chuchotée.

Dans un autre cas d'épanchement limité au tiers inféro-postérieur du côté droit, ni souffle ni pectoriloquie aphone. L'affection restant stationnaire, et malgré les injections de pilocarpine, une ponction est faite qui donne issue à 300 grammes de sérosité limpide.

Dans un cas de pleurésie avec épanchement moyen, traité aussi sans grand succès par la pilocarpine, le souffle ne devenait bien perceptible que par la toux; néanmoins, la transmission de la voix chuchotée était parfaite. Il se peut, le souffle restant la condition génératrice de la pectoriloquie aphone, qu'un épanchement séreux ne soit pas un obstacle à sa transmission en cas de souffle léger ou limité, tandis qu'un liquide moins homogène, hémorrhagique ou purulent, en serait un.

Quelle que soit la théorie, le signe de Bacelli ne paraît pas avoir toute la valeur que lui attribue le savant professeur, puisque son absence n'implique pas nécessairement un changement dans la nature de l'épanchement.

Un mot maintenant sur le *traitement*. Des ventouses scarifiées furent appliquées dès l'entrée à tous les malades sans exception, et deux fois des sangsues. Rarement j'ai employé des vésicatoires au début, d'autant plus que, pour peu qu'ils recouvrent des scarifications, on voit souvent survenir de la cystite cantharidienne, quelles que soient les précautions prises pour l'éviter. A l'intérieur, j'ai administré le sulfate de quinine, soit seul, soit associé au salicylate de soude, l'infusion de digitale, l'alcool, l'éther par la méthode des injections sous-cutanées, etc....

Devant des insuccès aussi constants j'eus recours à la médication sanguine franche, usant de la saignée modérée et répétée au plus une seconde fois; des cinq cas soumis à cette médication, dont un paludéen (obs. II), trois ont guéri.

Depuis je l'ai poursuivie dans nombre de cas de pneumonie où le point de côté, la dyspnée et l'élévation de la température m'ont paru des indications suffisantes, et j'en ai retiré quelques avantages sans aucun inconvénient. Je regrette de n'avoir pas saigné mes premiers malades atteints de pleuro-pneumonie.

Toutefois je ne saurais mieux terminer qu'en rappelant ces paroles de M. E. Besnier, prononcées en 1867 devant la Société médicale des hôpitaux, à propos du compte rendu des maladies régnantes (voy. la *Gazette hebdomadaire* du 26 avril 1867) : « De tous les documents qui sont parvenus à la commission sur les pneumonies, il ressort une remarque

importante à propos de la thérapeutique de la pneumonie. Il existe deux catégories de cas bien tranchés, les uns sans gravité aucune, les autres inévitablement mortels, quel que soit d'ailleurs le traitement employé. Les pneumonies franches et même les pneumonies catarrhales simples guérissent, c'est la règle. Les cas dans lesquels l'influence heureuse de la médication est manifeste sont les cas dont la gravité résulte surtout de l'étendue ou de l'intensité des lésions; les cas dans lesquels elle est douteuse sont ceux dans lesquels la marche naturelle de la maladie mène par des voies inconnues, mais dont il est à peu près impossible de les détourner, soit à la guérison, soit à la mort. »

En résumé, cette variété de la pleuro-pneumonie, dont je viens d'exposer les traits principaux, constitue une phlegmasie pleuro-pulmonaire d'emblée, dont les deux éléments, nés sous l'action des mêmes influences atmosphériques, ont la même valeur; lésion pulmonaire et lésion pleurale ne sont pas engendrées l'une par l'autre, mais se développent parallèlement et en conservant une certaine indépendance, tout en pouvant réagir l'une sur l'autre. De la simultanéité de ce double envahissement résultent certaines particularités anatomo-pathologiques, des formes cliniques spéciales, et surtout une gravité insolite.

On trouvera dans les traités de Grisolle et de Woillez ou dans des articles plus récents ayant trait, soit à la pneumonie, soit à la pleurésie, des détails qui conviennent à cette variété de la maladie; mais il n'y est pas fait mention des mêmes caractères de variété dans la répartition des lésions, d'acuité et de gravité dans la marche, de groupement dans les cas qui, surtout chez les militaires, se sont développés dans un court espace de temps; c'est là ce qui m'a engagé à rédiger cette note.

CORRESPONDANCE

Angine de poitrine.

A M. DIEULAFOY.

28 septembre 1882.

Mon cher confrère et ancien collègue,

La note que vous avez adressée à la *Gazette hebdomadaire* sur la mort du docteur Hillairet me remet en mémoire un fait analogue, peut-être encore plus frappant, que j'ai observé il y a deux ans.

Je suis appelé le 31 décembre au soir près d'un monsieur d'une cinquantaine d'années qui s'était plaint à plusieurs reprises dans la journée d'une gêne douloureuse de la région précordiale, vers la base du cœur, sans angoisse ni sensation de déchirement. Il ne ressentait non plus aucune irradiation du côté du cou ou des membres supérieurs. Le pouls était calme, ainsi que la respiration. L'auscultation ne révélait aucune altération du cœur ni des gros vaisseaux; la santé générale avait été bonne jusque-là.

Je prescrivis un révulsif, un sinapisme, je crois, sur la région douloureuse, et du sirop d'éther à prendre par cuillerées au moment de l'accès. Comme le malade avait de la constipation, il fut convenu qu'il prendrait le lendemain matin une verrée d'eau d'Hunyadi.

Sa femme me reconduisit jusqu'à la porte, et j'en profitai pour l'avertir que, malgré la bénignité apparente des accidents, on devait craindre le début d'une angine de poitrine encore mal caractérisée, et que des syncopes graves pouvaient être la conséquence de cette affection.

Le lendemain, 1er janvier, je revins voir le malade; sa femme me dit qu'il venait de prendre sa verrée, et j'entrai dans la chambre. M..... s'était jeté sur son lit, et la face était tournée du côté du mur. Je fus frappé de son immobilité, et je saisis le bras pour m'assurer de l'état de la circulation; il n'y avait plus de pouls: le malade était mort.

Il m'a paru intéressant de rapprocher ces deux faits; celui que j'ai observé est remarquable par le peu d'intensité des symptômes et par l'absence des irradiations douloureuses, phénomènes qui contrastent singulièrement avec la rapidité de la terminaison fatale.

J'ai pensé qu'il vous serait peut-être agréable de le joindre à vos observations, et je vous prie d'agréer l'assurance des meilleurs sentiments de votre bien dévoué.

Dr C. Lelion.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 25 SEPTEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Possibilité d'introduire un tube dans le larynx sans produire de douleur ou une réaction quelconque. — Note de M. *Brown-Séquard:*

Dans cette brève communication, je désire prendre date de la découverte des faits suivants. Si, après avoir ouvert l'arrière-bouche, sur des mammifères, par une incision entre un des côtés de la base de la langue et l'angle de la mâchoire, de manière à avoir sous les yeux l'épiglotte, le bord supérieur du larynx et la glotte, je fais arriver sur ces parties un courant très rapide d'acide carbonique, je trouve, au bout d'un temps variable (de quinze secondes à deux ou trois minutes), que la sensibilité si exquise de la muqueuse laryngée est complètement perdue et qu'il est possible conséquemment d'introduire un tube (et même un doigt, chez un gros chien) dans la cavité du larynx, de l'y tourner et de l'y retourner sans produire de réaction. J'ai fait cette expérience chez des cobayes, des lapins et des chiens. Chez tous, le résultat général que j'ai signalé a été obtenu.

Le contraste entre l'état normal du larynx et l'état d'anesthésie de cet organe, après son exposition à l'influence de l'acide carbonique, est extrêmement remarquable. On sait qu'il est impossible de toucher, de titiller la muqueuse laryngée sans produire des effets réflexes très marqués. La glotte se contracte spasmodiquement et le larynx tout entier se soulève avec violence. Lorsqu'on produit l'irritation de cet organe à l'aide d'un courant d'acide carbonique ou par des vapeurs de chloroforme, on constate une agitation générale très vive en outre des réactions locales. Ces deux agents anesthésiques agissent presque également à cet égard et irritent d'abord très violemment. Tout au contraire, lorsqu'on a soumis le larynx, pendant quelques minutes, à l'influence de l'un des deux, mais surtout à celle de l'acide carbonique, on constate que la puissance irritatrice de l'un ou de l'autre sur cet organe est devenue nulle.

Cette anesthésie locale [qui, du reste, s'accompagne d'une anesthésie générale incomplète (1)] ne disparaît guère qu'au bout de plusieurs minutes (de deux à huit) après la cessation de l'irritation du larynx par l'acide carbonique. Dans l'espace de quelques heures, j'ai pu répéter cette expérience nombre de fois, chez un même animal, et j'en ai toujours obtenu le même résultat quant à l'anesthésie du larynx et à la possibilité d'introduire, sans résistance et sans réaction d'aucune espèce, un tube dans le canal laryngé et trachéal.

J'ai laissé survivre nombre d'animaux ayant été soumis à ces expériences. Aucun mauvais effet local ou général dépendant de l'acide carbonique ou de l'irritation mécanique du larynx ou de la trachée ne s'est montré chez eux. J'ai aujourd'hui trois chiens sur lesquels ces expériences ont été faites et qui ont reçu une énorme quantité d'acide carbonique, soit sur la glotte, soit à travers elle,

1. On sait depuis longtemps, par les intéressantes recherches de M. Ozanam et celles surtout de MM. Lallemand, Perrin et Duroy, que l'inhalation de l'acide carbonique peut donner lieu à de l'anesthésie générale. Je dois dire que, dans certaines expériences où j'ai évité de produire de l'anesthésie générale, j'ai pu faire perdre au larynx, mais incomplètement, sa sensibilité. Du reste, il est bien connu que l'acide carbonique peut produire de l'anesthésie locale sur plusieurs autres muqueuses.

dans la trachée : ils paraissent être en excellente santé. L'un d'eux a été opéré il y a onze jours, un autre il y a six jours, et le troisième avant-hier.

Je ne veux pas examiner aujourd'hui les particularités de ces recherches ni les applications à la thérapeutique que l'on pourrait en faire. Avant de s'occuper de ces applications, il importe de faire chez l'homme des expériences démontrant positivement l'innocuité de l'entrée par la bouche ou la narine d'une quantité très considérable d'acide carbonique. A part les quelques effets bien connus de ce gaz, tels que céphalalgie, vertiges, etc., des expériences que j'ai faites sur moi-même, en 1871, établissent déjà qu'un courant très rapide de cet agent peut être reçu dans l'arrière-bouche sans produire d'effets dangereux. Mais il est essentiel de reprendre ces recherches au point de vue nouveau de la production de l'anesthésie dans la muqueuse laryngée. C'est ce que je me propose de faire très prochainement.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 3 OCTOBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY, VICE-PRÉSIDENT.

M. le ministre du commerce transmet : 1° un rapport de M. le docteur *Fichot* (de Nevers) sur *une épidémie d'angine couenneuse survenue récemment à Lacenay-les-Aix (Commission des épidémies)*; 2° le rapport de M. le médecin inspecteur des eaux minérales de Cransac pour 1881 (*Commission des eaux minérales*).

M. le docteur *Longuet*, médecin aide-major à Lyon, envoie un travail manuscrit intitulé : *De la trichophytie par contagion animale et en particulier chez les cavaliers.*

M. *Brouardel* présente, au nom de MM. le docteur *Napias* et A.-J. *Martin*, un volume ayant pour titre : *l'Étude et les progrès de l'hygiène en France de 1878 à 1882.*

Allaitement artificiel des nouveau-nés. — A propos de la communication de M. Tarnier, à la précédente séance, M. *Proust* rappelle le projet de création d'une ferme-nourrice pour un certain nombre d'enfants, qu'il avait présenté en 1870 avec M. le docteur *Chalvet*.

Variolisation a l'aide de virus atténué. — La proposition faite par M. Bouley, mardi dernier, d'essayer sur ceux des Arabes, qui préfèrent encore à la vaccine la variolisation, par esprit de race et de religion, d'essayer, disons-nous, l'inoculation de virus atténué suivant les procédés indiqués par M. Peuch pour la clavelisation des moutons, cette proposition trouve de persévérants adversaires devant l'Académie. M. *Bouley* a beau, par la lecture de publications émanant de médecins exerçant en Algérie, donner la preuve que la variolisation s'y pratique encore assez fréquemment, MM. *Blot*, *Jules Guérin*, *Larrey* et *Maurice Perrin* craignent, d'une part, que ce nouveau procédé ne discrédite auprès des Arabes la vaccine qu'ils adoptent de plus en plus, et, d'autre part, que cela ne nuise au prestige moral de nos médecins militaires qui ont pu parvenir à leur inspirer à cet égard une grande confiance, si l'on en juge par les nombreux rapports qu'ils envoient chaque année sur les vaccinations qu'ils ont pratiquées. Du reste, il semble aux divers orateurs que les expériences ne sont pas encore assez démonstratives ni complètes pour permettre une expérimentation sur l'homme.

Traitement chirurgical des abcès du foie. — Il y a trois ans M. *Rochard* a préconisé devant l'Académie le traitement que les médecins anglais de Shanghaï emploient pour les abcès du foie : large ouverture de l'abcès, lavage jusqu'à ce que l'eau introduite dans la cavité en sorte pure et enfin pansement de Lister. Il fait connaître à l'Académie deux nouveaux succès obtenus à l'aide de cette méthode, l'un par M. le docteur Solland, sur un homme, à l'hôpital de la marine de Cherbourg, et l'autre par M. le docteur Bernard (de Cannes), chez une jeune fille de dix-huit ans.

M. *Jules Guérin* préfère sa méthode sous-cutanée, en raison de la petite cicatrice qu'elle détermine et il affirme qu'il peut avec l'aspirateur qu'il a inventé il y a trente-cinq ans, obtenir un lavage et une expulsion tout aussi complets qu'avec les instruments qu'on a depuis faits à son imitation.

M. *Rochard* fait remarquer que les progrès de la chirurgie ont appris à ne plus redouter la pénétration de l'air dans les plaies et qu'il est de toute évidence que la large ouverture d'un abcès permettra toujours plus aisément l'évacuation des matières et le nettoyage de la cavité que l'aspiration, aussi complète qu'on peut la supposer.

Absorption par la peau des substances dissoutes dans l'eau. — Au récent Congrès de la Rochelle, M. le docteur *Aubert* (de Lyon) a montré que la plus petite piqûre d'une fine aiguille à coudre suffit à laisser pénétrer une solution de pilocarpine, en quantité très faible, il est vrai, mais suffisante pour provoquer une sudation localisée autour de la piqûre et qu'on peut révéler sur une feuille de papier blanc, où elle forme empreinte, à l'aide d'une solution de nitrate d'argent. De plus, il a constaté que dans quelques cas la friction un peu prolongée sur la peau saine, faite avec le bout du doigt trempé dans une solution de pilocarpine, faisait pénétrer l'alcaloïde et provoquait la sudation en des points où n'existait aucune sudation épidermique apparente. Aussi s'est-il livré à une série d'expériences afin d'étudier la pénétration à travers l'épiderme des substances dissoutes dans l'eau. De ces expériences il conclut que cette pénétration peut se faire à travers l'épiderme, sans érosion extérieure et apparente; mais que sa condition essentielle paraît être une effraction épidermique se produisant dans les gaines, le long de la portion incluse de la tige du poil; en effet, dans les expériences, elle s'est faite exclusivement au niveau des régions pileuses. Toutes les conditions qui favorisent le tiraillement des poils (friction avec la main mouillée ou sèche, volume, résistance et longueur des poils) favorisent également la pénétration; la finesse de la peau et la minceur de l'épiderme constituent plutôt des conditions défavorables, à cause du faible développement des poils dans ces régions ; l'absence des poils est également une condition éminemment défavorable à l'absorption. On conçoit donc la possibilité de faire pénétrer en petite quantité des substances solubles à travers l'épiderme et de se servir de cette voie d'absorption, soit dans le bain, soit en dehors du bain ; mais il faut pour cela, avant ou pendant le contact de la substance dissoute, frotter largement et avec une intensité suffisante, à l'aide de la paume de la main, la surface cutanée, et plus spécialement les régions pileuses ; le seul inconvénient possible de cette pratique serait une inflammation modérée, un peu de rougeur ou de cuisson, localisées au niveau de l'émergence des poils. Enfin, il ne faut pas compter sur le bain simple, même prolongé (deux heures dans l'expérence) pour faire pénétrer la plus minime parcelle d'une substance soluble. — Le mémoire de M. Aubert est renvoyé à l'examen de MM. Hardy, Dujardin-Beaumetz et Fournier.

REVUE DES JOURNAUX

Procédé de mensuration du sens des couleurs, par le docteur Oliver.

Un disque noir perforé, porte une glissière graduée, dans laquelle on introduit des morceaux de carton diversement colorés. Par la rotation rapide du disque combinée avec le glissement des cartons dans la coulisse de ce disque, on peut déterminer la faculté de distinguer chaque couleur d'après l'étendue de la surface colorée qui est exposée à la vue. Une graduation accompagne chacun de ces cartons. On peut par ce procédé exprimer en millimètres et mesurer la faculté chromatique de l'œil. (*Archiv. of Ophth.*, 4 octobre 1881.)

Hernie de l'ovaire, par le docteur Barnes.

Le docteur Barnes a pu faire quelques observations sur la physiologie de l'ovaire, chez une femme de quarante et un ans qui était atteinte depuis l'âge de trente-quatre ans d'une tumeur herniaire du pli inguinal gauche. Cette tumeur était douloureuse à la palpation, surtout au moment des époques menstruelles et augmentait même alors de volume.

L'ablation de l'ovaire fut pratiquée. Dans la discussion à laquelle cette communication a donné lieu devant la Société royale de médecine de Londres, dans la séance du 24 janvier 1882, on a fait remarquer que la compression de l'ovaire donne lieu à des nausées et à de l'éréthisme génital, et que souvent la hernie ovarique précède celle de l'utérus. Quelquefois le péritoine forme un sac autour de cette hernie, et en général la trompe accompagne l'ovaire. Ces tumeurs sont le plus souvent irréductibles et constituées par l'ovaire gauche, parce que le ligament rond gauche serait moins résistant que le ligament rond du côté droit. (*Brit. medical Journal*, 28 janvier 1882.)

De la formation du pus, par le docteur Van Buren.

La théorie pathogénique du docteur Van Buren possède des partisans nombreux en Amérique, bien qu'elle ne possède pas le mérite de l'originalité.

D'après l'auteur, l'irritation produite par les traumatismes ou les altérations des tissus provoquerait un afflux de sang dans les capillaires des régions malades. A travers les parois de ces vaisseaux encombrés, le liquide transsuderait et s'accumulerait dans les mailles des tissus voisins.

De là, une prolifération abondante de globules blancs qui par leur réunion constitueraient les foyers purulents et les abcès. Ces phénomènes successifs donneraient lieu à la douleur, à l'hyperthermie locale, à la tuméfaction et à la rougeur. Enfin, la fièvre qui est plus ou moins constante, est l'indice de troubles généraux résultant de ces phénomènes pathologiques. (*The Detroit Lancet*, avril 1882, p. 463.)

De l'albuminurie passagère chez les enfants et les adolescents, dans l'état de santé, par M. le docteur Kinnicutt.

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes : 1° l'albuminurie transitoire peut résulter de l'accumulation des matières non oxydées dans la circulation; 2° elle peut provenir de troubles généraux du système nerveux ou bien de troubles locaux vaso-moteurs du système circulatoire rénal, donnant lieu à une élimination surabondante de substances alimentaires mal digérées; 3° enfin elle est quelquefois la conséquence d'une dilatation passagère des vaisseaux sanguins du rein, d'un retard de la circulation dans les glomérules ou d'une altération temporaire de l'épithélium glomérulaire. Ce mémoire est riche en indications bibliographiques, et contient un certain nombre d'observations inédites. (*Archives of medicine*, février 1882, p. 58.)

Recherches anatomiques sur l'épithélium rénal, par le docteur Mallard.

Cet important mémoire termine par les conclusions suivantes :

1° Les bâtonnets découverts par Heidenhain dans l'épithélium de quelques tubes urinifères ne sont autres que des fragments du réticulum qu'on rencontre dans tout épithélium.

2° Le rapport entre ces bâtonnets et les autres portions du réticulum varie beaucoup; les variétés sont sans doute en rapport avec ces diverses périodes des actes sécrétoires.

3° Une sorte d'endothélium très mince sert de support aux cellules épithéliales des tubes urinifères et est située audessous de ce réticulum. Dans les néphrites cet endothélium augmente d'épaisseur et dans la néphrite catarrhale et croupale, il recouvre les tubuli après la chute ou la destruction de l'épithélium. Les fragments enveloppent les cylindres dans la néphrite croupale, alors que les cellules épithéliales ont disparu par la formation de ces cylindres. (*The New-York med. Journal*, juin 1882, p. 601.)

Des difficultés du diagnostic et du manuel opératoire de l'ovariotomie, par le docteur Engelmann (de Saint-Louis).

L'auteur insiste sur les points suivants du manuel opératoire : 1° entrer dans le péritoine par l'angle supérieur de l'incision abdominale; 2° maintenir l'union des bords de la plaie par des points de suture pendant toute la durée de l'opération; 3° lier tous les vaisseaux qui donnent du sang avec la soie fine. L'auteur n'admet pas la nécessité de toutes les précautions indiquées par Lister. A son avis la propreté est plus utile que l'acide phénique. Il évite même de mettre ce dernier en contact avec le péritoine et de plonger les instruments, les éponges et les pièces de pansement dans l'eau phéniquée. Enfin l'opération doit être précoce. Elle aura d'autant plus de chances de réussite que l'état général sera meilleur et le volume de la tumeur moins grand. (*American Journal of the med. science*, avril 1882.)

De la réunion des nerfs par la suture, par le docteur L. Parker.

Cette question a fait l'objet du discours d'ouverture du Congrès annuel de l'Association médicale de la Caroline du Sud, le 25 avril dernier. L'auteur a analysé tous les cas de cicatrisation nerveuse qu'il a pu réunir, c'est-à-dire vingt-trois cas dans lesquels la cicatrisation a été obtenue deux fois par simple apposition, et vingt et une fois par suture.

Six fois la réunion fut obtenue par première intention, et quinze fois par deuxième intention. Dans les cas de cicatrisation par première intention, deux fois le succès fut complet, deux fois, il fut partiel; deux fois le retour des fonctions ne fut pas observé. La cicatrisation par seconde intention fut suivie : six fois du retour de la motilité et de la sensibilité ; trois fois du retour de la sensibilité seulement et six fois de la perte complète des fonctions. Cinq fois on avait suturé la gaine et trois fois la substance nerveuse. L'opération avait été faite à des époques variant entre un et neuf mois après la blessure. Le succès de l'opération dépend, d'après M. Parker, de l'état d'atrophie des extrémités nerveuses, de la longueur du bout qu'on doit réséquer, de l'atrophie du névrilème, de la névrite ou de la sclérose du tronc ou des filets nerveux ; du procédé de suture et enfin du degré de suppuration. (*The medical News*, 13 mai 1882.)

De la dysménorrhée; recherches sur la pathogénie de la dysménorrhée de cause mécanique, par le docteur Palmer.

Malgré l'opinion d'Emmet, il faut reconnaître que normalement la menstruation se produit sans douleur. Simpson admet que des obstacles à la menstruation peuvent être la cause de la douleur. Sims en fait une loi absolue, Thomas place l'origine de ces douleurs dans l'utérus, les ovaires ou les tissus pelviens. Bornes, Grailly, Helvitt attribuent la dysménorrhée à une cause mécanique; mais Atthill, Duncan,

rejettent cette opinion, et surtout Emmett qui place son origine dans un trouble de nutrition de l'utérus.

Les sténoses acquises ou congénitales du canal utérin produisent fréquemment de la dysménorrhée qui est alors améliorée par la dilatation et l'incision du col. Les douleurs qui en résultent sont comparables aux douleurs expulsives de l'accouchement. Toutefois, cette doctrine pathogénique n'est pas absolue, car il est des cas dans lesquels la sténose disparaît par l'opération, tandis que la dysménorrhée persiste. De plus enfin il est des cas fréquents où ce dernier syndrome existe sans lésions anatomiques du col utérin. (*Cincinnati Lancet*, 8 avril 1882.)

Du traitement abortif des bubons par l'acide phénique, par le docteur MORSE K. TAYLOR, U. S. Army.

Dans vingt cas d'adénites dont l'auteur donne les observations, les résultats ont été satisfaisants. Depuis douze ans, le docteur Taylor a traité avec succès par ce procédé cent cinquante cas d'adénites spécifiques ou non spécifiques. Quand le pus n'était pas encore formé, l'injection phéniquée arrêtait le processus morbide et en quelques minutes diminuait la douleur. Ce procédé consiste à injecter quelques gouttes de solution phéniquée dans l'épaisseur de la glande malade. (*The Amer. Journ. of the med. science*, avril 1882.)

Résultats de l'examen de l'ouïe et de l'oreille de 5905 enfants des écoles, par le docteur E. WEAL.

En comparant les résultats de cet examen dans des séries d'enfants de divers âges, l'auteur a reconnu que la surdité est beaucoup plus rare chez les très jeunes enfants que chez les plus âgés. Elle augmente donc de fréquence dans les statistiques avec l'âge des enfants. Aussi, dans les écoles, beaucoup d'élèves seraient considérés comme manquant d'attention, qui en réalité n'entendent pas. On peut vérifier le fait par l'examen de l'audition et par l'exploration de l'oreille. (*Archives of Otology*, XI, 1, 1882, et *London med. Rep.*, 15 juillet 1882.)

De la nutrition de la cornée, par M. PFLUGER.

L'auteur démontre que le processus nutritif de la cornée est dirigé de la périphérie vers le centre. De plus cette nutrition ne se fait pas par l'humeur aqueuse, mais aux dépens des tissus voisins, c'est-à-dire de la sclérotique pour les couches profondes et de la conjonctive pour les couches superficielles de la cornée. Ce courant nutritif serait centripète, car dans la cornée on n'aurait pas pu constater l'existence d'un courant centrifuge. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, mars 1882, et *London med. Record*, 15 juin 1882.)

De l'hyperthermie dans le rhumatisme, par le docteur COUPLAND.

Dans son rapport à la Société clinique de Londres, le docteur Coupland a constaté que l'hyperthermie dans le cours du rhumathisme aigu, est plus fréquente durant le printemps et l'été que durant l'hiver, et est plus marquée pendant les premières attaques de la fièvre rhumatismale. Cette hyperpyrexie accompagne les complications cardiaques, mais n'est pas toujours consécutive à la disparition subite des symptômes articulaires. Le début de cette période est variable et la mort, quand elle termine les accidents, apparaît dans le cours de la deuxième et de la troisième semaine. Enfin le docteur Coupland et partisan contre ces complications de l'emploi des bains froids et de la glace à l'intérieur et à l'extérieur. (*The Lancet*, juin 1882.)

Travaux à consulter.

LA SUTURE DES NERFS, par M. BUSCH. — Plaidoyer chaleureux en faveur de cette opération, même dans les cas compliqués ou anciens, même dans les cas où une première opération n'a pas fourni le résultat désiré. Deux belles observations cliniques. (*Archiv für klin. Chir.*, t. XXVII.)

UN CAS RARE DE MUTILATION VOLONTAIRE, par M. THIERSCH. — Il s'agit d'un homme de trente-six ans agissant sous l'influence d'idées érotiques et religieuses. Dans l'espace de quatre années, il s'ouvrit deux fois l'abdomen avec un mauvais couteau de poche : il fallut faire la reposition de l'intestin, une autre fois reséquer une partie de l'épiploon. Il enleva lui-même le testicule droit, fit la suture au fil de cordonnier, et guérit très bien. Il extirpa plus tard le testicule gauche; mais le cordon ayant remonté dans l'abdomen, il fallut avoir recours aux soins des chirurgiens, il guérit encore parfaitement. Aujourd'hui il se dit parfaitement heureux et libre de toute tentation. (*Archives de Langenbeck*, t. XXVII.)

DES MODIFICATIONS HISTOLOGIQUES DU CERVEAU DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE, DANS LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE ET DANS L'INFLAMMATION TRAUMATIQUE, par M. POPOFF. — L'auteur confirme absolument ses recherches précédentes : les lésions sont dues à la pénétration d'un organisme étranger. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXVII.)

DES MODIFICATIONS HISTOLOGIQUES DES GLANDES SALIVAIRES DANS LA RAGE, par M. ELSENBERG. — Observations sur l'homme et les animaux. Les résultats sont assez semblables à ceux qui ont été publiés par Nepveu. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXVII.)

EXTIRPATION D'UNE LOUPE CHEZ UN HÉMOPHYLE, par M. THIERSCH. — Observation remarquable qui prouve une fois de plus combien il est dangereux de pratiquer une minime opération de complaisance chez les hémophyles, qui démontre encore que les nouvelles méthodes de pansement sont aussi impuissantes que les anciennes à arrêter le sang en pareil cas. (*Archives de Langenbeck*, t. XXVII.)

EXISTE-T-IL DES SUPPURATIONS INDÉPENDANTES DE LA PRÉSENCE DES MICROBES, par M. USKOFF. — L'auteur pense que oui. Il a fait des expériences sur des chiens auxquels il injectait sous la peau, avec les précautions d'usage, des liquides de nature diverse : eau distillée, lait, huile d'olive, térébenthine, pus. Les résultats sont confus; dans la grande majorité des cas, même lorsque l'on injectait de l'eau distillée (simplement bouillie), on constatait la présence de micrococcus ou de bactéries, ce qui démontre que les expériences n'ont pas été faites avec la rigueur désirable. (*Archives de Virchow*, t. LXXXVI.)

DE LA DIVISION DU NOYAU DANS LA PROLIFÉRATION CELLULAIRE, par M. MARTIN. — Dans un cas de carcinome de la mamelle à marche remarquablement rapide, le noyau était divisé par des lignes finement pointillées en trois à quatre et même six portions différentes. La possibilité de la division du noyau en plus de deux nucléoles ayant été contestée, cette observation est intéressante. (*Archives de Virchow*, t. LXXXVI.)

NOTE SUR UNE LÉSION MÉDULLAIRE SPÉCIALE AUX ALCOOLIQUES, par M. FISCHER. — Longue exposition d'un cas d'alcoolisme compliqué d'une myélite subaiguë des colonnes grises antérieures; pas d'autopsie. Discussion des opinions de M. Huss, Leudet, Wills, sur la participation du système cérébro-spinal à l'intoxication alcoolique. (*Archiv für Psychiatrie*, t. XIII, p. 1.)

UN CAS D'HYPNOTISME SPONTANÉ, par M. DROSDOW. — Cas remarquable recueilli à Saint-Pétersbourg à la clinique de Manasseïn. Voici les conclusions : 1° l'hypnotisme avec toutes ses complications peut se rencontrer même dans la classe ouvrière (dans le cas particulier il s'agissait d'un apprenti de seize ans); 2° comme cause prédisposante, il faut citer les séances d'hypnotisme elles-mêmes, les irritations longues et chroniques du système nerveux, les chagrins, les contrariétés, l'action du froid sur un organisme surexcité; 3° l'hypnotisme peut frapper des districts isolés du système nerveux central; 4° la maladie hypnotique est d'ordinaire une affection des centres nerveux, quoique ses symptômes puissent être consécutifs à une irritation périphérique

transitoire; 5° jusqu'ici nous ne possédons pas assez de faits scientifiques pour fonder une théorie de l'hypnotisme. (*Archiv für Psych*, t. XIII, p. 250.)

Des altérations du système nerveux central (spécialement la moelle) dans l'ergotisme, par M. F. Tuczek. — Une petite épidémie qui régna en 1879 dans le district de Frankenberg (Hesse) motiva l'entrée d'une trentaine de malades à l'hôpital de Marburg. Tous ces malades et beaucoup d'autres, vus à la polyclinique, présentèrent, outre les symptômes connus de la raphanie, ceux d'une lésion des cordons postérieurs de la moelle. Quatre fois l'autopsie mit hors de doute l'existence de cette lésion, qui ne se différenciait de la sclérose fasciculée postérieure du *tabes dorsalis* que par sa *marche rapide*, et, par suite, par l'absence de rétraction du tissu sclérosé. (*Archiv für Psychiatrie*, t. XIII, p. 99.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons d'hygiène infantile, par J.-B. Fonssagrives, ancien professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, 1 vol. in-8°. — Paris, 1882, A. Delahaye et Lecrosnier.

Nous laissions entrevoir, il y a peu de mois, un accroissement de la collection déjà si riche des ouvrages dus à la plume de M. Fonssagrives. L'événement ne s'est pas fait attendre : voici un nouveau volume de plus de 600 pages in-8°. Et puisque nous avons été si bon prophète, nous n'hésitons pas, sans être pourtant dans le secret des.... professeurs retraités, à promettre que ces leçons consacrées à l'hygiène de l'enfance auront, sans beaucoup tarder, leur analogie dans un ouvrage sur l'hygiène de la vieillesse. Nous verrons bien.

Ce sont des leçons, en effet, qui composent ce nouveau livre ; elles ont été professées à la Faculté de médecine de Montpellier. A quelle date? L'auteur ne le dit pas, et l'on voit bien pourquoi. La science marche vite ou, quand elle ne marche pas précisément, augmente rapidement son bagage. Or, le professeur est retraité depuis plusieurs années, et le livre est d'aujourd'hui ; il a été mis, comme en avertit d'ailleurs la préface, « au courant des progrès les plus récents de l'hygiène de l'enfance », et aucune indication ne permet d'y distinguer ce qui appartient réellement au cours de ce qui est venu plus tard de la plume. Une date quelconque assignée à ce cours eût donc été un anachronisme. A notre sens, l'auteur a pris le meilleur parti. A des *crochets* sans nombre, séparant du texte primitif les ajoutés, comme on dit en typographie, et rompant à chaque instant l'enchaînement des idées et la suite de l'exposition, il a préféré la libre allure qu'il aurait pu donner à ses leçons s'il avait eu à les recommencer en 1882.

Un autre caractère du livre, signalé par l'auteur lui-même, et qui est frappant, c'est que la forme en est très différente de celle de la plupart de ses aînés dans l'ordre de l'hygiène. Ceux-ci étant des ouvrages de vulgarisation destinés surtout aux familles, on s'était efforcé d'en bannir tout ce qui était technique, tandis que, dans les *Leçons d'hygiène infantile*, destinées aux médecins, la méthode, la langue, le style sont ceux de la science la plus sévère et la plus avancée. Aussi la première impression qu'on ressent en les parcourant, c'est celle d'une supériorité marquée sur les publications précédentes. Mais, en réalité, cette supériorité est relative. Elle tient au genre. Les écrits destinés à vulgariser les notions d'hygiène ont atteint leur but auprès des familles tout aussi bien que celui-ci, d'un caractère tout scientifique, atteindra le sien auprès des médecins.

A la qualité spéciale qui vient d'être indiquée, s'en rattache une autre que ne comporte pas aussi aisément un travail de simple vulgarisation ; c'est l'originalité. On a plus l'occasion de mettre sur son œuvre le sceau de ses observations personnelles, de son expérience, de son jugement, de ses doctrines, quand, au lieu d'extraire d'un sujet ce qui peut convenir à la culture intellectuelle du public, dont il faut encore consulter les habitudes de langage, on creuse et l'on traite à fond les questions scientifiques dans le langage de la science. On fait cette remarque dès les deux premières leçons, dont l'une a pour titre : *Physiologie et spécialisation sexuelle de l'enfance*, et l'autre : *Le budget de la vie infantile*. M. Fonssagrives y définit et y circonscrit le terrain tout particulier sur lequel va être portée l'étude de l'hygiène. On voit qu'il a fortement senti combien est puissante l'influence de la modalité vitale sur les actions de milieu qui sont la condition d'existence et de santé de l'organisme. C'est justement sur l'enfant que ces actions ont le plus de prise. Comme il le dit très bien, s'il n'y a pas de tempérament infantile à proprement parler, on peut affirmer qu'il existe entre les enfants, à ce point de vue, « une homogénéité de formule organique qui va s'affaiblissant de plus en plus à mesure qu'ils s'éloignent de la naissance, et qui va aboutir à la diversité des tempéraments classiques ». Lymphatisme et nervosité, voilà ce qui, de ces tempéraments divers, apparaît chez la presque totalité des êtres humains dans les premières années de la vie. Poids du cœur, activité de la circulation et composition du sang; respiration et température organique ; énergie des actes nutritifs, développement et poids du cerveau et de la moelle ; degré et forme de la proclivité morbide ; morbidité et mortalité ; fréquence des maladies dans les divers appareils, analogies et différences ; type physiologique, hygide et morbide dans les deux sexes ; proportion numérique des enfants ; natalité absolue et natalité proportionnelle ; natalité proportionnelle des deux sexes ; répartition de la population infantile entre le milieu rural et le milieu urbain, et entre les diverses catégories sociales, etc., etc. Tout ce vestibule de son sujet, l'auteur le parcourt d'un pas rapide et sûr, et il en fait un tableau aussi attachant qu'instructif, où le praticien se révèle plus encore que l'érudit.

C'est après avoir ainsi appris, en une trentaine de pages, à bien connaître ce petit être à la structure délicate, aux chairs blêmes, au système nerveux prédominant, prédisposé surtout aux maladies du cerveau, du système digestif, de la peau, des organes respiratoires ; et après avoir déterminé la place qu'il occupe dans l'humanité et la part qu'il prend aux vicissitudes de la population, que l'auteur pénètre dans l'étude de toutes les conditions cosmologiques, sociales, organiques, qui sont susceptibles d'agir en bien ou en mal sur la santé de l'enfant, et qui peuvent servir de thème à une prophylaxie sanitaire. Ces conditions, il les examine d'abord chez le nouveau-né, en commençant à l'instant même où celui-ci subit la révolution physiologique inhérente à la naissance et reçoit pour la première fois l'impression des agents extérieurs. Ici se présente l'action nocive du froid avec son influence sur la production de la bronchite, du sclérème, du trismus, de l'ictère ; la terrible inanition, le traumatisme ombilical, etc. Viennent ensuite les graves questions, plus sociales que médicales, soulevées par l'illégitimité et l'abandon des enfants : aussi proportion des naissances illégitimes ; rapport de l'intensité du célibat avec celle de la natalité illégitime, décadence consécutive de la race, etc. ; puis la question capitale de la nourriture de l'enfant, à laquelle tant d'autres viennent se relier, et qui est l'objet perpétuel des discussions de la presse, des académies, des sociétés savantes, et une des préoccupations les plus constantes de l'administration de l'Assistance publique. M. Fonssagrives est un partisan « enthousiaste » de l'allaitement maternel; je ne dis pas par le lait de femme, mais par le lait de celle qui a mis l'enfant au monde. Il considère ce lait comme étant, suivant l'expression de Galien, plus *en conformité de nature* que le lait d'une étrangère. C'est une vue de l'esprit, difficile à démontrer, contestée par bien des accoucheurs, mais dont on conçoit bien qu'on se préoccupe. Ce qui n'est pas douteux, c'est l'avantage d'assurer au nouveau-né cette sollicitude mater-

nelle dont Rousseau disait qu'elle *ne se supplée point* — une belle maxime que M. Fonssagrives voudrait voir inscrite sur les berceaux. La mère exceptée, et il faut bien l'écarter quand la mauvaise santé, les nécessités de la vie ouvrière ou d'autres circonstances la rendent impropre à la fonction de nourrice, il range ainsi, dans l'ordre de ses préférences, les divers modes d'allaitement : 1° allaitement par une femme étrangère au domicile maternel ; 2° le biberon conduit par une femme expérimentée ; 3° la nourrice en ville ; 4° la nourrice à la campagne, loin de la famille. C'est donner, comme on le voit, un beau rôle au biberon. Le motif de cette faveur est que l'auteur partage l'opinion, aujourd'hui très répandue, et que M. Tarnier exprimait encore tout récemment à l'Académie de médecine, qu'une grande partie des inconvénients, du danger même du biberon est moins due au mode de nourriture qu'au mauvais maniement et au mauvais entretien de l'instrument, lesquels exposent l'enfant à ingurgiter de l'air, du lait acide ou putréfié. Quant au genre de lait à employer, l'auteur donne en général, après le lait de femme, la préférence au lait d'ânesse, tant recommandé dans ces derniers temps par M. Parrot. Il n'est pas d'ailleurs (ou, à la date de ses leçons, il n'était pas) pour rien habitant de ce Midi où le lait d'ânesse est particulièrement en honneur dans la pratique médicale ; et l'on n'ignore pas que lui-même l'a beaucoup vanté aussi bien pour l'allaitement des nouveau-nés que pour la cure des maladies.

Nous indiquons en courant quelques traits de cette longue étude de la nourriture du premier âge qui, avec celle des maladies produites par un allaitement vicieux et notamment de l'athrepsie, ne remplit pas moins de quatre leçons, une cinquième étant consacrée au sevrage et à la nourriture de la seconde enfance. Ce n'est pas que nous trouvions cette étude trop étendue ; elle est succincte par rapport à la multiplicité des questions qu'elle embrasse ; nous l'aurions même voulue complétée par quelques considérations sur l'opportunité de ces étables et ces nourrisseries réclamées en ce moment avec tant d'instance pour les besoins de l'allaitement artificiel, ne rencontrant plus guère, il est vrai, d'opposition quant à la mesure en elle-même, mais donnant lieu à de nombreuses dissidences quant aux détails de l'installation.

Un chapitre que nous avons lu avec un intérêt particulier est celui qui traite de l'évolution dentaire. On sait que plusieurs praticiens, mais surtout un docteur voué à la pratique de l'art dentaire, M. Magitot, cherche à ébranler la tradition antique des *maladies de dentition*. Sans contester les exagérations auxquelles s'abandonnent parfois sous ce rapport certains médecins et à peu près toutes les mères, M. Fonssagrives s'élève contre l'exagération inverse, qui va jusqu'à supprimer toute la pathologie de l'évolution dentaire. Cette pathologie spéciale, on verrait qu'elle existe réellement rien qu'à la description qui en est ici donnée. L'entérite, la toux, la diarrhée, l'éclampsie, etc., sont considérées dans leur rapport étiologique avec l'évolution dentaire en général, sans distinction précise d'époques ; peut-être eût-il été bon de s'arrêter spécialement aux accidents de la dentition de cinq ans, dont l'influence, plus sourde que celle de la première dentition, est souvent méconnue par les praticiens ; elle se traduit d'ordinaire par une langueur générale, le défaut d'appétit, l'amaigrissement, la céphalalgie, un peu de fièvre quelquefois, très rarement la diarrhée ou des éruptions cutanées.

L'ouvrage se compose de vingt-sept leçons. C'est dire qu'il nous serait impossible de les passer toutes en revue. On voudra donc bien se contenter de savoir que celles dont nous n'avons rien dit jusqu'ici sont relatives : à la croissance et aux déviations ; au sommeil et à l'insomnie ; à l'hygiène de la vue, à l'orthomorphie, au maintien et aux attitudes vicieuses, aux vices de la voix et à l'orthophonie, à l'onanisme, aux accidents (chutes, brûlures, déglutition de pièces de monnaie, d'épingles, etc.), aux principes de la gymnastique éducative ; aux méthodes et procédés gymnastiques, aux exercices et jeux, à l'éradication des germes d'hérédité morbide (trois leçons), à la prophylaxie de la rougeole, de la diphthérie, à la préservation variolique, enfin à la prophylaxie de la syphilis des nouveau-nés.

Voilà un programme passablement compréhensif ; l'auteur le remplit partout avec la même entente des questions, la même abondance d'aperçus, le même style élégant et correct. C'est donner un bon exemple que d'apporter dans l'enseignement officiel le zèle, le soin, la conscience dont témoigne cet ensemble de leçons. Si l'on ajoute à ces qualités le grand savoir qui les rend plus profitables, et l'art professoral qui les fait mieux goûter, on se croit en droit d'affirmer, sans le savoir autrement, qu'un tel cours a reçu toutes les faveurs et excité la vive sympathie des élèves de Montpellier.

A. Dechambre.

Index bibliographique.

La circoncision est-elle utile? par le docteur Fernand Castelain, chargé de cours à la Faculté de médecine de Lille. 1 vol. in-8°. — Alex. Coccoz.

Après d'intéressantes considérations sur l'origine de la circoncision juive, sur sa signification ethnique, religieuse, hygiénique, l'auteur passe en revue les avantages de la circoncision dans divers états pathologiques propres à l'enfance, à l'adolescence, à la virilité, à la vieillesse (calculs sous-préputiaux, rétention d'urine, incontinence, onanisme, balano-posthite, stérilité, herpès préputial, cancer du prépuce, œdème du prépuce, chancre, etc. Puis il décrit divers procédés employés pour l'opération, et arrive à cette conclusion que, tant au point de vue hygiénique que comme moyen préventif de l'onanisme, la pratique de la circoncision doit être généralisée ; il invite même les Sociétés d'hygiène à prendre en main la cause de cette réforme. L'opération devrait être faite entre sept et neuf ans, et, en attendant qu'elle passe dans la coutume, il serait du devoir du médecin de la pratiquer chez toute personne qui viendrait le lui demander.

Affections oculaires chez les gens de la campagne, par le docteur G. Martin. Brochure in-8° de 16 pages. — Paris, 1882. A. Delahaye et Lecrosnier.

L'auteur note la fréquence, chez les cultivateurs et autres habitants de la campagne exposés aux poussières, du ptérygion, de l'ulcère cornéen, des affections des voies lacrymales ; il note l'influence du froid, de la chaleur, de la réverbération du sol ; mais l'intérêt de son mémoire est presque tout entier dans le chapitre consacré à la *kératite des moissonneurs*, que quelques ophthalmologues attribuent à la présence de débris de barbes d'épis. L'auteur avait déjà combattu cette opinion au congrès médical d'Amsterdam, à l'aide d'une statistique de 196 cas de traumatisme oculaire chez les moissonneurs, et montrant que l'introduction de débris de barbes d'épis dans l'œil avait peu d'inconvénients, tandis que la kératite était presque toujours la conséquence du mauvais état des voies lacrymales. Depuis cette époque, il a observé la kératite chez 35 moissonneurs, dont 28 étaient atteints d'affection gênant le cours des larmes.

Du vaccin de génisse : étude comparative du vaccin animal et du vaccin humain, par le docteur Claudo, vaccinateur de la ville de Nice. Brochure in-8° de 109 pages. — Paris, 1882. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

C'est le mémoire qui a reçu, en 1879, une médaille d'or à l'Académie de médecine. Les éléments fournis par la pratique de l'auteur ne sont pas très considérables ; mais ils sont très favorables à la vaccine animale. Ainsi, sur 1244 vaccinations ou revaccinations faites avec le cowpox, du 1er janvier au 31 décembre 1879, il a pu suivre le résultat chez 569 individus : sur 112 *vaccinations*, 107 succès et 5 insuccès. En outre, dans les cas où la vaccination a été faite comparativement avec le vaccin d'enfant et le vaccin de

génisse, celui-ci a donné presque toujours de plus beaux résultats, quoiqu'il ne prémunisse pas absolument contre certains accidents locaux, tels que l'inflammation de la peau, l'ulcération des pustules, l'engorgement glandulaire, etc. : sur 457 *revaccinations*, 173 succès, 77 fausses vaccines, 207 insuccès. La proportion des réussites s'élève donc ici au-dessus du tiers (ordinairement obtenu avec le vaccin humain) et atteint presque la moitié.

Tels sont les résultats des expériences faites par l'auteur. On trouvera dans son mémoire un exposé des statistiques produites en différents pays, et particulièrement en Italie. Les conséquences qu'il en déduit sont favorables à la vaccination animale; néanmoins, ajoute-t-il, « le temps seul, des études suivies, des expériences en grand nombre, une longue série d'observations faites avec méthode sur une vaste échelle et par un grand nombre de vaccinateurs » peuvent établir la supériorité du vaccin de génisse.

Obstetrical transactions for 1881, vol. XXIII. — London, Longmans, Green and C°.

Ce XXIII° volume est particulièrement riche en travaux intéressants dont la liste serait trop longue. Nous citerons seulement les mémoires relatifs à des cas d'ovariotomie double (Lediard), d'extirpation de l'utérus (T. Chambers), d'accouchement dans un cas d'utérus et de vagin double (M. Duncan et Braxton Hicks), de dystocie par cloison verticale du vagin (Braxton Hicks), de *missed labour*, ou accouchement manquant par suite de la rétention du fœtus, mort ou vivant, dans l'utérus au delà du terme (R. Barnes); d'accouchement par un vagin imperforé (Heywood Smith), de grossesse fallopienne (Hopcroft et Duncan), d'adhérence des méninges du fœtus au placenta (J. Bassett), de *phlegmasia dolens* et de varices lymphatiques (M. Duncan), de brièveté du cordon (M. Duncan et Braxton Hicks), etc., etc.

Acide phénique (travaux récents).

Parmi les principaux travaux consacrés dans ces derniers temps à l'étude des propriétés de l'acide phénique et des phénates nous signalerons les suivants qui résument les faits acquis : 1° la thèse de M. Saint Van Oye qui vante l'action antipyrétique de cette substance, thèse basée sur de nombreuses observations et dont la conclusion est qu'il faut réserver ces propriétés pour combattre l'hyperthermie dans les fièvres continues et les accès de fièvre intermittente. Notons que cette conclusion n'est pas d'accord avec celle de M. Glenard (*Lyon médical*, 1881) qui prétend que l'action des bains froids est beaucoup plus efficace; 2° la thèse de M. Royer (thèse de Paris, 1881) qui s'appuie sur des observations tirées de la pratique de MM. Vulpian, Siredey et Bouchard. Il résulte de ces faits que c'est surtout en abaissant la température qu'agit l'acide phénique, et qu'on peut prescrire en lavement l'acide à la dose de 1 gramme et le phénate de soude à celle de 3 grammes; 3° le mémoire de M. Inglesi (thèse de Paris, 1881) qui s'est surtout occupé de l'empoisonnement par l'acide phénique dans son emploi chirurgical. Les accidents se produisent surtout après les injections de solutions fortes dans les plaies cavitaires. Dans la forme grave on constate de la petitesse, du pouls, du coma, de la cyanose, de la mélanurie, de la céphalalgie, des nausées, tous ces accidents peuvent persister sous forme chronique; 4° enfin M. Cafravy (thèse de Paris, 1881) a fait un certain nombre d'expériences dans lesquelles il a constaté les mêmes symptômes d'empoisonnement que nous venons de décrire se terminant par la mort des animaux. Dans une autre série il a pris des animaux à peu près de même force et leur a administré les mêmes doses, mortelles dans les expériences précédentes, mais il a eu soin, soit avant, soit après l'introduction du phénol, de leur administrer du sulfate de soude, les accidents ont été très atténués.

Fragments de clinique médicale; par M. le docteur Fabre. Leçons recueillies par M. le docteur Audibert, 1 vol. in-8° de 220 pages. A. Delahaye et E. Lecrosnier. Paris, 1881.

L'auteur, dans cette publication, a réuni un certain nombre de questions qu'il traite l'une après l'autre sans qu'aucune connexité les relie entre elles, ce sont des sujets qu'on peut étudier séparément. Pour donner une idée nette de la brochure, nous prendrons une étude isolée.

Je choisirai volontiers un sujet essentiellement clinique : « *La chlorose etat névropathique* », sujet peu traité et qui cependant se présente souvent dans la pratique.

Pour l'auteur, ce qui domine dans la chlorose, c'est l'altération du système nerveux, les modifications du sang ne sont que sur le second plan. Dans la chlorose, dit-il, il y a trois facteurs : l'anémie globulaire, l'oxygène de l'air servant à la revivification du sang et surtout un trouble du système nerveux chargé de régler l'action des organes d'hématopoïèse; considérer la chlorose comme une simple anémie, c'est s'exposer à prescrire un traitement inefficace, c'est-à-dire se bornant à l'emploi du fer et des toniques. Pour arriver à un résultat définitif il importe d'agir sur les trois facteurs et de ne pas se borner à fournir à l'organisme les matériaux utiles à la réparation des globules; il faut de plus favoriser les conditions d'aération et enfin éviter tout ce qui trouble le système nerveux. Les causes de la chlorose sont, d'après l'auteur, autant de preuves de sa manière de voir, il signale, en effet, en premier lieu l'influence morale qui joue un rôle puissant et incontestable; les travaux intellectuels, les phénomènes nerveux qui se produisent du côté des organes génitaux. Les symptômes de la chlorose, aussi bien que les causes, fait remarquer l'auteur, prouvent jusqu'à l'évidence qu'il s'agit ici d'une affection du système nerveux? Il est donc de la plus haute importance pratique de ne pas perdre de vue ces résultats de l'observation.

Nous ne nous arrêterons pas sur chaque sujet, qu'il suffise de savoir que les étudiants et les jeunes praticiens liront avec fruit ces leçons et en particulier celles consacrées à la diversité d'aspect des artérites et aux surprises du praticien dans les affections de l'abdomen.

Essai expérimental sur le role du tissu osseux après la résection des os dans leur continuité, par Henry Boucher. In-4°, de 60 pages avec planches. Thèse de Nancy n° 138, 1881.

Quand la résection d'un os est pratiquée dans la longueur, dit M. Boucher, la réparation ne se fait pas comme l'ont prétendu Sédillot et Ollier, exclusivement de la périphérie au centre, mais bien de l'extrémité d'un fragment vers l'autre. C'est surtout au moyen d'un tissu embryonnaire qui naît des extrémités séparées que se fait l'ossification nouvelle. Ce tissu est l'agent principal de la résorption du caillot, puis il devient le siège d'une transformation en tissu cartilagineux, osseux et fibreux. Ces transformations s'opèrent des bords de la résection vers le centre du cal fibreux.

Etude clinique de l'accouchement prématuré accidentel suivie de recherches historiques et cliniques sur l'accouchement prématuré artificiel a Lyon, par le docteur G. Vaissettes. — 1881. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Intéressante monographie qui comprend, ainsi que son titre l'indique, deux parties bien distinctes. Dans la première, l'auteur étudie les diverses causes de l'accouchement prématuré accidentel, c'est-à-dire de la parturition spontanée s'effectuant de la fin du septième mois jusqu'au milieu du neuvième. Il range ces causes sous différents chefs : causes locales tenant à la mère ou au fœtus, et causes générales tenant à la grossesse, indépendantes de la grossesse et professionnelles. Il étudie ensuite les phénomènes du travail et de la délivrance, ainsi que les accidents qui parfois les accompagnent pendant le part prématuré; puis il pose les règles de la conduite à tenir pour le médecin, et termine par quelques considérations sur l'état de l'enfant viable et les soins qu'il réclame; il réagit à ce propos contre le préjugé absurde que *le septimestre est plus vital que l'octimestre*. La seconde partie renferme un minutieux historique de l'accouchement prématuré artificiel, et les résultats obtenus par ce procédé dans la pratique lyonnaise, résultats qui impliquent une léthalité bien plus considérable que celle qui incombe à l'accouchement prématuré accidentel.

Des opérations obstétricales, cours professé à l'Université de Liège par le docteur Ad. Wasseige, professeur à la Faculté de médecine. — 1881. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Excellent ouvrage de plus de 400 pages, et renfermant un grand nombre de figures. Ces leçons, faites dans un esprit éminemment pratique, contiennent : 1° les opérations d'exploration; 2° les opérations à exécuter avant l'accouchement; 3° l'extraction du fœtus par les voies naturelles; 4° l'embryotomie; 5° l'extraction par des voies artificielles; 6° les opérations exécutées après l'expulsion du fœtus. C'est un livre précieux à consulter pour tous ceux qui s'intéressent aux pratiques obstétricales et à la science des accouchements.

VARIÉTÉS

Nécrologie : Brochard. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. Brochard, rédacteur en chef du *Journal des Mères*, dont le nom est si étroitement lié à la question de l'allaitement maternel et de la mortalité des nourrissons. M. Brochard, qui pratiquait en province, avait abandonné sa clientèle pour venir à Paris faire une propagande en faveur de l'hygiène des nouveau-nés et de l'éducation des enfants.

— M. le docteur Dorin, qui vient de mourir à Châlons-sur-Marne, était, sinon le doyen, du moins l'un des vétérans des médecins de France. Il était sur le point d'atteindre sa quatre-vingt-quatorzième année. Il a légué sa bibliothèque à sa ville natale.

— On annonce la mort, en France, de MM. les docteurs Chapotel (à Choisy-le-Roi); — Bergiat (à Beaurepaire); — Bernardet (à Barsac); — Guillemette (à Villers-Marmery); — Guérineau, directeur de l'Ecole de médecine de Poitiers; — enfin, M. Concato, professeur de clinique médicale à la Faculté de Turin, a succombé dernièrement à un œdème de la glotte.

— On annonce aussi, de Gœttingue, la mort du chimiste Wœhler, à qui l'on doit la découverte de l'aluminium. Il était né à Francfort-sur-le-Mein, en 1800.

Hôpitaux de Paris. — *Amphithéâtre d'anatomie.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 16 octobre, à l'amphithéâtre de l'Administration, rue du Fer-à-Moulin, 17. Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant : 1° *Anatomie topographique :* M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et les vendredis; 2° *physiologie :* M. le docteur Quenu, prosecteur, les mercredis et samedis; 3° *anatomie descriptive :* M. le docteur Le Bec, prosecteur, les mardis et jeudis; 4° *histologie :* M. A. Siredey, chef du laboratoire, les mardis et vendredis, *à deux heures.* Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques. — Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

Hospices civils de Marseille. — Un concours sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Marseille le lundi 4 décembre 1882, à huit heures du matin, pour la nomination à trois places d'élèves internes.

Un second concours s'ouvrira le lundi 18 décembre 1882, à trois heures de l'après-midi, au même hôpital, pour la nomination à six places d'élèves externes.

Fièvre jaune. — Les nouvelles du Sénégal nous font savoir que la fièvre jaune n'a frappé jusqu'à présent que le second arrondissement de la colonie dont Gorée est le chef-lieu. Le premier arrondissement, ainsi que Saint-Louis, la capitale, sont restés indemnes. Néanmoins, par suite de la constatation d'un cas douteux, à Rufisque, et d'un autre cas à Dakar, suivi de mort, le second arrondissement tout entier a été mis en quarantaine.

École de médecine de Clermont-Ferrand. — Par arrêté en date du 7 septembre 1882, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle sera ouvert le 12 mars 1883 à l'École préparatoire de Clermont-Ferrand. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Mortalité a Paris (39e semaine, du vendredi 22 au jeudi 28 septembre 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 941, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 57. — Variole, 3. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 1. — Diphthérie, croup, 19. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 45.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 194. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 57. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 49. — Bronchite aiguë, 19. — Pneumonie, 38. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 73; au sein et mixte, 41; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 76; de l'appareil circulatoire, 61; de l'appareil respiratoire, 65; de l'appareil digestif, 45; de l'appareil génito-urinaire, 19; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 5.

Conclusions de la 39e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1218 naissances et 941 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient 1006, 934, 991, 932. Le chiffre de 941 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir une atténuation pour la diphthérie (19 décès au lieu de 40 pendant la 38e semaine); la variole (3 au lieu de 6), la rougeole (6 au lieu de 8), la coqueluche (1 au lieu de 4). Il y a eu plus de décès par fièvre typhoïde (57 au lieu de 53) et par érysipèle (5 au lieu de 2). Les décès par infection puerpérale (5) ont atteint le même chiffre que pendant la précédente semaine. En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la fièvre typhoïde (213 malades reçus du 18 au 24 septembre au lieu de 233 entrés pendant les sept jours précédents) et pour la diphthérie (29 au lieu de 34). Il y a eu 14 malades admis pour cause de variole; le même nombre avait été relaté dans le dernier bulletin.

Dr Bertillon,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Des déviations des arcades dentaires, prothèse et traitement rationnel, par M. le docteur G. Gaillard. 1 vol. grand in-8, avec 80 figures dans le texte dessinées d'après nature. Paris, O. Doin. 8 fr.

De l'épithélioma primitif de la rate. Hypertrophie idiopathique de la rate sans leucémie, par M. le docteur Ernest Gaucher. In-8 de 30 pages avec figures dans le texte. Paris, O. Doin. 2 fr.

Du suicide dans l'armée. Étude statistique, étiologique et prophylactique, par M. le docteur Mesnier. In-8 de 123 pages. Paris, O. Doin. 3 fr. 80

Du climat de Nice et de ses indications et contre-indications en général, par M. le docteur Barély. 1 vol. in-8 de 128 pages, avec le plan topographique du bassin de Nice. Paris, O. Doin. 3 fr.

Étude clinique de la syphilis du cerveau, cas graves, curabilité, par M. le docteur Bernheim. In-8 de 88 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.

Manuel de dissection des régions et des nerfs précédé d'un *Guide de l'anatomiste à l'amphithéâtre*, par M. le docteur Ch. Auffret. 1 beau vol. in-18, cartonné diamant, de 500 pages, avec 59 figures originales dans le texte, exécutées d'après la préparation de l'auteur. Paris, O. Doin. 7 fr.

Le furoncle de l'oreille et la furonclose, par M. le docteur Lœwenberg. Brochure in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

Médecine vieille et médecine nouvelle. Introduction au cours de thérapeutique avec une préface pour l'édition française, par M. le docteur Mariano Semmola, traduction de M. le docteur L. Girard. In-8 de 109 pages. Paris, J. B. Baillière et fils. 2 fr. 50

Essai sur la pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac, par M. le docteur Galliard, In-8 de 50 pages. Paris, O. Doin. 2 fr.

Marche de la paralysie générale chez les alcooliques, par M. le docteur Mereaux. In-8 de 90 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.

Étude sur les déterminations gastriques de la fièvre typhoïde, par M. le docteur A. Chauffard. Grand in-8 de 108 pages et 2 planches. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

Des températures générale et locale dans les maladies du cœur, par M. le docteur J.-L. Sabatier. Grand in-8 de 162 pages et 4 planches. Paris, J.-B. Baillière et fils. 3 fr. 50

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Motteroz, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE
L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 12 octobre 1882.

« DÉTERMINISME DE CL. BERNARD ». — FIÈVRE TYPHOÏDE (1).

Le déterminisme de Claude Bernard.

(Fin. — Voyez le numéro 40.)

Tous ces antécédents historiques, qu'on pourrait multiplier, surtout dans le domaine de la médecine, on peut aisément reconnaître les rapports qu'ils peuvent avoir avec la doctrine moderne du déterminisme. On a donc proclamé à diverses époques la nécessité d'assigner pour but à la science la détermination des causes réelles, positives, des phénomènes; mais les uns par la faute du temps, les autres par celle des systèmes, ont placé les causes réelles dans des conditions de manifestation trop générales, partant trop superficielles pour ne pas laisser entre elles et le fait réalisé un enchaînement de conditions intermédiaires, au bout desquelles se trouve celle même qui est la vraie cause. Et l'on n'est pas étonné dès lors de voir Aristote exercer sa grande ingéniosité à examiner si une même cause peut produire plusieurs effets différents, ou plusieurs causes différentes un même effet. Il serait aisé de relever dans Bacon nombre d'erreurs scientifiques qui sont le produit direct de sa méthode; Joseph de Maistre l'a fait avec une usure trop calculée. Il est également curieux de jeter les yeux sur cette théorie des *mouvements du cœur* que Descartes présente lui-même avec confiance comme un spécimen de ce que peut produire la rigoureuse observance des règles qu'il a tracées. On y voit de *grosses gouttes* de sang tomber dans les *concavités* du cœur, se *raréfier et se dilater* à cause de la chaleur qu'elles y trouvent; « au moyen de quoi, faisant enfler tout le cœur, elles poussent et ferment les cinq petites portes qui sont aux entrées des deux vaisseaux d'où elles viennent. » Ainsi les plus grands esprits, à force de vouloir ne « rien oublier », sont exposés quelquefois à faire des suppositions gratuites. D'autres, et ce sont les vitalistes, poussant à bout la méthode baconienne, *induisent* du caractère extérieur des phénomènes et de leur ordre de succession des causes hypothétiques, des forces particulières, qu'ils veulent bien ne pas détacher absolument de la matière vivante, mais auxquelles ils prêtent une autonomie, des facultés propres, qui leur assurent un rôle en physiologie comme en pathologie.

Voyons maintenant ce qu'a fait Claude Bernard.

Conformément aux doctrines d'Aristote, de Bacon, de Leibnitz, il va à la recherche de la cause efficiente, mais de la cause vraiment prochaine, de telle sorte que le phénomène causatif

(1) ERRATUM. — Dans le dernier numéro, p. 649, 2e col., au lieu de : « Quant aux expériences de M. Peuch, *pas plus que celles de M. Blot ou de M. J. Guérin*, nous ne les regardons comme démonstratives », lisez : « ... pas plus que M. Blot et M. J. Guérin... »

FEUILLETON

Lettre médicale.

Le vieux Chartres médical. — La médecine en Mauritanie. — Trousse du troisième siècle; substances médicamenteuses. — Race des vivisecteurs. — Les époux Rivoire : mort par submersion. — Desmarres. — Une rhabdomancienne à marier.

Cher confrère et encore plus cher abonné,

Vous vous êtes quelquefois étonné que votre alme *Gazette* n'ait pas persévéré dans l'habitude qu'elle avait prise autrefois de vous narrer ces mille petits événements, de porter à votre oreille ces mille bruits de l'air, qui se croisent à travers le monde médical ou qui le frôlent d'assez près pour éveiller sa curiosité. La *Gazette* est votre servante, et, en son nom, je commence à essayer de vous satisfaire.

Vous désirez des *actualités*. C'est pourquoi je vais vous parler d'abord antiquités.

Étant l'autre jour de passage à Chartres, et venant d'admirer, avec le sentiment d'un chrétien, les nudités, les provocations charnelles et les drôleries de diverses sortes que la pierre s'est permise aux portiques et tout autour de la magnifique cathédrale, je traversais la rue du *Grand-Cerf* en songeant justement aux coupables épouses du portail nord, que les diables ont bien raison d'emporter dans l'enfer, ainsi que les personnages couronnés qui ont bu sans doute la sueur du peuple, quand je me trouvai en face d'une petite maison du seizième siècle, dont la porte est flanquée de deux élégantes colonnettes et présente sur le linteau l'inscription suivante :

SIC CŌSTRUXIT CLAUDI IIW
IATPOΣ, DECORI URBIS
AC POSTERITATI CONSULĒS.

Voilà un confrère avisé et prévoyant. Son *monumentum* médical n'étant ni *ære*, ni *lapide perennius*, il s'est adressé

et le phénomène causé soient dans une dépendance immédiate et nécessaire, non plus comme la statue provient du statuaire ou l'arbre du sol, mais comme le mouvement d'une bille provient du choc. Le physiologiste dégage de l'infinie complexité de l'organisme vivant certains termes, la propriété motrice, la propriété sensitive, la propriété glycogénique, tout comme le physicien ou le chimiste isole de toutes les propriétés d'un corps la propriété électrique ou l'affinité; et ce terme, il le soumet à l'influence de conditions susceptibles d'en modifier, d'en exciter, d'en annihiler les manifestations. De cette conception étiologique à celle d'Aristote, la distance est assez apparente pour qu'on n'ait pas eu la pensée de la mettre en doute. En peut-on admettre une pareille entre la première conception et la doctrine leibnizienne de la détermination? On ne peut s'empêcher de remarquer que ce principe si général de détermination universelle, qui pose devant chaque conséquent un antécédent nécessaire et infaillible, ne se distingue pas aisément de celui qui subordonne, comme il a été dit plus haut, « l'apparition » de tout phénomène à une « cause déterminante », laquelle « constitue sa condition ou l'une de ses conditions d'existence». Leibnitz dit, par exemple : « Il y a toujours dans les choses un principe de détermination » (*De l'origine radicale des choses*, t. II, édit. Janet); ou bien : « Jamais rien n'arrive sans une cause ou raison déterminante» (*Théod.*, I, §44); ou encore : « Nous considérons qu'aucun fait ne saurait se trouver vrai ou existant... sans qu'il y ait une raison suffisante pour qu'il en soit ainsi et non autrement... La raison suffisante doit aussi se trouver dans les vérités contingentes ou de fait, c'est-à-dire dans la suite des choses répandues par l'univers des créatures » (*Monadol.*, § 32 et 36). Voilà bien des propositions qui pourraient être signées du nom de Cl. Bernard. Et néanmoins, tout en constatant cette source première et commune de la doctrine du philosophe allemand et de celle du physiologiste français, la lecture parallèle de leurs écrits montre que la source, pour employer une de ces images qu'affectionne l'auteur des *Nouveaux essais*, a été conduite par Cl. Bernard bien au delà de l'horizon entrevu par Leibnitz, pour arroser et féconder un domaine inconnu de celui ci. Entre déclarer que tout fait a un principe de détermination et transporter ce principe dans la science, et dans la science la plus complexe de toutes, la biologie, l'appliquer à la recherche distincte de toutes les causes prochaines et déterminantes, de toutes les conditions d'existence des phénomènes biologiques en donnant comme instrument à cette recherche la méthode expérimentale, il y a un progrès considérable, qui sera l'immortel honneur de notre compatriote. Leibnitz vise une thèse de philosophie générale, une thèse métaphysique, un *à priori* indépendant de toute observation et de toute expérience, dont les conséquences scientifiques ne lui apparaissent que vaguement. Cl. Bernard, sans avoir même à se préoccuper de la valeur de cette thèse, s'applique à la détermination des causes réelles des phénomènes, et en affirme l'existence par un *à postériori* déduit de la démonstration expérimentale. Si l'on avait un regret à exprimer, ce serait qu'il ait entrepris, pour séparer absolument son *déterminisme* de la *détermination* de Leibnitz et pour se soustraire à la conséquence du fatalisme, une controverse qui peut ne pas paraître toujours convaincante, et dans laquelle notamment il semble réduire à des proportions psychologiques le déterminisme leibnitzien qui est, en réalité, à fois psychologique et cosmologique. (*Leçon professée au Muséum*, le 1er décembre 1877, in *Revue scientifique*.)

Pour conclure sur ce point, nous serions disposé à penser que la doctrine de Cl. Bernard, sous le rapport tout scientifique de la recherche des causes des phénomènes naturels, est moins éloignée de celle de François Bacon, peut-être même de celle de Roger Bacon, que de la doctrine de Leibnitz.

La différence entre Bacon (au point de vue philosophique), Descartes et Barthez est plus facile à établir. Chez Cl. Bernard comme chez Descartes, rien de reçu comme vrai « qui ne soit connu évidemment être tel »; mais le critérium de cette vérité est la démonstration expérimentale portée à ce point que le fait « reçu » soit, pour ainsi dire, à la discrétion de l'expérimentateur et puisse être par lui déterminé ou empêché. Cl. Bernard, comme Bacon, recommande l'induction, mais sans lui reconnaître cette sorte de suprématie que lui avait attribuée le chancelier, et le subordonne entièrement à la vérification expérimentale. Cette vérification, cette recherche de la cause expérimentale, il la veut enfin comme Barthez, mais sans dépasser la donnée de l'expérience elle-même, sans transformer la mise en jeu d'une propriété en force distincte ou en principe autonome.

La doctrine reste la même en pathologie, et c'est une des gloires du physiologiste français de l'y avoir transportée et, avec elle, d'avoir abordé résolûment le problème des maladies artificiellement provoquées. Car, comme on ne saurait mieux pénétrer dans la connaissance d'un fait physiologique qu'en devenant capable de le produire à volonté, il est mani-

---

à la pierre elle-même pour transmettre sa mémoire à la postérité : *posteritati consulens*. Un autre habitant de la même ville et à peu près du même temps a de moins hautes visées; car voici ce qu'on lit au-dessus de l'entrée de sa maison (presque en face de la préfecture) ;

VALEAT QV DISSIDIV
VOLVT

Ce qu'on pourrait traduire : « Salut à ceux qui aiment la discorde (ou la chicane). » Ce devait être la maison d'un procureur. Si le sort l'eût fait médecin, il aurait probablement écrit sur sa porte, en homme pratique : *Vivent les malades !*

Mon ex-médecin de Chartres s'appelait Huvé : dans HW, le premier V est la forme archaïque de l'U. Il a vécu de 1501 à 1559. Tout ce que je puis vous dire de plus intéressant sur ce confrère célèbre, c'est que, après sa mort, sa maison fut louée par la veuve, née Perrine Richer, moyennant 6 sols 6 deniers par an, à Jean d'Estouteville, seigneur de Villebon, chevalier des ordres du roi, capitaine de cinquante hommes d'armes et lieutenant général de Normandie. Elle fut vendue en 1607 par la famille Huvé, au prix de 2100 livres, à Claude de Montescar, secrétaire du roi. En 1617, elle revient à la profession médicale dans la personne de Jean Robillard, qui l'achète 3600 livres; elle passe en 1683 à Louis de Villette, avocat, au prix de 4100 livres, et en 1776, à Claude Hue. Tout récemment (1874) la famille de Masclary, qui la possédait depuis je ne sais quel temps, l'a vendue à la condition expresse de respecter la façade.

Ce petit trait d'histoire médicale en pays chartrain n'est peut-être pas tout à fait fortuit. Il paraîtrait qu'indépendamment des notions de médecine données dans les écoles abbatiales, au dixième siècle, il existait à Chartres un enseignement particulier; Richer, dans sa *Chronique* (qui sait si ce savant moine n'était pas un ancêtre de la locataire susdite?), parle d'un clerc appelé Heribrand, dont il fut lui-même

feste que le médecin pourra se vanter de bien connaître une maladie le jour où il dépendra de lui de la faire naître. Sans vouloir exagérer les résultats obtenus dans cette voie, qui pourrait contester leur importance? On objecte souvent : créez de toute pièce une fièvre typhoïde, un typhus, une pneumonie, une pleurésie, une phthisie. Il est bien vrai qu'on n'a pas encore obtenu ce triomphe; qu'est-ce que cela prouve? que nous ne connaissons pas suffisamment les conditions de production de ces maladies; rien de plus. Doit-on conclure d'un insuccès présent à une impossibilité future? Encore ne se montre-t-on pas trop exigeant quand on met la médecine expérimentale en demeure de créer une maladie de toute pièce, y compris la cause qui la détermine? On peut aujourd'hui donner à qui l'on veut, et sur la partie du corps qu'on a choisie, la gale ou le charbon, ce qu'on ne pouvait pas autrefois, parce que, ne connaissant pas la cause expérimentale de ces affections, on n'était pas maître de les transmettre alors même qu'on les savait transmissibles. Ne sera-ce rien si, dans l'impossibilité reconnue de *créer* un microbe, un miasme, ou tout autre agent morbigène, on parvient au moins à isoler expérimentalement celui qui produit la fièvre typhoïde, le typhus ou la fièvre paludique, et, en donnant ainsi le moyen de les reproduire, à trouver par là même le moyen de les prévenir et de les guérir? On ne peut en conscience demander au déterminisme d'aller plus avant. Quant à la pneumonie et à la pleurésie, Cl. Bernard en a produit les principaux caractères anatomo-pathologiques et les principaux symptômes chez les animaux. Du reste, en s'attachant à nier la possibilité de certaines maladies artificielles, les adversaires de la pathologie expérimentale oublient trop l'état dans lequel celle-ci a déjà mis la pathologie naturelle tout entière. Il faut en prendre son parti, la nosographie s'en va, ou tout au moins se transforme profondément. L'assemblage de symptômes, le *syndrôme*, le *complexus morbide*, l'emporte de plus en plus sur la maladie. On ne parle plus que glycosurie, urémie, albuminurie, leucocythémie, etc. Ce ne sont plus des *maladies* à évolution régulière, avec augment et déclin prévus, mais simplement des *états morbides*. Or ces états morbides, la médecine expérimentale les fait naître quand il lui plaît, les trois premiers au moins. Il faut d'ailleurs lire sur ce sujet la première des leçons professées par Cl. Bernard au Collège de France en 1859-60, et une autre leçon sur la *médecine expérimentale* faite en 1864 (in *Pathologie expérimentale*, 1 vol. in-8°, 1872, p. 1 et 479). La première se termine ainsi : « Non seulement nous parvenons à produire chez les animaux des symptômes morbides par des moyens artificiels, mais encore nous développons chez eux des *séries* de symptômes, c'est-à-dire de vraies maladies avec tout l'ensemble de leurs conséquences. »

C'est de ce point de vue du déterminisme qu'on peut aborder avec quelque sûreté la question de savoir si une même cause peut produire plusieurs effets, ou un même effet résulter de plusieurs causes. La réponse va de soi quand il s'agit de causes éloignées. Oui, une contusion peut produire l'excitation ou la paralysie d'un nerf; et cette excitation et cette paralysie qui peuvent être produites par une contusion peuvent l'être aussi par un choc électrique. Mais il est très sûr que la cause vraiment déterminante des accidents, celle sans laquelle ils n'auraient pas existé, *id ex quo insito eventus fit*, c'est-à-dire l'atteinte portée à l'élément anatomique par la contusion, n'a pas été la même pour la paralysie que pour l'excitation; et aussi, que la cause anatomique déterminante de l'une de ces altérations fonctionnelles — soit la paralysie, produite aussi bien par une contusion que par un choc électrique — a été identique dans les deux cas. Autre exemple : l'alimentation vicieuse des enfants amène le rachitisme, comme bien d'autres états morbides; c'est la cause éloignée; le même effet serait produit localement, d'après Schiff, par une cause plus prochaine, qui serait la ligature des nerfs nourriciers de l'os. La vraie cause déterminante est un trouble d'ossification sur lequel on discute encore.

Et, à ce sujet, une remarque est à faire dont nous ne savons pas si l'on trouve l'analogue dans Cl. Bernard. La détermination de la cause réellement prochaine est le but assigné à la méthode expérimentale; mais ce but est-il le seul, et la méthode est-elle vaine quand, dans la série hiérarchique des causes, depuis celle qui commence l'acte jusqu'à celle qui l'achève, elle s'arrête à une cause intermédiaire, ou quand, dans un ensemble de causes, elle ne va pas au delà d'une cause complexe? En aucune manière; et il arrive même que, la croyant parvenue à l'extrême limite de la détermination étiologique, on s'aperçoit plus tard qu'elle en était séparée par un ou plusieurs termes, sans que la première détermination ait été pour cela moins certaine. Rien de plus définitif en apparence que le résultat des premières et fécondes expériences de M. Davaine sur l'inoculation du virus charbonneux; rien même de plus définitif en réalité, puisque le fait expérimental ne peut être ébranlé. Et cependant, voilà

---

l'élève et chez lequel il lut les ouvrages d'Hippocrate, de Galien, ainsi que la concordance d'Hippocrate, Galien et Suranus (*sic*). Un peu plus tard Chartres donna un médecin au roi de France Henri I[er]. Orderic Vital (*Histoire ecclésiastique*) parle d'un certain Gobert ou Goisbert, médecin, qui exerçait son art dans diverses parties de la Normandie, qui fut même en relations avec de puissants seigneurs de l'époque, et finalement prit l'habit à l'abbaye d'Ouche, à laquelle il donna une maison qu'il possédait encore à Chartres. Le voyage de Richer, de Reims à Chartres en 991, fait tout exprès pour étudier la médecine; la présence dans cette ville d'un clerc dont la réputation d'habileté s'était répandue au loin; l'émigration de médecins chartrains dans des pays étrangers et souvent rivaux semblent indiquer que cette ville fut, au dixième siècle, le centre d'un enseignement médical, probablement le plus important de la France septentrionale.

— Avez-vous parfois assisté à quelqu'une des consultations que donnent, en Algérie, les médecins indigènes? Vous savez, tout au moins, ce qu'ils valent aujourd'hui, et par quels procédés ils réussissent dans ce pays où la superstition et le fanatisme expliquent très bien leur succès. En était-il de même autrefois? On le pensait jusqu'à ce jour. Les ouvrages publiés par les médecins d'Algérie. — je ne parle pas des médecins arabes, — ne nous sont guère connus, et les tables de pierre ou de marbre, les papyrus, les débris de poterie n'ont jamais signalé, parmi les descendants d'Esculape, que des Grecs ou des Romains. C'étaient P. Calventius, M. Claudianus, T. Flavius Italus, P. Ælius Proculus, Rozonius, Hippocrates, etc. Or voici que, dans un nouveau recueil, le *Bulletin de correspondance africaine*, M. Edouard Cat transcrit une inscription qui tend à prouver que des indigènes, dont le nom mériterait de passer à la postérité, ont exercé la médecine en Algérie.

Voici cette inscription :

que la culture de l'organisme inférieur qui nage dans ce liquide virulent, par laquelle on élimine le premier liquide pour le remplacer par d'autres, voilà que des expériences variées conduisent à démontrer que l'agent prochain, l'agent immédiat de la contagion, c'est le microbe. Il est clair que cette seconde expérience complète la première sans la déprécier en rien. Celle-ci n'appartiendra plus, à la vérité, au déterminisme pur; elle procédera, si l'on veut, du simple *étiologisme* au *causalisme expérimental*, et nous ajoutons que le principe resterait vrai quand même le fait allégué ne le serait pas.

Dans tout ce qui précède, il a été souvent parlé de cause *expérimentale*, de méthode *expérimentale*, de médecine *expérimentale*. On ne confondra pas l'expérience avec l'expérimentation. C'est bien d'expérimentation, c'est-à-dire d'une suite d'expériences voulues et réfléchies qu'entendaient parler Bacon et Descartes. Seulement, que valait l'outillage expérimental de leur temps auprès des ressources actuelles d'une physique et d'une chimie avancées, auprès du microscope, du spectroscope, des appareils enregistreurs, auprès surtout des vivisections? Mais on a donné aussi le nom de cause expérimentale à celle dont l'existence a été constatée à l'aide de l'observation simple et non pas à cette observation provoquée qui constitue l'expérimentation. En réalité, l'observation simple suffit-elle pour conduire au but indispensable de la science médicale, c'est-à-dire à la détermination des causes prochaines des phénomènes? En d'autres termes, l'observation simple peut-elle contenir le déterminisme? Quelques mots seulement sur cette question.

Si l'on était obligé de répondre d'un mot, c'est non qu'il faudrait dire. Il s'agit seulement ici, bien entendu, d'instrument de découverte; car on ne doute pas que l'observation simple, aidée des procédés ordinaires de la logique, ne puisse servir à reconnaître dans un ensemble actuel de phénomènes la manifestation de causes déjà connues. On a, par exemple, déterminé l'urémie chez un chien par la ligature des artères rénales; on en a constaté les caractères chimiques et les caractères symptomatiques. Cette expérience faite, l'observation suffira, non seulement pour reconnaître l'urémie chez un malade, mais aussi pour la rattacher à une affection rénale. On pique chez un animal les parois du quatrième ventricule, et la glycosurie se produit : qu'un homme soit pris de glycosurie après une chute sur l'occipital, ce sera pour l'observateur une vérification du résultat expérimental. Sans doute, la connaissance première de l'urémie, du diabète, n'est pas sortie de l'expérimentation, mais bien de l'observation; voyez néanmoins ce que l'expérimentation a fait pour la détermination de leurs causes prochaines; quelles lumières ont répandues sur ces parties de la pathogénie soit l'expérience de la ligature des artères rénales ou l'ablation des reins, soit celle de l'excitation de la moelle allongée ou la découverte de la matière glycogène dans les cellules du foie! L'expérimentation a démontré et expliqué ce qu'avait aperçu l'observation.

N'exagérons rien. La médecine de nos jours serait bien dépourvue et bien maigre, si elle ne pouvait vivre que des produits du laboratoire. D'une part, il est des cas où l'observation et le raisonnement atteignent presque la certitude du déterminisme, et même l'atteignent tout à fait si les éléments de la maladie peuvent être distingués les uns des autres et isolés. Qu'on admette ou qu'on rejette la théorie musculaire des difformités congénitales; qu'on se refuse ou qu'on consente à attribuer à l'action musculaire telle ou telle difformité; que, admettant cette action, on fasse une part plus grande soit à la rétraction, soit à la paralysie, toujours est-il que, dans certains cas, de main bote, de pied bot, de torticolis, l'observation constate une si manifeste corrélation entre la direction, la déformation générale, les déformations locales de la partie déviée et les fonctions des muscles qui la desservent, qu'elle est en mesure de construire une théorie complète de la difformité. Encore faut-il remarquer que là même elle est partie d'une donnée physiologique purement expérimentale, qui est précisément celle des fonctions musculaires, et sans laquelle la théorie aurait pu être fausse. Ces bonnes fortunes de l'observation sont d'ailleurs assez rares. Presque toujours elle ne tire ses déductions étiologiques que de rapports éloignés entre plusieurs phénomènes; alors le principe, très différent de celui du déterminisme, et qui pourrait être défini le principe de la *caractéristique*, consiste dans la spécialité ou la spécificité des caractères qu'une cause spéciale ou une cause spécifique impriment aux effets qu'elle produit dans l'économie. Tels sont les caractères du rachitisme, de la tuberculose, de l'arthritisme, de la syphilis, du scorbut, etc. C'est la simple observation du malade qui conduit à reconnaître dans tel ou tel symptôme, dans telle ou telle lésion anatomique, dans l'enchaînement de tous les désordres, la marque caractéristique d'une cause morbide particulière, alors même que cette cause ne peut être déterminée. C'est ce point de vue de l'étiologie qui a surtout préoccupé M. J. Guérin quand

---

FADIANVS-BVBBAL-ME
DICVS-VIXIT-ANN. LXII
HIC. SITVS. EST.

Au milieu de la table de pierre est gravée une grossière figure; on y reconnaît à peu près un personnage (un médecin) tenant d'une main un *volumen* et de l'autre une sorte de petit couperet. Le mot BVBBAL est incontestablement d'origine indigène. Il s'agit donc d'un médecin qui, né dans la Mauritanie antique, y exerçait son art. L'œuvre de cet illustre Bubbal n'a sans doute pas tenté la patience des copistes; nous ne la connaissons que par le monument élevé à la mémoire de l'auteur. Je puis toutefois lui supposer toutes les vertus et tous les mérites que ne feront pas toujours paraître les sous-officiers de santé qu'une loi récente a prétendu imposer aux populations algériennes.

— Si vous avez, cher confrère, la mémoire du cœur, vous vous rappellerez que la *Gazette hebdomadaire*, soucieuse de votre agrément, a donné des détails circonstanciés sur une *trousse de médecin* remontant au troisième siècle, trouvée par M. Toulouze près des fossés du Vieux-Saint-Marcel (1882, n° 13, p. 219). Cette trousse contenait, avec d'assez nombreux instruments, cinq petits étuis dorés renfermant des substances médicamenteuses, un peu desséchées, comme vous pensez bien. On ne pouvait guère se dispenser de rechercher ce que contenaient ces petites boîtes à onguents. L'analyse des compositions a été faite par notre collaborateur M. Vigier; mais, hélas! les compositions végétales se jouant du chimiste encore plus au commencement de l'ère chrétienne qu'aujourd'hui, on n'a reconnu dans celles-là ni digitaline, ni curarine, ni ergotine, ni globularine, ni aucune autre substance végétale définie, mais seulement une terre insoluble dans les acides et donnant de la silice par la potasse; un sel de cuivre et une proportion notable de fer. C'est à peu près ce qu'a déjà fourni l'analyse de ces *bâtonnets* d'oculistes romains

il a essayé de fonder une *médecine étiologique*, en joignant à ce principe très général : d'abord celui de la sériation des causes en vertu de laquelle une lésion organique primitive « est à la fois un symptôme, un effet et une cause »; puis celui de « l'enchaînement des évolutions étiologiques suivant une courbe fermée dans laquelle le dernier terme revient influencer et accroître l'action du premier ». Lui-même a résumé sa doctrine en disant que la série étiologique véritable comprend, outre l'étiologie organique, « la considération des effets secondaires par rapport à l'effet primitif envisagé comme cause, et la considération du retour circulaire des effets secondaires à l'action de la cause première, comme renfort ou auxiliaire de cette dernière » (*Gaz. méd. de Paris*, 1846, p. 221 et 222). Ce n'est pas le lieu d'entrer dans l'examen approfondi de l'étiologie médicale ; mais nous voulons constater que, fort heureusement, la médecine possède, en dehors du déterminisme, des moyens d'information qui, s'ils ne sont pas capables de la faire entièrement sortir du domaine conjectural, peuvent lui être d'un précieux secours et lui fournissent encore aujourd'hui ses principale ressources. On a vu, du reste, plus haut la part réservée par Descartes aux expériences naturelles. La pensée en est dans tous les esprits, et un philosophe moderne, Alexandre Bain, dans son ouvrage sur la *Logique déductive et inductive* (2 vol in-8°, trad. de Compayré, 1879, t. I, p. 508 et suiv.) a consacré un chapitre à la *logique de la médecine* et examiné quelles sont les *propositions* qu'on peut établir dans cette science avec le secours de l'observation et du raisonnement, en y comprenant surtout la considération essentielle de la causalité.

Une dernière remarque. Quand, par la méthode expérimentale, on a pénétré jusqu'à la détermination de la cause prochaine d'un phénomène physiologique ou pathologique, et qu'on a mis en évidence, dans des substances médicamenteuses, certaines propriétés antagonistes de certaines actions morbides, on a peut-être fait tout ce qu'on est en droit d'exiger de la science, du moins de la science actuelle. Mais on n'est pas en droit pour cela de s'assurer qu'on sait *tout ce qu'il faudrait savoir* pour pénétrer réellement et à fond le mystère de la vie normale et pathologique. Assurément non ; et l'on aime à lire dans Cl. Bernard : « Il ne faudrait pas nous abuser sur notre puissance, dit-il, car nous obéissons à la nature au lieu de la commander. Nous ne pouvons en réalité connaître les phénomènes de la nature que par leurs relations avec leur cause déterminante ou prochaine... Mais au fond et dans tous les cas la cause première des phénomènes reste entièrement impénétrable ». Et ailleurs : « La vie est une cause première qui nous échappe » (*La science expérimentale*, 2e édit., 1878, p. 53, 73 et 137). Et ailleurs encore : « En résumé, il y a dans le phénomène vital comme dans tout autre phénomène naturel deux ordres de causes : d'abord une cause première, créatrice, législative et *directrice* de la vie, et inaccessible à nos connaissances ; ensuite une cause prochaine ou *exécutive* du phénomène vital, qui toujours est de nature physico-chimique et tombe dans le domaine de l'expérimentateur. » Cette cause élémentaire qu'on appelle la vie, c'est justement la *cause formelle* d'Aristote, celle qui détermine le plan de l'organisation, qui le réalise et le continue ; c'est elle qui fait que la forme du corps est telle et non autre, qu'elle est délimitée, que nous avons des sens, que les matériaux de la nutrition vont former des nerfs, des muscles, des os, etc. C'est encore « cette force créée active, *originairement imprimée aux choses* », qu'admettait Leibnitz, en rejetant « la fiction d'une certaine nature créée » qui ferait sentir les effets de sa sagesse dans les « machines des corps » (*Œuvres phil.*, t. II, p. 554).

La méthode expérimentale, dit Claude Bernard, n'a pas à s'occuper de cela, mais seulement des phénomènes physico-chimiques au moyen desquels elle accomplit son œuvre. La méthode expérimentale peut-être, mais la pathologie ? car enfin cette force première, elle a des modalités individuelles ; elle rencontre dans le milieu intérieur et dans le milieu extérieur des entraves à son exercice. Quand nous avons constaté les résultats de ces entraves, quand nous avons vu un os se raréfier, le tissu adipeux prendre la place du tissu musculaire ; quand même nous avons produit artificiellement ce changement, nous ne pouvons pas dire que nous connaissons le phénomène dans son intégralité ; il nous en échappe précisément ce qui le spécifie ou le distingue des phénomènes de la nature morte.

La doctrine du déterminisme n'a pas à souffrir de ces considérations qui n'ont d'autre but que de montrer les limites infranchissables de nos connaissances et l'insuffisance des moyens de savoir les plus perfectionnés. Quand on agite ces graves problèmes, il importe d'en faire le tour entier. Le côté auquel nous venons de nous arrêter prêterait matière à bien des développements ; mais il appartient spécialement à la question du vitalisme, que nous n'entendons pas approfondir ici. A. Dechambre.

---

que les archéologues alignent dans leurs armoires, et dont le nombre augmente chaque jour.

— Voici une lettre d'un homme fort en colère. Elle porte le timbre d'*Alençon ;* quelle rencontre ! Alençon est précisément la patrie d'Hébert, *le père Duchesne*, celui-là même qui se mettait en colère *boug...t !* Est-ce lui qui est sorti de la tombe et a remis sur ses épaules sa tête coupée pour protester avec cette éloquence contre l'effusion du sang ? On se convertirait bien alors dans le royaume des ombres ! Voici cette lettre, adressée à M. Brouardel :

Brouardel ! Brouardel ! Brouardel ! Paul Bert ! Pasteur ! vétérinaires, professeurs, prétendus savants, médecins ignares, tous vivisecteurs, je vous envoie le fouet. Vous méritez la loge et la pâture des pourceaux pour les belles expériences de vivisection que vous aimez tant. C'est beau de torturer, de trancher dans la chair vive, de briser les os, de jouir de la douleur d'une pauvre bête, tandis qu'on ne voudrait pas pour soi d'une piqûre d'épingle !!!

Les lâches ! parce qu'ils sont les plus forts, ils s'amusent ! Et quel amusement ? Celui du voyou, du sauvage, de l'anthropophage ; et ce sont pourtant des hommes qui ont des femmes et des enfants !

Quelles misérables maisons ou quelles affreuses nichées cela doit faire ! Ou tous malheureux, ou tous sans pitié comme leur triste chef. Ne voir que le sang, n'entendre que les angoisses de la douleur, quelles générations effrayantes cela promet ! Misérables et faux savants, il n'y a pas assez de mépris pour vous ; il n'existe pas de peine assez dure pour vous faire expier vos infamies...

Je m'estimerais heureux si je pouvais vous rendre tout le mal que je vous souhaite : œil pour œil, dent pour dent ; les hommes de votre espèce ne doivent pas être traités en hommes. Un homme cruel est au-dessous d'une bête fauve, parce que, si elle ôte la vie, elle ne prolonge pas la souffrance.

Le boucher qui tue le plus vite qu'il peut est un artisan estimable, tandis que les Paul Bert et autres de même acabit, Brouardel et *tutti quanti*, ne sont que boue et fumier.

Brouardel aux ordures ! Paul Bert à la Morgue ! professeurs du

La fièvre typhoïde dans les hôpitaux. L'encombrement.

Nous avons déjà signalé à plusieurs reprises les inconvénients sérieux résultant de l'encombrement de nos hôpitaux, encombrement qui s'est prolongé pendant toute l'année dans nos salles, où les brancards n'ont jamais été complètement supprimés. L'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit en ce moment sur la population parisienne nous oblige à revenir encore sur cette importante question. Au début de l'invasion de l'épidémie, la maladie avait généralement un caractère de gravité moyenne. A mesure que le nombre des malades s'est multiplié, l'affection s'est manifestement aggravée. M. le professeur Potain nous faisait dernièrement remarquer que les cas mortels devenaient plus nombreux, et que cette aggravation lui paraissait liée à l'encombrement toujours croissant des services. Dans toutes les salles d'hommes de l'hôpital Necker, un rang supplémentaire de brancards a été installé au milieu de la pièce, entre les rangées des lits. Les brancards font même défaut, et chez M. Potain, en particulier, un certain nombre de malades sont placés sur des matelas sur le plancher même. Le médecin doit se placer à genoux pour les ausculter.

Remarquons qu'à la consultation de l'hôpital on ne reçoit que les malades dont le transport au Bureau central pourrait être dangereux, et que le nombre de lits dont on peut disposer est toujours au-dessous des exigences quotidiennes.

Un pareil état de choses ne peut se prolonger. Des salles disposées pour quarante lits, déjà trop pressés, contiennent jusqu'à soixante malades, et cela en pleine épidémie typhoïdique, alors que la qualité du milieu respirable a une importance vitale. C'est pendant la nuit, toutes fenêtres closes, qu'on peut se rendre compte de l'inévitable infection de l'atmosphère des salles. Qui de nous consentirait à placer un des siens dans un pareil milieu?

L'administration de l'Assistance publique s'est émue, toute la première, d'un pareil état de choses. Les bâtiments de l'ancien Hôtel-Dieu ont été de nouveau ouverts; mais la mesure est insuffisante. Nous voici à l'entrée de l'hiver. Il ne faut pas espérer, quoi qu'il arrive, que l'encombrement diminue, et il peut augmenter dans des proportions considérables. Il devient nécessaire d'installer au plus vite des baraquements dans quelque point excentrique de la ville. Les terrains inoccupés du Champ de Mars pourraient être utilisés. Il existe encore, croyons-nous, une galerie où il serait facile, après quelques réparations, d'installer rapidement un certain nombre de lits. Remarquons que la première condition est de placer les malades dans un milieu salubre, et de ne pas les laisser dans des foyers d'infection. On sait tout le parti qu'on a tiré, pendant le siège, de baraquements peu confortables au premier abord, mais dans lesquels les malades échappaient aux émanations infectieuses. Nous croyons également qu'il y a, dans les dépendances de l'hôpital Saint-Antoine, une certaine étendue de terrains inoccupés et propres à des installations analogues. Mais il faut agir, obtenir d'urgence des crédits qu'on ne peut refuser, et modifier au plus tôt des conditions hospitalières véritablement dangereuses.

B.

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique chirurgicale.

SUR L'ÉTOUPE A PANSEMENT, PURIFIÉE ET ANTISEPTIQUE, note lue à l'Académie de médecine, séance du 10 octobre 1882, par M. Weber, médecin en chef à l'hôpital militaire de Vincennes.

J'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation de l'Académie, au nom de M. Thomas, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Vincennes, et au mien, un pansement nouveau, qui peut non seulement remplacer avec avantage et économie la charpie, le coton hydrophile, la jute, la gaze, etc., mais qui se distingue surtout par les remarquables propriétés antiseptiques qu'il est facile de lui communiquer, et qui lui permettront de rendre des services considérables dans l'application des méthodes chirurgicales nouvelles nées des travaux de Pasteur et de Lister.

Ce produit nouveau n'est autre chose que l'étoupe, ou filasse de chanvre, traitée et purifiée par des procédés mécaniques et chimiques, et obtenue à l'état de cellulose pure.

L'étoupe à pansement, purifiée et cardée, ressemble bien plus au coton qu'à l'étoupe ordinaire. Elle est débarrassée de toutes les impuretés, poussières, ou débris ligneux; nous pourrions dire qu'elle est chimiquement pure; elle est d'une blancheur parfaite; elle est très élastique, douce au toucher, d'un contact moelleux; elle est aussi absorbante que le coton hydrophile; elle est assez feutrée pour filtrer l'air et défendre les plaies de l'accès des germes atmosphériques; elle est éminemment propre à être imprégnée de substances antiseptiques volatiles ou liquides; et enfin elle est d'un prix de revient très modique, comparé à celui de la charpie ou du coton hydrophile.

Comme le coton, l'étoupe purifiée peut se façonner par le

Muséum au feu! vétérinaires d'Alfort à la potence! médecins au rebut! Tous marchands de blagues et voleurs d'argent.

Jean-Jacques.

En présence de cette courageuse épître, on regrette que tous les chiens ne soient pas savants; on la leur ferait lire, et les rôles changeraient, et l'on verrait, dans la fange, des os et des chaires meurtries de vivisecteurs que des chiens dévorants se disputeraient entre eux. Mais le plus épargné d'entre eux serait peut-être le destinataire de la lettre; car M. Brouardel ne vivisectionne guère. Ce n'est pas qu'il soit beaucoup plus agréable pour cela, avec ses mains tachées de poisons et de sang de cadavre!

— A propos de ce confrère, aimable au fond, malgré tout, et à propos de médecine légale, vous connaissez peut-être l'histoire lamentable des époux Rivoire, noyés tous deux, il y a environ un an, dans une partie de canot, à la jonction du Rhône et de la Saône, près du barrage d'Irigny? Mme Rivoire tombe à l'eau; son mari se précipite vers elle; ils sombrent tous deux. Qui est mort le premier? La jeune femme a laissé un testament par lequel elle lègue toute sa fortune (environ deux millions) à son mari. Si c'est elle qui a prédécédé, il a bénéficié du testament, et la fortune passe à ses héritiers; si c'est lui, la fortune revient à des cousins de la défunte. Or, un ami qui, jeté dans le fleuve en même temps que Mme Rivoire, a fait de vains efforts pour la sauver, déclare que, après un temps très court, elle ne remuait plus et était sans connaissance, tandis que M. Rivoire s'est débattu longtemps avec violence. D'où un médecin expert a conclu que la première, protégée par la syncope et n'éprouvant pas le besoin de respirer, a dû résister à l'asphyxie plus longtemps que le second, qui appelait l'eau dans ses bronches à grand renfort d'inspirations. M. Brouardel, croyons-nous, a déclaré toute conclusion impossible à défaut d'autopsie, le corps de la femme n'ayant pas été retrouvé

cardage en feuilles ou nappes plus ou moins grandes et plus ou moins épaisses, que l'on découpe à volonté pour en faire des plumasseaux extrêmement commodes pour les pansements.

Ces plumasseaux que le chirurgien trouve tout préparés d'avance, et dont nous avons l'honneur de soumettre des échantillons à l'Académie, facilitent considérablement les pansements et les rendent beaucoup plus rapides, plus élégants, plus propres.

L'étoupe purifiée, qui est parfaitement hydrophile, peut également servir sous forme de bourdonnets ou de boulettes, pour nettoyer ou laver les plaies. Employée de cette façon, elle remplace avantageusement les éponges.

C'est surtout dans la chirurgie de guerre et dans les approvisionnements considérables qu'elle nécessite, que notre étoupe purifiée pourra trouver un emploi utile. Il y aura certainement avantage à la substituer à la charpie de nos ambulances, non seulement en considération de son bon marché, mais encore et surtout en raison de sa pureté, ainsi que de la rapidité et de la commodité plus grandes de son application. A poids égal, l'étoupe qui est très élastique, fournira du reste un bien plus grand nombre de pansements que la charpie.

Nous n'exposerons pas les procédés chimiques et mécaniques qui nous ont servi à la préparation de l'étoupe à pansement, et qui ont été publiés dans la *Revue de chirurgie* du 10 juillet dernier.

Notre œuvre serait restée incomplète si, après avoir obtenu un produit aussi éminemment propre aux pansements, nous n'avions cherché à le rendre antiseptique Nous sommes convaincus qu'un pansement quelconque n'atteint réellement son but que s'il assure l'asepsie.

Il serait aussi élémentaire que facile d'imprégner l'étoupe, au moment même de s'en servir, de solutions plus ou moins concentrées d'acide phénique dans l'eau, dans l'huile ou dans la glycérine. Mais ces solutions ont un double inconvénient : en premier lieu, par son immersion dans un liquide, le pansement s'affaisse et perd son élasticité qui constitue un de ses principaux mérites; en second lieu, les solutions un peu concentrées d'acide phénique sont irritantes et quelquefois caustiques. L'acide phénique ne se dissout que très imparfaitement dans l'eau, même alcoolisée; il reste dans la solution sous forme de globules semblables à des gouttes d'huile lourde qui sont tenues en suspension, et que le repos fait déposer au fond du vase. C'est ainsi que dans les pansements arrosés d'eau fortement phéniquée, les globules d'acide phénique tendent à gagner les parties déclives, les anfractuosités des plaies ou de la peau où ils peuvent produire des érythèmes et quelquefois de véritables cautérisations et de vives douleurs.

Nous avons cherché à éviter ces inconvénients, et à rendre l'étoupe puissamment antiseptique sans être caustique et tout en conservant son élasticité et sa souplesse.

Nous y avons réussi en mettant à profit la propriété qu'elle possède d'absorber aussi facilement les corps gazeux ou volatils que les liquides. Nous avons pu, sans aucune difficulté, la saturer plus ou moins d'acide phénique par la volatilisation de ce dernier, et la rendre ainsi antiseptique au degré voulu, sans la mouiller et sans lui enlever son élasticité.

Les procédés nouveaux que nous avons imaginés dans ce but ont été publiés dans la *Revue de chirurgie*, et il serait superflu de les exposer de nouveau ici.

L'étoupe phéniquée dont nous faisons habituellement usage est imprégnée d'acide phénique dans la proportion de 10 pour 100 de son poids. Cet acide se trouve condensé entre les fibres de l'étoupe, sous forme de petites gouttelettes huileuses, que le microscope nous montre très nettement sous un grossissement de 500 diamètres.

Ce sont ces gouttelettes auxquelles l'étoupe phéniquée doit la particularité d'être beaucoup plus onctueuse au toucher que l'étoupe non phéniquée.

C'est également à cette condensation spéciale de l'acide phénique, disséminé sous forme de globules microscopiques au milieu d'un pansement sec et élastique, que celui-ci doit la propriété de ne pas être caustique, malgré la forte proportion (10 pour 100) d'acide phénique qu'il renferme. Une expérience déjà longue de plusieurs mois nous a appris à ne pas craindre de l'appliquer directement sur la peau ou sur les plaies. Le protective devient inutile, et nous interposons tout au plus une simple épaisseur de gaze phéniquée entre la peau et le plumasseau, pour empêcher les adhérences de l'étoupe.

Nous insistons tout particulièrement sur ces propriétés si précieuses de cette étoupe phéniquée, à laquelle sa préparation n'a rien fait perdre de sa légèreté ni de son élasticité, et qui est non seulement antiseptique à un haut degré, mais qui en même temps est dépourvue d'action caustique. Un pansement arrosé d'une solution d'acide phénique au dixième produirait presque inévitablement des eschares ou au moins des phlyctènes, tandis que l'étoupe, dans laquelle nous avons pu introduire par la volatilisation un dixième de son poids d'acide phénique pur, peut être appliquée impunément sur les plaies, qu'elle maintient dans une atmosphère antiseptique constante, et sur lesquelles elle ne produit aucune action irritante. Si l'on trouvait la proportion d'acide phénique trop forte, il serait du reste facile de la diminuer à volonté.

Le pansement antiseptique se trouve ainsi ramené à une grande simplicité : application directe sur la plaie d'une couche plus ou moins épaisse de plumasseaux phéniqués secs,

---

à cette époque. La cause a été portée devant le tribunal civil de Marseille; une consultation a été demandée par les défendeurs; et j'attendais le résultat du procès pour en faire part aux lecteurs de la *Gazette*, quand j'ai appris, ces jours-ci, qu'un arrangement amiable était intervenu entre les deux familles. Voilà pourquoi, cher confrère, je ne vous entretiens qu'aujourd'hui de cette affaire vieillotte.

Les héritiers ont hérité; ils ne demandent rien de plus; mais vous, peut-être, vous vous préoccupez de la question médico-légale. Est ce que l'hypothèse d'une syncope serait un argument décisif en faveur d'une mort lente? Une personne ayant perdu connaissance respire sans doute, sa respiration faible et régulière n'attire pas dans le poumon, pour un temps donné, la même quantité d'eau qu'une respiration forcée; mais l'état syncopal résisterait-il, même une demi-minute, au tourment de l'asphyxie? D'autre part, c'est précisément à la syncope que succombent certains noyés, avant que l'asphyxie ait eu le temps de se produire; de sorte que l'entier abandon du corps de la pauvre dame, et la résolution complète des membres au moment où on lui portait secours, si elles prouvaient l'existence d'une syncope, pourraient prouver en même temps que celle-ci avait été mortelle.

Un cas analogue s'est présenté, il y a une douzaine d'années, à la pointe de Penmarck (Finistère). Trois personnes d'un côté, deux de l'autre, étaient assises sur la pointe du rocher en face de la mer. Une lame furieuse assaille directement le premier groupe et l'emporte; en s'étalant et revenant avec violence à la mer elle ramasse le second groupe. Parmi ces cinq personnes se trouvaient une mère et la fille, et une question de succession soulevait encore ici celle de présomption de survie. Or, les cadavres de toutes les personnes du premier groupe, dans lequel se trouvait la mère, étaient meurtries; ceux du second groupe, dans lequel se trouvait la fille, ne présentaient aucune lésion traumatique. Tardieu, consulté par une des parties, et jugeant sur le vu de l'enquête, émit l'opinion que les premières victimes avaient été

qui sont prêts d'avance et que l'on recouvre d'une feuille de taffetas gommé, ou de papier parchemin, ou d'un mackintosh quelconque que l'on assujettit par des tours de bande.

Les succès que nous avons obtenus depuis un an dans le traitement de nombreux traumatismes, et les résultats non moins favorables qui nous ont été communiqués par quelques-uns de nos collègues, nous permettent d'espérer que le pansement que nous venons d'exposer pourra rendre de grands services dans la simplification de la chirurgie antiseptique, surtout aux armées.

Il va sans dire que, pour empêcher la déperdition de l'acide phénique, l'étoupe antiseptique doit être conservée dans un récipient hermétiquement clos, tel qu'un bocal de verre ou une boîte de fer-blanc, ou un sac en papier parchemin. Nous avons renfermé toute celle que nous avons fait préparer dans des sacs en parchemin végétal, fermés bien exactement au moyen de colle forte. Nous conservons depuis neuf mois des échantillons de ces sacs, pleins de plumasseaux phéniqués à 10 pour 100, qui n'ont subi ni perte ni altération. Pour le service des salles de malades, nous avons fait fabriquer des boîtes en fer-blanc à fermeture hermétique, servant à contenir le pansement antiseptique, qui perdrait ses propriétés si on le laissait longtemps exposé à l'air libre.

Mais l'acide phénique, dont l'odeur répugne à certains chirurgiens ou à certains malades, n'est pas le seul antiseptique employé en chirurgie. Nous avons essayé d'imprégner l'étoupe de quelques autres substances antiseptiques, tout en lui conservant son élasticité. Il est facile d'y introduire par la vaporisation les corps volatils, tels que la créosote, l'essence d'eucalyptus, etc. Nous avons préparé de l'étoupe iodée, qui peut servir aux mêmes usages que le coton iodé.

Nous avons voulu appliquer les mêmes procédés à l'acide salicylique, dont l'action antiseptique est universellement reconnue. Mais son peu de solubilité et de volatilité nous opposait des obstacles que nous avons surmontés en profitant de la propriété que possède l'acide salicylique de se combiner facilement avec le méthylène ou alcool méthylique. Le salicylate liquide de méthylène obtenu par le procédé de Cahours, renferme 8 parties d'acide salicylique sur 2 parties de méthylène. Nous avons constaté qu'il empêche la décomposition et la putréfaction des substances organiques avec lesquelles il est mis en contact. Il possède une odeur pénétrante et suave très analogue à celle de certaines essences végétales, et se volatilise avec une grande facilité. Il nous a donc été facile de préparer des plumasseaux d'étoupe imprégnés de ce salicylate. Nous les avons employés dans un certain nombre de pansements; ils nous paraissent posséder une puissance antiseptique considérable, que nous nous proposons, du reste, de constater plus complètement par des expériences ultérieures.

L'étoupe purifiée peut également très bien servir aux pansements à l'iodoforme; mais ce corps ne se volatilise que difficilement et à une température élevée; il nous a donc paru préférable de le laisser en poudre, et de le répandre sous cette forme sur le pansement ou sur la plaie.

Les procédés de purification et de préparation que nous avons employés pour l'étoupe de chanvre peuvent également s'appliquer à quelques autres substances textiles. Ils peuvent servir à la préparation du coton hydrophile. Nous les avons appliqués à la jute, qui aujourd'hui est adoptée officiellement dans l'armée allemande en remplacement de la charpie. Mais la jute a l'inconvénient de donner un déchet considérable et de conserver toujours une couleur jaunâtre qui nuit à la beauté du pansement. La ramie ou ortie de Chine nous a donné, au contraire, un produit magnifique qui, par sa blancheur éclatante, par sa finesse et sa douceur, peut rivaliser avec la soie et le coton le plus fin. Les plumasseaux de ramée, dont nous avons l'honneur de présenter des échantillons, constituent un véritable pansement de luxe, qui, tout en revenant plus cher que l'étoupe ou la jute, pourra cependant être livré par l'industrie à un prix inférieur à celui du coton absorbant ou de la charpie.

Pathologie interne.

Quelques faits relatifs a la contagion dans la fièvre typhoïde, l'angine diphthéritique et la scarlatine, par M. le docteur Alison, ancien interne des hôpitaux de Paris.

1° Fièvre typhoïde.

Obs. I. — La famille Joseph T..., composée de six personnes, dont le père et la mère âgés de cinquante-six ans; deux frères, Camille, dix-huit ans, Théophile, quinze, et deux sœurs plus jeunes, habite une petite maison placée au centre du village de Reclouville, canton de Blâmont (Meurthe-et-Moselle), situé sur la rive gauche de la Verdurette.

Ce hameau fut décimé par la fièvre typhoïde en 1852 et en 1873. Chaque épidémie dura une année environ. La dernière s'éteignit complètement en octobre 1874. Aucun nouveau cas ne survint depuis cette époque jusqu'au mois de septembre 1878. Le 4 de ce mois, on reconduisit, dans sa famille, Camille T..., atteint de fièvre typhoïde grave contractée à Buriville, dans une maison où ce jeune homme servait de domestique et où se trouvaient alors deux typhiques. Le malade guérit. L'année suivante, le 15 juillet 1879, Théophile, qui n'avait pas quitté le toit paternel, tomba aussi malade, et sa fièvre typhoïde, qui eut autant de gravité que celle de son frère aîné, dura jusqu'au 15 août (1).

(1) Cette observation est relatée, au n° VII, dans notre *Mémoire sur la fièvre typhoïde.*

---

comme broyées contre le roc par la vague montante, que les secondes avaient simplement glissé dans le gouffre avec la vague descendante, et il conclut que la fille avait survécu à la mère. La cour de Rennes adopta cette conclusion, et son arrêt fut confirmé par la cour de cassation.

Vous comprenez à quelles méprises sont exposées les appréciations de ce genre. Le plus sûr, en général, est d'appliquer la présomption légale telle qu'elle est établie par l'article 720 du Code civil. « Si plusieurs personnes respectivement appelées à la succession l'une de l'autre périssent dans un même événement, sans qu'on puisse reconnaître laquelle est décédée la première, la présomption de survie est déterminée par les circonstances du fait, et, à leur défaut, par la force de l'âge et du sexe. » Je vous fais grâce des articles suivants. Sachez seulement ou souvenez-vous que c'est, au-dessous de quinze ans, le plus âgé qui est présumé avoir survécu; au-dessus de soixante ans, le moins âgé; entre quinze et soixante ans, le mâle s'il y a égalité d'âge ou une différence de moins d'une année, les plus jeunes enfin si les deux décédés sont de même sexe. Dans le cas qui vient de donner lieu à cette savante dissertation médico-légale, la loi, comme vous voyez, était favorable aux héritiers de M. Rivoire.

Je voudrais bien savoir, à ce propos, si MM. les médecins légistes possèdent des notions bien précises touchant l'influence exercée par le sexe sur la rapidité de la mort chez les submergés. Le Code, lui, ne doute de rien; c'est sa fonction et son droit; pour lui, au fond de l'eau comme à la mairie, c'est le sexe féminin qui est le sexe faible, et la force est du côté de la barbe. Mais, en réalité et expérimentalement, qu'en sait-on? Tout ce que je puis vous dire, c'est que les trois ou quatre traités de médecine légale qui ornent ma bibliothèque sont muets là-dessus, et ne s'occupent pas plus du sexe que s'il n'y avait de noyés que les hermaphrodites.

— La plupart des médecins célèbres, et en particulier les

Aucun autre cas de fièvre typhoïde n'eut lieu à Reclouville, depuis octobre 1874 jusqu'au 15 février 1880. A cette dernière date, la famille T... quitta Reclouville et vint habiter une maison isolée, située à l'extrémité du village d'Azerailles, placé sur la rive droite de la Meurthe, à 6 kilomètres de Baccarat. Cependant, le 12 septembre 1880, la mère des enfants T... prit elle-même une fièvre typhoïde dont elle mourut après trois semaines de maladie.

Quelle était l'origine de ce nouveau cas de fièvre?

Depuis 1871, nous avons l'habitude de dresser, pour chaque commune de notre circonscription médicale, une table de morbidité dans laquelle nous relatons avec soin les maladies survenues chaque année. Grâce aux documents fournis par cette statistique, nous pouvons affirmer que la fièvre typhoïde n'a fait aucune apparition à Azerailles depuis 1870 jusqu'en 1880. Il semble même, d'après les renseignements qui nous ont été donnés par plusieurs personnes, que, depuis 1858 et 1859, époque à laquelle sévit une terrible épidémie, aucun nouveau cas de fièvre n'ait été constaté. La nouvelle maison habitée par la famille T... fut même épargnée pendant ces deux années meurtrières.

D'autre part, la femme T..., qui quittait très rarement sa maison, n'était pas sortie d'Azerailles depuis quatre mois. Aucune personne malade ne pénétra dans cette famille depuis son arrivée dans cette commune.

Une fontaine communale est placée devant la maison, très bien aménagée et dont la source, captée avec soin aux environs de la forêt, donne une eau de très bonne qualité, exempte de toute souillure organique (permanganate de potasse). Cette eau et un peu de vin sont les seules boissons de la famille.

Rien à redire des fosses d'aisance qui sont placées assez loin de la maison, à l'extrémité du jardin. Pas d'égouts autour de la maison. Notre examen ayant ensuite porté sur les objets de literie, nous avons appris que cette famille, avant de quitter Reclouville, avait procédé à un lavage général comprenant les linges de table et les vêtements, mais avait négligé de laver une grosse toile d'emballage servant au lit de la malade et sur laquelle se voyaient encore plusieurs souillures de l'étendue de la main provenant des matières fécales de Camille et de Théophile T..., atteints de fièvre typhoïde, tous deux à dix mois d'intervalle; le dernier en août 1879. Dès lors, nous devions admettre que la toile, servant à la paillasse sur laquelle couchait la femme T..., pouvait bien renfermer des germes typhogènes provenant de la maladie de son second fils et avoir servi à la contamination de la pauvre mère, atteinte le 12 septembre 1880, onze mois après Théophile T... Dans ce cas, la ténacité du contage pouvait être évaluée à onze mois environ.

Le fait suivant s'est produit dans une maison isolée, presque perdue au milieu d'une forêt de 12 à 15 kilomètres d'étendue, située entre Baccarat et Rambervillers. Cette maison de garde est désignée sous le nom de Jelarut. La famille qui l'habite est composée de six personnes, le grand-père, D... et sa femme, deux garçons et une fille. Jamais, de mémoire d'homme, on ne vit dans cette maison, avant 1880, un seul cas de fièvre typhoïde :

Obs. II. — Le 20 octobre de cette année, Joseph, l'aîné des enfants, revint dans sa famille au huitième jour d'une dothiénentérie grave contractée à Epinal où demeurait ce jeune homme. Sa maladie dura six semaines et se termina heureusement. Aucune autre personne ne devint malade avant août 1881.

Le 24 de ce mois, Marie, la sœur de Joseph D..., âgée de quinze ans, tomba gravement malade; elle guérit cependant après deux mois de maladie. Ce sont jusqu'ici les seuls membres de cette famille qui aient eu la fièvre typhoïde.

Dans ce cas, nous avons fait une enquête sévère concernant la maison, les fosses d'aisance, les égouts, l'eau de boisson, les déplacements qu'ont faits au dehors les membres de la famille et, enfin, les personnes qui sont venues dans cette maison; nous n'avons rien trouvé de suspect, rien qui ait pu nous expliquer l'origine de la fièvre typhoïde dont fut atteinte Marie D..., laquelle n'était pas sortie depuis huit mois de Jelarut, n'avait bu autre chose que de l'eau puisée à la fontaine placée à deux pas et provenant de la forêt. Il nous était donc permis de penser que les matières fécales typhoïdiques qui avaient été jetées derrière la maison dix mois auparavant, au moment de la fièvre de Joseph D..., avaient pu contaminer la petite Marie, et que, dès lors, le contage avait eu ici une durée d'activité de dix mois.

Remarques. — Voici donc deux nouveaux faits destinés à rechercher quelle est la durée de nocivité du germe typhogène. W. Budd avait déjà publié deux observations analogues reproduites par M. N. Gueneau de Mussy, dans son important *Mémoire sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde* (p. 79 et 80). Trousseau avait aussi constaté que, d'après ses observations, la fièvre typhoïde avait une grande tendance à se montrer dans la même maison au bout d'une année (1). Dans notre étude sur l'*Etiologie de la fièvre typhoïde dans les campagnes*, à laquelle l'Académie de médecine a décerné la médaille d'or (1879), nous avons rapporté dix-huit observations relatives à cette question. Nous y avons montré (p. 52) que le contage typhoïdique avait exercé son activité : dans 1 cas, au bout de 3 mois; dans 2 cas, au bout de 4 mois 1/2; dans 3 cas, au bout de 5 mois; dans 5 cas, au bout de 6 mois; dans 1 cas, au bout de 8 mois; dans 1 cas, au bout de 9 mois; dans 1 cas, au bout de 10 mois; dans

(1) *Archives générales de médecine*, n°s de janvier, février et mars 1880. — Tirage à part, chez Asselin et Cie, Paris.

---

spécialistes ont eu des débuts difficiles, et c'est grâce à leur activité, à leur énergie, parfois, mais plus rarement à de puissants protecteurs qu'ils ont dû leurs succès. Desmarres a dit jadis au docteur Burq, et la *Gazette des hôpitaux* raconte à ses lecteurs comment un petit service rendu par lui à Sichel père lui avait permis d'entreprendre ses études ophthalmologiques. Desmarres porta d'abord des *contraintes* pour le receveur des contributions de Versailles, puis entra aux domaines avec des appointements de 100 francs par mois, ce qui l'obligea à venir, avec toute sa famille pauvre, à Paris, où la vie était plus chère qu'à Versailles. C'est alors que la pensée lui vient de se faire médecin. Il achète quelques os, qu'il cache dans son pupitre, et les étudie à ses moments perdus; il se met à suivre plusieurs cliniques, notamment celle de Sichel. Un jour que Desmarres était plongé dans ses écritures, il entend comme une masse rouler dans un couloir; il ouvre la porte : c'était Sichel qui, perdu dans l'obscurité, battait les murs sans pouvoir s'orienter. « M. Sichell —Vous me connaissez?— Oui, je vous ai vu à votre clinique. —*C'est pien;* voici ce qui m'amène. Je suis propriétaire riverain de la forêt du Raincy. J'ai demandé aux domaines la permission d'aller m'y promener en voiture, et il m'a été délivré à cet effet une clef pour ouvrir les barrières. Or, cette clef, je l'ai perdue, de sorte que non seulement je ne puis plus jouir de la faveur qui m'a été très gracieusement accordée, mais encore je pourrais à cette heure passer pour un dépositaire infidèle. Je viens donc confesser ma faute et demander une autre clef. — Le malheur n'est pas grand, monsieur Sichel, je me charge de le réparer. Repassez dans quelques jours à mon bureau, et vous y trouverez une autre clef. — Merci d'avance, monsieur... Et vous suivez ma clinique, jeune homme, malgré vos occupations! *C'est pien.* »

Dans le courant de la même semaine, continue la *Gazette des hôpitaux*, Sichel revint prendre possession de la nouvelle clef qui l'attendait. Il s'assit dans le bureau et invita

1 cas, au bout de 11 mois; dans 2 cas, au bout de 12 mois; dans 1 cas, au bout de 16 mois.

Dans les deux nouvelles observations relatées ci-dessus, la ténacité du contage n'aurait pas dépassé, en durée, 10 mois et 11 mois.

2° *Angine diphthéritique.*

Pendant le printemps et l'été pluvieux de 1882, il s'est montré à Baccarat et dans deux villages voisins, une douzaine de cas d'angine diphthéritique dont cinq suivis de croup. Au point de vue du mode de contagion, les deux faits suivants nous paraissent dignes d'être relatés :

Obs. I. — Le 25 mars 1882, je vis, à Badmenil, hameau distant de 2 kilomètres et demi de Baccarat, un enfant de Sans, d'un tempérament scrofuleux, Joseph M..., atteint d'un croup déjà parvenu à sa période asphyxique. Je n'en avais observé aucun autre depuis neuf ans. La famille, mise au courant du danger dans lequel se trouvait le petit malade, me supplia de faire la trachéotomie. L'opération eut lieu le même jour, à huit heures du soir. L'enfant rejeta ensuite, par l'ouverture de la canule, de grandes quantités de fausses membranes, et, au moment du premier accès de toux, un peu de sang tomba sur la manche de mon habit. J'y fis peu attention et je me contentai de laver mes mains et ma figure avec une solution phéniquée au 1/25. En arrivant chez moi, à neuf heures du soir, je rencontrai sur le seuil de ma porte ma petite fille âgée de dix ans, avec laquelle je passai le restant de la soirée. Elle fut atteinte, quatre jours après, c'est-à-dire le 29 mars, d'une angine diphthéritique grave, avec hémorrhagies répétées, otite, albuminurie, éruption scarlatiniforme, etc. Quant à moi, je ne ressentis absolument rien et je ne revis qu'une seule fois, le 26, mon petit opéré.

Il est donc au moins très probable que la contagion a eu, dans ce cas, pour agent de transmission, les vêtements que je portais et qui avaient été souillés par le sang au moment de l'opération. Et cependant ils avaient été exposés à l'air pendant une demi-heure, le temps de faire le trajet de Badmenil à Baccarat. Il s'agit donc ici d'une contagion indirecte ou de second ordre.

Dans le cas suivant, la nocivité du germe diphthéritique a eu une durée remarquable :

Obs. II. — Le 15 avril 1882, c'est-à-dire vingt jours après la mort de M..., un enfant de deux ans et demi, Joseph C... (de Baccarat), fut conduit avec ses frères à Badmenil. Là, on joua pendant deux heures autour de la maison de M.... Le mardi 18, je fus appelé pour soigner le petit Joseph, atteint d'un croup à sa deuxième période (fausses membranes sur l'amygdale droite avec sifflement laryngé, dyspnée avec tirage épigastrique et sus-sternal). L'opération fut refusée par les parents et l'enfant mourut le 19 avril. On éloigna aussitôt de la maison les deux autres enfants âgés de neuf et de sept ans, et je recommandai de ne pas les y laisser rentrer, au moins avant quarante jours. Je conseillai aussi de désinfecter la chambre où était mort l'enfant; mais ce dernier conseil ne fut pas suivi.

Le 20 juin, cinquante jours après la mort de leur frère, les enfants rentrèrent chez leurs parents. Ils couchèrent dans la chambre où était mort Joseph C... et où se trouvaient suspendus à la muraille les vêtements de toute la famille.

Le 13 juillet suivant, Adeline C... fut prise d'angine diphthéritique qui aboutit à un croup mortel. Il nous a été démontré (1) que cet enfant n'avait eu de relations avec aucun autre enfant atteint de diphthérie et n'avait fréquenté personne ayant approché d'un sujet affecté de cette maladie; par conséquent, nous devions admettre qu'Adeline C... avait pris le germe de son angine diphthéritique dans la chambre même où était mort son petit frère et où elle couchait depuis son retour dans sa famille. Dès lors, il convenait d'assigner au contage qui a frappé la petite C... une durée d'activité comprise entre le jour de la mort de son frère Joseph et le début du croup qui devait aussi la tuer, c'est-à-dire de quatre-vingt-trois jours, presque trois mois (du 19 avril au 13 juillet). C'est là, à notre avis, un exemple remarquable de longévité du germe de l'angine diphthéritique.

Nous n'avons pas besoin de faire ressortir les conséquences qui, au point de vue de la prophylaxie, découlent de la connaissance de ces deux faits.

3° *Scarlatine.*

Pendant l'épidémie de fièvre scarlatine qui a régné à Baccarat pendant les étés de 1880 et 1881, nous avons recueilli deux observations qui tendent à démontrer que le germe scarlatineux peut avoir pour agent de transmission les vêtements de la personne qui a été en contact avec le malade.

Obs. I. — Le village de Bertrichamps était ravagé, depuis quatre mois, par une épidémie de scarlatine, lorsque, le 8 mai 1879, une femme de l'endroit, la veuve B..., chez laquelle existait alors un cas de cette maladie, vint demeurer dans la famille de son fils habitant avec ses deux enfants une maison placée au centre du village de Hablainville, distant de 13 kilomètres de Bertrichamp et où il n'existait aucun cas de scarlatine. La petite M..., âgée de dix ans, fut atteinte huit jours après l'arrivée de sa grand'mère. Sa plus jeune sœur, âgée de huit ans, eut aussi la scarlatine trois semaines après. Ces deux enfants guérirent. Aucune autre personne de Hablainville ne fut affectée de cette maladie; ni avant, depuis plus de trente ans, ni pendant, ni après, jusqu'à ce jour. Dans ce cas, suivant toute probabilité, les vêtements de la veuve B..., venue de Bertrichamps où sévissait, même dans sa maison, la scarlatine, et couchée, depuis son arrivée, dans la même chambre que ses deux petites filles, avaient bien pu contaminer d'abord l'aînée de ces enfants, laquelle n'avait pu prendre ailleurs le germe de sa maladie, puisqu'elle ne sortait pas du village, qu'au-

(1) En effet, Joseph C.., son frère, était, comme nous l'avons dit, le premier cas de croup survenu à Baccarat depuis neuf ans. D'autre part, les quatre autres enfants, atteints d'angine diphthéritique pendant l'espace de temps compris entre le 19 avril et le 13 juillet, habitaient un quartier tout opposé et il n'y eut aucune relation entre eux ou leurs parents et les enfants de la famille C...

Desmarres à l'aller voir « pour l'aider à mettre son allemand en français »; et peu de temps après il le fit son chef de clinique, sans se douter qu'il venait d'ouvrir la porte à une deuxième clinique rivale de la sienne.

— Je veux terminer par une bonne action. Si vous n'êtes pas riche, honoré confrère, ce qui serait désagréable, et si vous êtes célibataire, ce qui arrive à d'honnêtes praticiens, j'ai un bon parti à vous proposer. La dame est encore jeune, très perspicace, comme vous verrez tout à l'heure; à ce point que vous n'auriez nul besoin, pour améliorer vos finances, de faire emploi de l'intelligence dont vous jouissez certainement, votre future en ayant pour deux. On lui donnera pour garçon d'honneur le primicier du chapitre de Saint-Denis; et les quatre témoins seront chanoines, architectes, grands fonctionnaires de l'Etat. Vous n'y êtes pas? C'est que vous vivez enfoncé dans votre province, loin des grandes nouvelles et des surprises; car il n'y a qu'une femme comme celle-là à Paris. Apprenez donc que, pendant la Révolution, le trésor de la capitale a été enfoui dans les caveaux de la basilique de Saint-Denis; qu'on ne l'a pas plus retrouvé que les cendres de nos rois; qu'une personne, douée de la faculté de découvrir les trésors dans le fin fond de la terre, s'est offerte de chercher celui-là et a promis de mettre la main dessus; que le directeur des beaux-arts l'a autorisée à faire des fouilles; que ce directeur en a convoqué un autre, qui est celui des domaines; que tous deux ont mis en mouvement architectes et chanoines des deux ordres, et que les travaux ont été entrepris sous la direction de la dame. Eh bien, c'est justement ma dame à marier...; à moins qu'elle ne le soit déjà : auquel cas on vous le ferait savoir; mais cela ne doit pas vous empêcher de prendre des dispositions éventuelles. Il est bien vrai qu'on n'a pas découvert le moindre trésor : mais chacun sait combien les formalités administratives et la présence d'étrangers sceptiques peuvent troubler une opération de ce genre, qui ne réussit guère que sans témoins.

cune autre personne que sa grand'mère n'avait pénétré dans sa maison.

Obs. II. — Un enfant de Flin, canton de Gerbéviler, Joseph P..., étant allé à Lunéville où régnait une épidémie de fièvre scarlatine, le 28 septembre 1880, fut atteint, cinq jours après son retour dans le village, d'une scarlatine très grave avec diphthérie bucco-nasale consécutive apparue le neuvième jour de la maladie. La guérison eut lieu. Quelques autres enfants furent ensuite atteints. Un d'entre eux, Maria C..., que sa famille avait placée à l'école du village, eut une scarlatine maligne pour laquelle les applications d'eau froide furent pratiquées avec succès. Ses parents, entre autres sa grand'mère qui demeurait dans une ferme voisine, à Mervaville, éloignée du village de 3km,500, venait passer ses journées auprès de la petite malade. Le soir, elle rentrait à la ferme et gardait pendant la nuit deux des frères de Maria. Un de ceux-ci fut atteint de la scarlatine, dix-huit jours après le début de la maladie de Maria, bien qu'il ne fût pas sorti un seul jour de la ferme et qu'aucune personne atteinte de fièvre n'eût pénétré dans la maison. Tous ses autres frères et sœurs, au nombre de cinq, furent atteints à leur tour.

Remarques. — Dans ces deux observations, les vêtements ont pu, même à une assez grande distance, 13 kilomètres dans la première et 3km,500 dans la seconde, transmettre la contagion. Un assez grand nombre de faits analogues ont été rapportés par les auteurs, entre autres par Bernouilli, Rezek, Hildenbrand, etc. Ils ont été consignés par A. Sanné (art. Scarlatine du *Dictionnaire encyclopédique*, p. 365 et 366).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 2 OCTOBRE 1882.

Aucune communication concernant la médecine.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY, VICE-PRÉSIDENT.

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet de la part de M. le docteur *V. Poulet* (de Plancher-les-Mines, Haute-Saône) une étude manuscrite sur l'*emploi de l'acide hippurique et des hippurates en médecine* et une brochure intitulée : *Recherches expérimentales sur le principe acide du suc gastrique.*

M. le docteur *Lartigues*, médecin de 1re classe de la marine, envoie la copie d'un rapport officiel sur *la vaccination du personnel des Forges de La Chaussade.* (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *E. Collin* adresse une brochure ayant pour titre : *Du diagnostic des affections pulmonaires de nature arthritique et de leur traitement par les eaux sulfureuses sodiques et arsenicales de Saint-Honoré (Nièvre).*

M. *le Secrétaire annuel* dépose : 1° de la part de MM. les docteurs *Reverchon* et *Pagès* (de la Roche Gaudon, Mayenne) un mémoire imprimé sur *la famille Lochin*; 2° au nom de M. le docteur Marchionneschi (de Pise) une *Étude clinique sur les lochies*; 3° de la part de M. le docteur Dally (de Paris) une brochure intitulée : *Indications théoriques et pratiques sur l'hydrothérapie froide.*

M. *Bergeron* présente, au nom de M. le docteur *E. Vallin*, un *Traité des désinfectants et de la désinfection.*

M. *Brouardel* fait hommage, de la part de M. le docteur *Leudet* (de Rouen), de *Recherches sur les accidents causés à Rouen par l'empoisonnement saturnin chronique.*

M. *Rochard* dépose deux rapports de MM. les docteurs *Delrieu* et *Mourson*, médecins de 1re classe de la marine, sur les *vaccinations qui ont été pratiquées en Cochinchine du mois de février* 1881 *au mois de février* 1882. (*Commission de vaccine.*)

M. *Larrey* présente, au nom de M. le docteur *Bertherand* (d'Alger), une brochure intitulée : *Malaria et forêts en Algérie.*

M. *le Président* informe l'Académie que Mme veuve Woillez, exécutant le vœu de son regretté mari, fait don du portrait de Louis.

Rapports officiels. — M. *Jungfleisch* entretient l'Académie de l'examen auquel il a dû se livrer sur les remèdes secrets et nouveaux catalogués dans le registre spécial sous les nos 833, 11 354, 11 355, 11 364, 11 370, 11 371, 11 374; c'est tout ce qu'il suffit de mentionner à propos de ces soi-disant remèdes, qui sont tous l'objet de conclusions négatives.

M. *Constantin Paul* fait, par contre, émettre un avis favorable pour l'autorisation d'une source d'eau minérale, dite de Font-Savade, à Saint-Floret (Puy-de-Dôme) et d'une autre source, appelée Fontaine de Chanteloze (Puy-de-Dôme).

Péripneumonie contagieuse. — C'est avec les plus grands éloges que M. *Bouley* résume une note de MM. *Thiernesse* et *Degève* (de Bruxelles), le premier correspondant étranger de l'Académie, sur des expériences d'inoculation préventive de la pleuro-pneumonie contagieuse par injection intraveineuse. Le succès de ces expériences démontre dès maintenant : 1° que l'injection intraveineuse du virus de cette affection, à la dose de 2 grammes, est complètement inoffensive, si l'on prend la précaution qu'une seule goutte de liquide ne tombe dans le tissu cellulaire; 2° que cette injection jouit de la même propriété que l'inoculation caudale et 3° que l'immunité peut être parfaitement acquise sans qu'il soit nécessaire que l'infection de l'économie se traduise par les symptômes et les lésions qui caractérisent la maladie naturelle ou spontanée.

Choléra. — *Sur la situation sanitaire actuelle relativement au choléra*, tel est le titre de la courte note dont M. *Proust* donne lecture au milieu du plus grand silence. L'arrivée en Egypte de troupes indiennes et les bruits qui ont couru avec persistance dans ces derniers temps de l'apparition de cas de choléra parmi ces troupes, ont fait craindre

Songez quel avenir pour vous! Ce n'est pas une dénicheuse de sources, une *sourcière*, qu'on vous offre; vous n'en obtiendriez jamais que de l'eau claire; on ne vous montre pas non plus en perspective un de ces *trésors de Vigo*, comme on en mit un en actions il y a peu d'années, qu'il faut aller pêcher au fond de la mer et qu'on n'a chance de toucher qu'après s'être noyé. Non, avec la bonne fée Mourgue que j'ai le plaisir de vous présenter, votre fortune est faite, car vous n'ignorez pas que les entrailles de la terre sont pleines de vieux louis, dont la baguette de votre fiancée vous assure la possession. Que si, en cette affaire, le comité de rédaction de la *Gazette hebdomadaire* pouvait vous être bon à quelque chose, vous n'avez qu'à parler.

Agréez, etc.

X.

Hospices civils de Marseille. — Le lundi 4 décembre 1882, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, un concours public pour trois places d'élèves internes. — Le lundi 18 décembre, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert, dans le même hôpital, pour six places d'élèves externes.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Carrère, à Esternay, à l'âge de quatre-vingts ans; — de M. le docteur Martin, à Saint-Bonnet, qui était un des vétérans du corps médical de France (il était âgé de quatre-vingt-douze ans); — de M. le docteur Pégot, professeur de pathologie externe à l'École de médecine de Toulouse. Le docteur Pégot était ancien interne des hôpitaux de Paris et chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Guillaume Weisgerber vient d'être enlevé par une longue et douloureuse maladie à Ribeauvillé, où il laisse, comme homme et comme praticien, les souvenirs les plus honorables. Il était âgé de soixante-trois ans.

sune nouvelle invaion du fléau en Europe, d'autant que le Conseil sanitaire international d'Alexandrie n'est plus aujourd'hui que « l'ombre de lui-même », que les services de police sanitaire maritime en Egypte sont désorganisés et que, d'autre part, le pèlerinage de la Mecque va avoir lieu dans deux semaines. Il résulte des informations officielles qui ont été communiquées à M. Proust que l'armée anglaise n'a présenté aucun cas de choléra nostras, mais qu'un navire venant du Japon et ayant des cholériques à bord, a dû faire une quarantaine dans l'île de Camaran; d'autres cas se sont déclarés parmi les personnes débarquées. Or, cette station quarantenaire n'est pas suffisamment aménagée, et il conviendrait, en présence du danger que le prochain pèlerinage pourra faire courir à l'Europe, de faire prendre des mesures rigoureuses à la quarantaine de El-Wesch, suffisamment éloignée de Suez. Ces mesures en ce lieu, et non à Djebel-Tor ou aux sources de Moïse, ont pour elles la sanction de l'expérience; elles ont réussi à préserver l'Europe depuis plusieurs années. Aussi le gouvernement français n'a-t-il pas manqué de solliciter à cet égard l'intervention de l'Angleterre, toute-puissante en Egypte, dans ce pays qui est par expérience, comme le disait M. Fauvel, la clef de la situation par rapport à l'importation de la maladie sur le littoral méditerranéen. — L'Académie décide le renvoi de la note de M. Proust à MM. les ministres des affaires étrangères et du commerce.

Allaitement artificiel des nouveau-nés. — M. *De Villiers* défend la rédaction « si vague et si élastique » des conseils élémentaires aux mères et aux nourrices, rédigés par la Commission de l'hygiène de l'enfance de l'Académie, contre les critiques que lui a adressées M. Tarnier; il pense que les conditions de l'allaitement artificiel sont en effet essentiellement variables suivant la nature, l'âge et la constitution de l'enfant, les dispositions du milieu où il séjourne, etc., si bien qu'il est impossible de tracer à cet égard des règles fixes, mathématiques et immuables. Les nombreux travaux publiés antérieurement, les expériences tentées par MM. Parrot et Tarnier depuis quelques années, dans leurs services hospitaliers, suffisent pour s'en convaincre et il ne croit pas que la création d'un établissement spécial pour tenter l'expérimentation que réclame M. Tarnier puisse donner de meilleurs résultats Ce qui, suivant lui, domine tout dans l'allaitement des enfants et ce que rendent incontestable les faits acquis, c'est l'active surveillance, la propreté constante, l'observation journalière de la santé de l'enfant que des parents intelligents, une mère surtout, sont seuls capables d'apporter, avec le médecin, dans la nourriture de l'enfant.

Étoupe a pansement. — M. le docteur *Weber* lit une note sur l'étoupe à pansement, purifiée et antiseptique (voy. p. 670). — Cette note est renvoyée à l'examen de MM. Gosselin, Rochard et Léon Labbé.

Électrothérapie. — M. le docteur *Apostoli* conseille, dans la pratique de l'électrothérapie, l'usage comme électrode rigide de la terre glaise; il déclare qu'elle facilite et complète certaines applications de galvanocaustique chimique, limite et termine sûrement toute action électrolytique, assure une plus grande constance au courant, facilite les applications de longue durée tout en permettant de varier à volonté l'étendue et la forme des électrodes, permet de localiser l'action totale du courant et diminue la douleur des applications. — Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Regnault, Constantin Paul et Gariel.

Société de chirurgie.

Séance du 4 octobre 1882.— Présidence de M. Léon Labbé.

Correspondance. — Tétanos traumatique grave guéri par l'amputation. — Fibro-lipome de la paume de la main. — Traitement de la fistule anale par la ligature élastique. — Conicité physiologique des moignons.

La correspondance comprend: 1° le tome IIIe des *Mémoires de chirurgie* de M. Verneuil : *États constitutionnels et traumatismes;* 2° le 1er fascicule du tome III du *Traité de pathologie externe,* de MM. Jamain et Terrier.

— M. *Berger* communique une observation de tétanos traumatique grave guéri par l'amputation. Le tétanos traumatique est d'autant plus grave que la blessure est plus grande, et qu'il se complique d'accès chroniques. Un homme reçut un coup de feu à la main; l'articulation radio-carpienne était ouverte. Application de l'appareil ouaté de Guérin. Vers le cinquième jour, spasmes dans le membre, puis trismus, opisthotonos; accès partant de la main pour se communiquer aux autres membres ; contracture du diaphragme.

M. Berger enleva le bandage ouaté; aussitôt survint un spasme violent qui luxa le poignet. M. Berger pratiqua la désarticulation du coude et institua la médication chloralée (12 grammes par vingt-quatre heures).

A partir de l'opération, les spasmes surajoutés à l'état tonique disparurent; peu à peu le trismus et l'opisthotonos cessèrent; le malade guérit.

Dans d'autres cas de tétanos graves, le chloral n'amena pas la guérison, ce qui permet d'attribuer à la désarticulation une influence favorable. Ce n'est pas un moyen à employer dans tous les cas, mais quand le traumatisme a fortement endommagé une section de membre, le chirurgien n'hésitera pas à recourir à l'amputation.

M. *Théophile Anger* a fait aujourd'hui l'autopsie d'un enfant mort du tétanos. Cet enfant, âgé de treize ans, avait eu la main prise dans un engrenage; pansement au diachylon. A la suite d'un refroidissement, survinrent la courbature et l'opisthotonos, et le quatrième jour le trismus malgré le chloral et les injections d'ésérine.

M. *Després* dit qu'un de ses malades, ayant reçu une blessure analogue à celle du malade de M. Anger, et recouverte aussi par le diachylon, prit un refroidissement au même hôpital Cochin et le tétanos. Larrey avait remarqué que les vents d'ouest étaient favorables au développement de cette complication.

M. *Terrier*. Il faut tâcher de maintenir les blessés dans une température constante ; et malgré cela, on a parfois des accidents. Ainsi, un jeune étudiant en médecine ayant une fracture de jambe compliquée de plaie, prit le tétanos au quatorzième jour, et mourut. Il y a donc d'autres causes que le froid humide ou sec; la chambre du malade était tenue à température constante.

— M. *Després* fait un rapport sur une observation de M. Moulinier (d'Excideuil) : cas rare de fibro-lipome de la paume de la main. Ablation le 3 janvier 1882. L'examen histologique montre qu'il s'agissait bien d'un fibro-lipome, avec prédominance du tissu fibreux. C'est la sixième observation connue. Quand la tumeur est bien limitée à la main, le diagnostic n'est pas difficile. Si le lipome gagne le corps, il faut la distinguer des kystes à grains hordéiformes; ceux-ci sont spontanément douloureux et les doigts sont gênés dans leurs mouvements.

M. *Pozzi*. On peut rencontrer des angio-lipomes à la paume de la main, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, sous la peau. Parfois une concrétion calcaire se mêle au tissu graisseux.

— M. *Lucas-Championnière* fait un rapport sur un mémoire de M. Queyrel (de Marrolle) : *De l'emploi de la ligature élastique pour la guérison des fistules à l'anus*. Ce travail renferme cinq observations. Il semble à l'auteur que la fistule anale doit bénéficier de la ligature élastique; M. Lucas-Championnière a fait douze opérations avec le fil élastique.

M. Queyrel dit que ce moyen est exempt de dangers, même quand la fistule remonte haut. Il ajoute qu'on est à l'abri des hémorrhagies et qu'on n'a point de réaction inflammatoire ni de récidives. Pour ne pas avoir de récidive, il faut passer un fil dans chaque diverticulum. Enfin, le malade pourrait aller à ses occupations dès le jour même, la ligature étant peu douloureuse. Pour les fistules compliquées, il endormait ses malades. M. Lucas-Championnière a trouvé que les malades ne souffraient pas si on les immobilisait pendant deux ou trois jours.

La question de la douleur a été différemment jugée par les divers chirurgiens. Chez certains opérés, pas de douleurs; chez d'autres, douleurs excessivement vives. La douleur est en raison directe du volume du fil employé; plus le fil est gros, plus la douleur est vive. M. Queyrel emploie des fils très petits. Dans la thèse d'Adrien Simon il est indiqué qu'il est inutile de faire une grande constriction pour couper le pont fistuleux.

M. *Verneuil* combat de la manière la plus formelle ce procédé opératoire. Pour des fistules très petites, sans diverticulum ni décollement, il réussira peut-être, mais ne vaudra jamais le thermo-cautère. Le bistouri doit être définitivement abandonné pour la cure de la fistule à l'anus; il peut amener des hémorrhagies formidables. L'écraseur linéaire vaut mieux, mais le thermocautère est l'instrument de prédilection.

Les récidives sont dues le plus souvent à une opération incomplète, quelquefois à ce que l'opéré est phthisique. M. Verneuil a essayé cinq ou six fois la ligature élastique, et les malades ont beaucoup souffert. Le thermo-cautère peut remplacer avantageusement chez les diabétiques la ligature élastique.

M. *Marc Sée* a vu aussi des récidives quand il y avait des diverticulums, et la ligature élastique ne facilite pas l'exploration. Si l'on serre le fil très fortement, la douleur ne durera pas longtemps.

— M. *Kirmisson* présente un jeune homme de vingt ans, amputé de la jambe droite à l'âge de quatre ans, et qui a une conicité physiologique du moignon. Ce moignon est très douloureux. M. Kirmisson se propose de réséquer une portion de l'os et les nerfs.

L. Leroy.

REVUE DES JOURNAUX

Perte du nez et des yeux; fracture des maxillaires supérieurs; prothèse de la bouche et de la face, par M. C. Delalain.

Cette observation de prothèse est intéressante à cause de l'étendue des lésions auxquelles il a fallu remédier par la prothèse. Il s'agit d'un nommé Moreau (Joseph), qui, à la bataille de Bapaume, le 3 janvier 1871, fut frappé en pleine figure d'un éclat d'obus qui, lui traversant obliquement le visage de droite à gauche et de haut en bas, lui emporta les deux yeux, les parties diverses du nez et une portion de la mâchoire gauche supérieure, avec les dents y implantées.

Le blessé laissé pour mort, reprit connaissance la nuit, et fut recueilli par des infirmiers et transporté à l'hôpital d'Arras, où il resta neuf mois.

Moreau entra au Val-de-Grâce, et y resta jusqu'au 26 avril 1872, époque à laquelle M. Delalain, dentiste, fut autorisé à appliquer un appareil prothétique. A ce moment l'état du blessé est bon; mais la figure est irrégulière, déviée à gauche; elle paraît gonflée à l'angle gauche de la mâchoire inférieure par un épaississement des tissus mous. Si on soulève le bandeau qui couvre la lésion, la face présente un aspect hideux, par suite d'un enfoncement profond causé par la disposition d'une grande portion des parties osseuses et des parties molles qui les recouvrent. Une ouverture considérable permet, en suivant le plancher des os palatins, d'arriver jusqu'à l'arrière-bouche. Le sens de l'odorat est complètement perdu; il ne reste du nez que les ailes, le lobule et l'extrémité du cartilage de la cloison; les mouvements du maxillaire inférieur sont conservés, mais la mastication des aliments durs est impossible à gauche.

M. Delalain applique un premier appareil destiné à faciliter les pansements sans produire sur la muqueuse, qui suppurait encore, une pression, et aussi afin d'empêcher le courant d'air de dessécher la plaie et la muqueuse.

Quatorze mois plus tard, la plaie était guérie, il fallut extraire quelques dents, compléter la cicatrisation, et enfin M. Delalain put confectionner un appareil définitif, c'est-à-dire une véritable figure munie d'organes internes artificiels. Avec l'appareil définitif la respiration est devenue régulière: l'odorat a reparu; la mâchoire supérieure, consolidée par une pièce dentaire, présente aux dents naturelles inférieures un appui suffisant pour accomplir le travail de la mastication, la prononciation a repris sa netteté primitive; et le contour métallique de cette figure artificielle s'adapte si bien à la ligne sinueuse qui borde cette énorme solution de continuité que le vide le plus parfait est possible au dedans.

Nous ne pouvons ici décrire cet appareil dont les détails sont décrits très complètement et représentés à l'aide de figures dans le journal l'*Odontologie;* le mémoire présenté par l'auteur à l'Académie de médecine, a été jugé digne d'un prix. (L'*Odontologie*, juillet, août, septembre 1882.)

De la transplantation du tissu cartilagineux, par le docteur Prudden.

A la suite d'une série d'expériences, le docteur Prudden a constaté que les cellules d'un fragment de cartilage transplanté, continuent à vivre pendant plusieurs mois, soit en amenant la formation de cartilage nouveau embryonnaire; soit en s'accompagnant d'une résorption des éléments de leur tissu fondamental; soit en donnant lieu à une prolifération abondante de jeunes éléments de tissu connectif, semblables à ceux qui se produisent dans d'autres circonstances. Les portions de cartilages sont alors résorbées par les vaisseaux du tissu cellulaire de nouvelle formation qui les enveloppe, et cette résorption périphérique se produit en même temps que la résorption des éléments fondamentaux de l'intérieur des fragments du tissu cartilagineux ainsi transplanté. (*American Journ. of med. Sciences*, octobre 1881.)

Des hémorrhagies consécutives à l'amygdalotomie, par le docteur Lefferts.

Cette question peut être considérée à deux points de vue: d'une part, on redoute toute opération qui peut donner lieu à d'abondantes hémorrhagies consécutives; d'autre part, tous ceux qui ont écrit sur les maladies du pharynx, repoussent cette idée que l'amygdalotomie peut devenir dangereuse par une trop grande perte de sang. L'auteur, par l'analyse d'une série de cinq cents amygdalotomies, arrive aux conclusions suivantes: 1° les hémorrhagies mortelles

sont très rares; 2° les hémorrhagies graves sont plus fréquentes, mais rares encore cependant; 3° les hémorrhagies moyennes nécessitant l'emploi des astringents ou de la compression directe, paraissent aussi quelquefois. Mais dans l'immense majorité des cas, aucun accident n'a été observé. (*Archives of laryng.*, janvier 1882, et *The London med. Record*, 15 avril 1882.)

Remarques sur la rétraction des aponévroses plantaire et palmaire, par M. le docteur H. Reeves.

La rétraction de l'aponévrose palmaire n'est pas une affection rare chez la femme. L'habitude de jouer avec excès du piano en est la cause habituelle chez les jeunes filles de quinze à vingt ans. On doit, d'après l'auteur, attribuer cette affection soit à l'état rhumatismal ou goutteux; soit à des traumatismes, à des habitudes professionnelles; soit à l'état nerveux ou à l'hérédité. Les rétractions des deux premières variétés sont communes aux deux aponévroses palmaire et plantaire. Les rétractions de cause professionnelle sont fréquentes surtout parmi les bateliers, les cochers, les marins, les cordonniers et les écrivains. Parmi les rétractions de cause nerveuse, les plus fréquentes se montrent chez les hystériques, et sont alors de nature spasmodique. Elles siègent sur l'aponévrose plantaire. On les observe aussi sur d'autres malades, c'est ainsi que l'auteur en a observé un cas chez un marin qui en fut atteint, pendant que, les pieds nus, il manœuvrait sur les cordages. (*Brit. med. Journal*, 31 décembre 1881.)

Des effets produits par l'électrisation du nerf vague, par le docteur Rosenthal.

Les expériences ont été faites à l'aide du phréuographa simplifié, consistant dans un levier simple appliqué sur le face courbe du foie. Les mouvements diaphragmatiques étaient transmis par une ampoule de Marey, et inscrits sur un appareil enregistreur.

Le docteur Rosenthal a pu constater : 1° que dans le nerf vague, il existe des fibres respiratoires pouvant augmenter ou diminuer la fréquence de la respiration et jouant par conséquent un rôle régulateur; 2° que dans le nerf laryngé supérieur, il existe des fibres dont l'excitation a pour effet de diminuer la fréquence des respirations, et même quand elle est énergique, de les arrêter. Ces fibres seraient des nerfs inhibitoires des centres respirateurs, analogues aux nerfs inhibitoires du cœur; 3° que dans le nerf laryngé inférieur, il doit exister d'autres fibres, dont l'excitation suspend la respiration durant l'inspiration. L'action de ces nerfs est nulle quand l'animal a été narcotisé ou soumis à l'ablation préalable du cerveau. Ces fibres sont probablement sensitives et agissent indirectement sur les centres respiratoires, de sorte que les injections intra-veineuses d'hydrate de chloral, dans la jugulaire d'un lapin, suspendent complètement l'action des nerfs régulateurs, mais ne paraissent pas modifier les fibres nerveuses inhibitoires. (*Centralbl. für die med. Wiss.*, 1882, n° 22 et *The London med. Record*, 10 août 1882, p. 326).

Les troubles nerveux du myxœdème, par M. le docteur Hadden.

D'après une revue des travaux récents ayant cette maladie pour objet, le docteur Hadden fait remarquer que les symptômes principaux sont: la lenteur des mouvements, la peresse des opérations intellectuelles, l'abaissement thermique, la diminution de la sécrétion urinaire, l'œdème dur vasculaire et l'atrophie du corps thyroïde. La diminution de l'urée et l'abaissement thermique sont probablement le résultat de troubles de la nutrition interstitielle.

L'auteur considère cette maladie comme le résultat d'un spasme vasculaire (angiospasm), tandis que le goitre exophthalmique serait dû à la paralysie vaso-motrice. De là, dans la première affection, la diminution de volume du corps thyroïde, de là aussi son accroissement dans la deuxième maladie. Les conclusions du docteur Hadden sont celles-ci : 1° le myxœdème est une affection causée par des troubles de nutrition, sous la dépendance probable du spasme des vaisseaux; l'œdème est le résultat de l'encombrement des vaisseaux lymphatiques et de la transformation en mucine des produits accumulés dans les tissus; 3° l'atrophie du corps thyroïde peut s'expliquer par des troubles vaso-moteurs; 4° les troubles intellectuels sont le résultat d'altérations de l'encéphale; 5° le myxœdème est donc une entité morbide, qui peut s'accompagner d'autres troubles pathologiques, tels que la sclérodermie; 6° sa lésion initiale et essentielle siège donc vraisemblablement dans le système sympathique périphérique, ou bien dans la moelle allongée. Cette dernière hypothèse s'appuierait sur l'existence de symptômes bulbaires. (*Brain*, juillet 1882, et *The Boston med. and surg. Journal*, 10 août 1882.)

Du diagnostic de la synovite chronique de nature arthritique ou strumeuse, par le docteur Hutchinson.

La synovite chronique, d'après l'auteur, peut être sous la dépendance de l'arthritisme ou du lymphatisme. Les synovites arthritiques se rencontrent dans la goutte, le rhumatisme simple et goutteux, et dans le rhumatisme blennorrhagique. Dans cette forme, malgré l'engourdissement des membres, le retour des mouvements est la terminaison habituelle. Dans les synovites de nature strumeuse, on observe de l'épaississement de la synoviale, et la maladie a une tendance à devenir rebelle aux traitements. Les lésions destructives suivent leur marche et l'impotence des membres est une des terminaisons de cette affection. Enfin, dans la synovite de nature arthritique, les exercices méthodiques ne sont pas contre-indiqués. Ils sont au contraire, défavorables dans la synovite strumeuse. (*Brit. med. Journ.*, 4 mars 1882.)

Du diagnostic précoce de certaines affections organiques du système nerveux, par le docteur Séguin.

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes : 1° l'ataxie locomotrice peut se manifester bien avant l'apparition des accidents de la période ataxique, par des douleurs localisées, la perte de certaines actions réflexes: telles, par exemple, que celle de la pupille à la lumière, ou l'abolition des réflexes tendineux; enfin, par la paralysie des muscles moteurs de l'œil; 2° la paralysie agitante débute souvent par des tremblements ou les contractions fibrillaires de certains groupes de muscles, et surtout de ceux de la langue, de la face et des bras, par le tremblement de la parole, par l'inégalité des pupilles et par la démence; 3° les tumeurs cérébrales des régions motrices de l'encéphale, donnent lieu primitivement à des spasmes, qui prennent plus tard le caractère hémiplégique et épileptique, et qui souvent sont suivis de paralysies partielles, de rétinite et de céphalalgie. Ces phénomènes ont été décrits par les auteurs, et le docteur Séguin s'est donc contenté d'en donner une énumération et un résumé. (*New York med. Record*, 1881.)

BIBLIOGRAPHIE

Documents sur les falsifications des matières alimentaires et sur les travaux du laboratoire municipal de Paris. — Paris, Imprimerie municipale, 1882.

Le rapport que M. le chef du laboratoire municipal d'hygiène de la ville de Paris vient de publier sur les travaux de ce service pendant la première année de son organisation régulière, renferme les documents les plus précis et les plus complets qui puissent être aujourd'hui recueillis sur la recherche des falsifications si nombreuses dont les matières alimentaires sont l'objet. Comme il convient, c'est de chimie pure qu'il s'agit le plus souvent dans l'exposé de ces investigations, devenues si délicates; cependant le médecin et l'hygiéniste doivent prendre un grand intérêt aux résultats que cet important volume enregistre, car ces résultats les renseignent sur les qualités exactes ainsi que sur les variations des matériaux auxquels la vie et la santé demandent leur entretien. Voici, par exemple, que l'Académie de médecine est engagée, sur l'initiative de MM. Tarnier et Parrot, dans une discussion qui promet d'être des plus approfondies, relativement à l'allaitement artificiel des nouveau-nés; la plupart des recherches de laboratoire que la médecine peut utiliser dans l'expérimentation que M. Tarnier souhaite de voir organisée dans une sorte de crèche spéciale, sont consignées dans ce recueil et l'on y peut voir, non seulement quelle doit être la composition moyenne du lait, à l'aide de quelles méthodes d'analyse ses falsifications doivent être étudiées, mais encore quelles variations sont dues à la race des animaux, à l'époque du part, à l'époque de la traite, à l'alimentation et à la saison, etc. C'est sur 1008 échantillons de lait que le laboratoire municipal a porté ses recherches pendant l'année 1881; sur ce nombre, 838 ont été prélevés soit par les experts inspecteurs, soit par les commissaires de police, et le public a fourni pour son compte 170 échantillons. Les laits prélevés par les experts inspecteurs et les commissaires de police présentaient 45,46 pour 100 d'échantillons mouillés à 10 pour 100 d'eau et au-dessus, tandis que ceux apportés par le public ont donné 46,79 pour 100 d'échantillons de lait mouillés à 10 pour 100 et au-dessus. D'autre part, si l'on consulte les renseignements recueillis en Angleterre, pendant l'année 1880, on remarque qu'à Londres, sur 100 échantillons, il n'y en avait que 26,46 pour 100 de mouillés, 21,80 dans les grandes villes de l'Angleterre, 20,40 dans les comtés et 22 dans les bourgs; ainsi, comme le dit M. le chef du laboratoire, « le mouillage à Paris est dans un état de prospérité remarquable, près du double de celui de Londres ». Il ajoute quelque part qu'il y a trouvé assez souvent jusqu'à 43 pour 100 d'eau, sans compter les autres altérations si diverses avec lesquelles on cherche à dissimuler la fraude. La moyenne adoptée par le laboratoire pour la composition du lait est ainsi fixée : densité, 1033; degré au crémomètre, 10; matières fixes, 130; beurre, 40; lactine, 52,7; caséine et albumine, 36; sels, 6. Notons encore parmi les documents publiés une étude très intéressante qui permet de se faire une opinion définitive sur les diverses préparations plus ou moins « lactées » que l'industrie s'évertue d'offrir à la crédulité publique.

Nous ne faisons qu'entr'ouvrir ce rapport de M. Charles Girard, le savant et dévoué directeur du laboratoire, et nous n'en saurions faire une analyse complète; nous avons voulu seulement le signaler de suite à l'attention de ceux qui doivent y prendre part, comme de ceux qui suivent la discussion actuellement pendante à l'Académie de médecine. Quant au fonctionnement du laboratoire, nos lecteurs savent sur quelles bases il a été établi; les services qu'il a déjà rendus, la faveur qu'il a rapidement conquise auprès de la population parisienne et les projets de créations analogues à l'étude dans plusieurs villes de France disent assez combien et avec quelle parfaite discrétion il a su rendre de services à la bonne administration de la police sanitaire, à la loyauté commerciale et avant tout à la santé des habitants. Les travaux qu'il a poursuivis dans diverses directions, et plus particulièrement la détermination des moyennes normales des principales substances alimentaires, afin d'établir pour les denrées des « types » qui serviront bien quelque jour de base à un Codex spécial, en ont fait désormais une de ces institutions auxquelles on s'habitue si bien et si vite qu'il semble qu'elles aient toujours existé; tout le monde sait maintenant, à Paris, qu'il est une quarantaine de personnes, toutes de compétence reconnue et prouvée, qui prennent chaque jour soin de la pureté de l'alimentation et qui s'efforcent de définir ce qu'on nous fait exactement ingérer, ce que vaut l'eau que nous buvons, ce que contient l'air que nous respirons. La médecine et l'hygiène doivent leur en savoir grand gré.

A. J.-M.

Index bibliographique.

Leçons de clinique médicale (maladies de la gorge et de l'estomac), professées à l'École de médecine d'Angers par M. E. Briand, recueillies par M. Thibault, revues par le professeur. 1er fascicule, 1 vol. in-8 de 156 pages. — Angers, 1881. Lachèze et Dolbeau.

Les Leçons que publie M. Briand ne sont pas reproduites *in extenso*, c'est une sorte de canevas que l'auteur met sous les yeux du lecteur; nous n'en voulons pas donner d'autre preuve que ce détail de vingt leçons publiées en 156 pages d'un texte peu compact, et renfermant toutes les maladies de la gorge, de l'œsophage et de l'estomac. Cette forme condensée n'est pas nécessairement une cause de banalité, et nous ne voulons pas conclure à première vue que l'auteur manque de toute originalité; c'est là évidemment ce qu'il importe surtout de vérifier, car, si clair soit-il, ce court résumé, s'il n'est qu'un programme des cours classiques, ne mérite pas d'attirer l'attention.

Or quoiqu'il soit chargé d'un cours de pathologie, c'est-à-dire d'un exposé théorique, M. Briand a surtout voulu mettre en relief le côté pratique, et professer en quelque sorte des leçons de clinique; pour des élèves, dit-il, peu nombreux et qui n'ont entre les mains que des moyens d'étude très limités, c'est exclusivement à la clinique qu'il faut s'attacher. Voyons comment il a atteint ce but.

Dans ce premier fascicule, il traite des stomatites, des angines, des maladies de l'estomac. Nous prendrons comme exemple ce qu'il dit des angines, et en particulier de l'angine diphthéritique. L'auteur se refuse à admettre l'influence de l'humidité et du froid; pour lui, quand la diphthérie se développe en apparence dans ces conditions, il faut toujours reconnaître une influence de contagion au moins à distance. Il résume ensuite très vite les accidents qui sont produits par la diphthérie maligne et par un certain nombre d'exemples bien choisis; il fait voir à ses élèves combien le praticien doit réserver son pronostic même dans les cas qui paraissent les plus favorables, car souvent on voit, alors que le malade a échappé aux accidents locaux, la mort survenir sous l'influence de l'épuisement général dû à l'intoxication.

Nous avons choisi cet exemple, mais nous aurions pu prendre tout autre sans la moindre difficulté. Dans les affections gastriques comme dans celles de la gorge, l'auteur passe à grands traits sur les détails classiques et bien connus; il insiste sur les particularités d'un intérêt clinique réel. Cette publication n'est donc pas sans mérite, et de plus elle a l'avantage de montrer que, dans nos écoles secondaires, l'enseignement est donné par des maîtres instruits et dirigé avec méthode et science véritable.

O veneno ophidico e os seus antidotos, par le docteur J.-B. de Lacerda. Brochure in-8° de 65 pages. — Rio-de-Janeiro, 1881.

Cette brochure mérite une mention toute particulière; elle renferme un nombre assez considérable de cas d'intoxication par le venin des serpents et des expériences sur l'action physiologique de ces venins et leurs antidotes. L'auteur était bien placé pour étudier cette question : aussi nous espérons que c'est là une communication provisoire, et qu'il poursuivra ses recherches.

DU CLIMAT DE NICE ET DE SES INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS EN GÉNÉRAL, par M. le docteur A. BARÉTY. 1 vol. in-8° de 120 pages. — Paris, 1882. O. Doin.

Le petit livre de M. Barély se distingue des publications de ce genre en ceci surtout que l'auteur admet les contre-indications du climat de Nice. Les médecins y trouvent bien résumés tous les renseignements dont ils peuvent avoir besoin avant de diriger un malade vers ces climats.

TRAITEMENT ET CURABILITÉ DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PAR L'ÉLECTRICITÉ, par le docteur Joseph ALAVOINE. In-8°. — 1882. Alphonse Derenne.

L'auteur prétend que, dans les cas qu'il a soignés par l'électricité, il a toujours obtenu de bons effets, non pas des guérisons constantes, mais au moins des améliorations. Nous ne voulons pas juger trop sévèrement ce travail; mais, dans une maladie aussi fréquente, quand on essaye une méthode, surtout une méthode inoffensive, on ne se contente pas de publier trois cas très détaillés, on donne au moins un sommaire de *nombreux autres;* c'est tout ce que nous voulions dire.

FORMULAIRE MAGISTRAL POUR LES MALADIES DES ENFANTS, par le docteur S. E. MAURIN. 1 vol. in-32 de 400 pages. — Paris, 1881. Germer Baillière.

Un formulaire à l'usage des maladies de l'enfance est certainement un livre utile; que de fois un jeune praticien n'est-il pas embarrassé auprès du lit d'un petit malade parce qu'il ne sait à quelle dose employer un médicament dont l'indication est évidente: c'est qu'en effet il n'y a pas seulement entre l'adulte et l'enfant une différence du plus au moins, il y a des susceptibilités et des résistances particulières au jeune âge; l'auteur signale ces particularités; peut-être ne les fait-il point assez connaître; mais, comme il le dit lui-même, il s'agit d'une première tentative que l'avenir perfectionnera. Voilà tout ce que nous pouvons dire de ce livre, c'est l'usage seul qui permettra de le juger. L'auteur a cru devoir terminer par une liste des spécialités destinées plutôt au jeune âge; c'est encore là, croyons-nous, une bonne idée.

VARIÉTÉS

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été promus dans le corps de santé de l'armée de terre, savoir :

Au grade de médecin principal de 1re classe : (Choix.) M. Mathis (Claude-Constant-Victor), médecin principal de 2e classe.

Au grade de médecin principal de 2e classe : (Choix.) M. Moussu (Amédée-Charles-Eugène), médecin-major de 1re classe. — (Choix.) M. Haro (François-Auguste), médecin-major de 1re classe. — (Choix.) M. Dieu, médecin-major de 1re classe.

Au grade de médecin-major de 1re classe : Les médecins-majors de 2e classe dont les noms suivent : (Ancienneté.) M. Delamare (Georges-Abel). — (Choix.) M. Desmonceaux (Adrien Louis). — (Ancienneté.) M. Loewel (Michel). — (Choix.) M. Cuq (François-Marie-Paul). — (Ancienneté.) M. Guilhem (Barthélemy-Paul-Marcel). — (Choix.) M. Lepage (Alfred-Romain). — (Ancienneté.) M. Lux (Joseph-Emile). — (Choix.) M. Bachelet (Victor-Lucien). — (Ancienneté.) M. Desprez (Emile-Pierre). — (Choix.) M. Millet (Louis-Joseph). — (Ancienneté.) M. Bourgeois (Paul-Augustin). — (Choix.) M. Laurent (Alexis-Charles Eugène). — (Ancienneté). M. Foulquier (Adolphe). — (Choix.) M. Bressy (Jules-Joseph). — (Ancienneté.) M. Florance (Alexandre-Anatole). — (Choix.) M. Demmler (Anastase-Gustave-Adolphe). — (Ancienneté.) M. Breton (Emile-Jean). — (Choix.) M. Donat (Joseph-Julien). — (Ancienneté.) M. Bédoin (Laurent-Louis-Théodore). — (Choix.) M. Jacquin (Albert). — (Ancienneté.) M. Bidalot (Jean-François). — (Choix.) M. Grach-Laprade (Marie-Joseph-Gustave). — (Ancienneté.) M. Le Cadre (Julien-Marie). — (Choix.) M. Vigenaud (Ernest-Charles-Ange-Norbert). — (Ancienneté.) M. Vincent (Bruno-Marie-Théodore). — (Choix.) M. André (Charles-Agnan-Stéphane).

Au grade de pharmacien principal de 1re classe : (Choix.) M. Pélissié (Guillaume-Marie-Roselly).

Au grade de pharmacien principal de 2e classe : (Choix.) M. Debeaux (Jean-Odon). — (Choix.) M. Viltard (André-Prosper-Augustin).

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : (Choix.) M. Barillé (Auguste-Eloi). — (Ancienneté.) M. Dubois (Jules-Léon). — (Choix.) M. Maisonnier (Prosper). — (Ancienneté.) M. Lacour (Pierre-Eymard). — (Choix.) M. Raby (Louis-Hippolyte).

CONCOURS POUR L'INTERNAT. — Le jury pour le concours de l'internat en médecine est ainsi constitué : MM. Hervieux, Potain, Polaillon, d'Heilly, Raymond, Félizet et Reclus.

La question écrite qui est sortie de l'urne est : *Nerfs récurrents; anatomie pathologique; symptômes et diagnostic de l'apoplexie pulmonaire.*

CONCOURS POUR L'EXTERNAT. — Le concours pour les places d'externe aux hôpitaux de Paris s'est ouvert le 10 octobre. Le jury est composé de MM. Danlos, Gombault, Tapret, Barth, Duret, Reynier et Henriet. Pour la première fois, les étudiantes sont admises à concourir.

MORTALITÉ A PARIS (40e semaine, du vendredi 29 septembre au jeudi 2 octobre 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1018, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 134. — Variole, 5. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 23. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 39.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 197. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 45. — Bronchite aiguë, 19. — Pneumonie, 30. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 53; au sein et mixte, 33; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 86; de l'appareil circulatoire, 58; de l'appareil respiratoire, 60; de l'appareil digestif, 60; de l'appareil génito-urinaire, 29; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 23. — Causes non classées, 7.

Conclusions de la 40e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1178 naissances et 1018 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient 934, 991, 932, 941. Le chiffre de 1018 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur à chacun des chiffres des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir une aggravation pour la fièvre typhoïde (134 décès au lieu de 57 pendant la 39e semaine), la diphthérie (23 au lieu de 19), la coqueluche (5 au lieu de 1). A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 5 décès par variole (au lieu de 3) et 2 par scarlatine. Les décès par rougeole (6), par érysipèle (5) et par infection puerpérale (5), ont atteint le même chiffre que pendant la précédente semaine. En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la variole (12 malades reçus du 25 septembre au 1er octobre, au lieu de 14 entrés pendant les sept jours précédents) et pour la diphthérie (23 au lieu de 99), et supérieur pour la fièvre typhoïde (536 au lieu de 213).

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Éléments d'orthopédie, par M. le professeur Dubrueil. 1 vol. in-18 avec 84 figures intercalées dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 6 fr.

Les affections oculaires chez les gens de la campagne, par M. le docteur G. Martin. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

MOTTEROZ, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur **A. DECHAMBRE**

MEMBRES : MM. les docteurs **BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE**
L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 19 octobre 1882.

LE PSEUDO-LIPOME. — LA GREFFE CUTANÉE ET LA CHIRURGIE DE LA FACE. — L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE A PARIS. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : le pseudo-lipome.

Nos lecteurs se rappelleront sans doute la lettre adressée, dans la *Gazette hebdomadaire*, à M. le professeur Potain, par M. le professeur Verneuil, sur une affection ou plutôt une particularité anatomique du cou, ayant son siège principal au niveau du creux sus-claviculaire, et auquel il a donné le nom de *pseudo-lipome* (*Gaz. hebd.*, 1879, p. 745). M. Potain ayant attendu en vain, jusqu'à ce jour, l'occasion d'éclairer la véritable nature de ce gonflement élastique et indolent par les vérifications décisives de l'anatomie pathologique, s'est décidé à venir répondre à son collègue devant l'Académie, où, par parenthèse, on a été peu surpris de le voir, après sa lecture, s'asseoir sur une des stalles, tant on est étonné qu'il n'appartienne pas à la Compagnie. Nous publions ci-après la plus grande partie de son mémoire; on y verra comment notre savant confrère a tourné la difficulté en demandant à la pathogénie ce que lui refusait l'anatomie pathologique, et comment, par des observations répétées et d'ingénieux aperçus, il a étendu le champ du pseudo-lipome.

Nous ne ferons que deux remarques.

Pour M. Potain comme pour M. Verneuil (et aussi pour M. Lucas-Championnière, cité par ce dernier dans sa lettre), la cause dominante du gonflement sous-cutané est l'arthritisme, auquel le premier ajoute, pour certains cas, une action réflexe vaso-motrice. Ne considérant que l'action rhumatismale directe, on se demande en quoi elle consiste. Très probablement, répond M. Potain, en un état de congestion séreuse, produisant une sorte d'œdème dur, ne conservant pas la trace de la pression du doigt. Cette interprétation est assurément plausible. Embrasse-t-elle la totalité du fait, et le tissu cellulo-graisseux ne tend-il à faire saillie en dehors que par l'effet d'un état congestif? Nous avons observé deux cas de pseudo-lipome sus-claviculaire, dont un, qui remonte à plus de quinze ans, pourrait bien correspondre à l'une des observations de M. Verneuil. La tumeur était double; des deux côtés elle était bien circonscrite à la partie supérieure, mais beaucoup moins sur les côtés, et, en bas, elle descendait un peu au-dessous de la clavicule, pour se confondre avec le devant de la poitrine. Or, après avoir, comme M. Verneuil, constaté qu'il n'existait pas d'emphysème des sommets, nous n'avions rien vu dans les saillies anormales qui pût suggérer la pensée d'une congestion séreuse ou passée ou présente ; nous avions même eu l'idée que l'affaiblissement de l'aponévrose superficielle du cou pouvait expliquer l'expansion du tissu cellulo-graisseux sous-jacent, et réaliser à un degré pathologique ce qui s'observe normalement chez un certain nombre de sujets, plus particulièrement chez la femme. Nous ajoutons volontiers que le peu de résistance de cette aponévrose n'est guère favorable à notre supposition. En serait-il de même pour les pseudo-lipomes des diverses régions où M. Potain en a également rencontré? L'affaiblissement des aponévroses est un effet connu de l'affection rhumatismale ou goutteuse.

Notre seconde remarque sera courte : dans un des cas que nous avons observés, le développement du gonflement sus-claviculaire a suivi de si près (au dire du sujet) celui de tumeurs hémorrhoïdales volumineuses et fréquemment fluentes, qu'il y aurait lieu, peut-être, dans l'avenir de rechercher cette coïncidence. On sait d'ailleurs que les hémorrhoïdes sont les compagnes ordinaires de la goutte.

N'oublions pas d'ajouter que nos deux sujets appartenaient au sexe féminin, ce qui est en rapport avec les résultats statistiques mentionnés par nos deux confrères. On sait, du reste, que le rhumatisme chronique est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Du moins cela est-il établi pour certaines formes de la maladie.

— La question de l'allaitement artificiel est revenue mardi et doit retenir assez longtemps l'Académie. La tribune a été occupée par M. Guéniot. Nous reviendrons sur ce débat en temps et lieu.

La greffe cutanée et la chirurgie de la face.

Isoler un lambeau de tissu de son milieu naturel, le priver un instant de toute connexion avec la circulation générale, puis l'appliquer dans une autre région pour qu'il y prenne racine, y vive et s'y nourrisse par l'intermédiaire de vaisseaux nouveaux, a été considéré pendant longtemps comme un jeu de physiologiste sans application directe de quelque importance pratique. Les chirurgiens souriaient aux récits qui nous venaient de l'Inde, et seuls les romanciers osaient prétendre que d'un morceau de fesse on pouvait faire un nez.

Aussi, lorsqu'une restauration de la face, surtout du nez et des paupières, devenait nécessaire, c'est aux dépens des tissus pris au pourtour de l'organe détruit que l'autoplastie se faisait par transposition, glissement, pivotement, déplacement ou torsion. Il restait toujours un pédicule, sorte d'isthme vasculaire pour unir le lambeau à son lieu d'origine, et, même dans la méthode italienne, le bras auquel on emprunte la peau est rapproché de la figure et maintenu par un appareil; le lambeau suturé aux lèvres avivées de la perte de substance faciale demeure adhérent en un point et peut se nourrir par ses anciens vaisseaux jusqu'à complète cicatrisation.

La chirurgie ose davantage maintenant. Elle ne craint pas d'enlever à un lambeau tous ses rapports vasculaires, de le transplanter d'une région dans une autre et même d'individu à individu. Et cette méthode audacieuse a déjà donné des succès assez multipliés, elle a été tentée par d'assez nombreux chirurgiens pour entrer dans la pratique courante, soumise qu'elle est à des règles précises qui méritent d'être vulgarisées. C'est ce que nous essayerons de faire en suivant pas à pas le travail de notre ami Charles Monod, dont le rapport est un des plus remarquables qu'ait publié la Société de chirurgie en 1881. Nous aurons aussi recours à l'excellente thèse de son élève, M. le docteur Louis Bolliet.

I

La tradition nous avait légué des faits qui semblent rendre indiscutable la possibilité de la greffe. Au dix-huitième siècle, un chirurgien de marque, Garengeot, citait avec détail l'observation d'un soldat dont le nez, coupé d'un coup de dent et tombé à terre, avait été ramassé, nettoyé et appliqué de nouveau avec succès par un barbier du voisinage. On accusa Garengeot de trop de crédulité ou même de mensonge, bien qu'on eût pu retrouver plusieurs cas analogues dans les recueils du temps. On fut plus poli, mais aussi incrédule, lorsque Dutrochet raconta que son beau-frère, général d'un prince maratte, avait vu des Indiens, détenteurs de procédés héréditaires, restaurer avec un lambeau pris sur la fesse le nez d'un de ses sous-officiers.

Les nombreuses expériences des physiologistes du commencement du siècle n'ont jeté sur la greffe cutanée qu'un jour très douteux, et si, en 1804, Baronio (de Milan) obtenait de magnifiques succès dans vingt-sept expériences sur des animaux, Gohier (de Lyon) échouait constamment tout en se plaçant dans des conditions identiques. Wiesmann, Dieffenbach, et plus récemment Paul Bert, G. Martin, Armaignac, Ollier, bien d'autres encore, furent moins malheureux. Mais tous n'en constatèrent pas moins la difficulté de ces transplantations sur les animaux d'ordinaire fort indociles. La clinique heureusement a été plus fertile que l'expérimentation, et ce sont les chirurgiens qui fourniront à cette étude les faits les plus nombreux et les plus démonstratifs.

D'abord, quant aux « replantations » analogues à celles dont parle Garengeot, le doute n'est plus possible; G. Martin, dans sa thèse de 1873, a relevé vingt-sept observations, et le médecin des duels à Heidelberg insiste sur les services que rend cette méthode. Il est probable même qu'un nez emprunté à un autre individu prendrait racine après avivement et suture. C'est du moins l'opinion de Dolbeau; pour des motifs autres que la crainte d'un échec, il refusa pourtant d'en faire l'essai sur un riche étranger qui avait acheté un pauvre diable dont le nez devait servir d'étoffe. On cite bien l'histoire d'un brigand qui apporta au chirurgien, pour se le faire appliquer, un nez coupé à un passant. Mais le fait n'est que vraisemblable. Tenons-nous-en aux greffes proprement dites : en 1823, Bunger (de Marburg) refait, chez une demoiselle, un nez aux dépens d'un lambeau détaché de la région antéro-externe de la cuisse. Malgré le sphacèle d'un peu de tissu transplanté, le résultat fut bon. Il y aurait eu un succès semblable dans un cas de Laugier.

La chirurgie des paupières nous fournit les exemples les plus nombreux, bien que les premières tentatives soient de date récente. En 1870, M. Le Fort eut l'idée d'appliquer à la cure de l'ectropion un procédé de rhinoplastie employé dans l'Inde et dont il trouva l'indication précise dans un journal de Calcutta. Voici l'opération de M. Le Fort : Pour un renversement cicatriciel de la paupière consécutif aux cautérisations d'une pustule maligne il pratiqua une blépharorrhaphie; puis, le tissu inodulaire enlevé, la perte de substance fut comblée par un large lambeau pris au bras. Il n'y eut pas adhérence et l'insuccès fut complet. M. Le Fort ne se découragea pas et, en 1872, il put présenter à l'Académie de médecine, un malade guéri par son procédé nouveau. « Le lambeau ne se distinguait de la peau voisine que par une coloration un peu plus pâle. »

Deux ans plus tard, une observation nous arriva de la clinique de Stellwag von Carion. Le lambeau emprunté au bras s'était en partie sphacélé, mais il en restait assez pour que le bon résultat ne fût pas compromis. En 1875, M. de Wecker et Sichel fils suivirent la voie tracée par M. Le Fort et devinrent des partisans résolus du nouveau procédé. A ce moment, Wolfe, de Glascow, publia un succès; il décrivit le manuel opératoire et sembla se poser comme le promoteur de la greffe cutanée dans la chirurgie oculaire. Cette erreur fut assez partagée pour qu'on voulût imposer à cette autoplastie le nom de « méthode de Wolfe ». Dans son rapport à la Société de chirurgie, et par un simple rapprochement de date, M. Monod a fait justice de cette prétention.

Il n'en est pas moins vrai qu'à partir du mémoire de Wolfe la méthode se généralise; de tous côtés on y a recours et les succès se multiplient. Wadsworth, de Boston, Mazzuchelli, Zehender, Howe, Kipp, Aub. Corson, Reeve, Noyes, Thiersch, G. Martin, Mathewson, Vitali, Meyer, Abadie — et nous ne les citons pas tous — répètent une ou plusieurs fois cette opération. Aussi, dans sa thèse où il nous donne toutes ces indications, M. Bolliet nous fournit un total de 68 observations de greffe cutanée sur surface cruente pour la restauration des paupières. C'en est assez pour juger sainement la méthode.

II

La greffe nous semble surtout réservée aux restaurations partielles de la face. Encore là son champ se limitera-t-il sans doute aux réparations des paupières. Pour les lèvres, la joue et même pour le nez les difficultés sont plus grandes.

On conçoit combien les conditions sont plus défavorables. Le lambeau détaché ne s'applique que suivant les bords avivés et non sur des surfaces. La plus grande partie est sans soutien, comme flottante; les vaisseaux de formation nouvelle ne le pénètrent que sur les côtés; sa nutrition est donc bien précaire et le sphacèle sera fréquent. Aussi, autant nous admettons, dans la rhinoplastie, l'excellence de la « replantation », autant nous craindrions les déboires chez les sujets autoplastiés par simple greffe cutanée.

Les conditions de succès sont tout autres dans la blépharoplastie: le lambeau s'applique par sa surface et par ses bords cruentés et les vaisseaux l'abordent de toute part pour y rétablir la circulation interrompue. Aussi est-ce pour ces réparations de la paupière que la greffe cutanée rendra et a déjà rendu les plus grands services. Car non seulement elle améliore l'esthétique du visage fort compromise, mais encore elle s'oppose aux graves accidents qu'entraîne avec lui le renversement des voiles palpébraux. On sait en effet qu'alors le globe oculaire que rien ne protège contre les aggressions extérieures, s'irrite, s'enflamme et peut se perdre complètement.

Toutes les fois donc qu'une large perte de substance faite aux environs de la paupière permettra de craindre la rétraction cicatricielle et le renversement consécutif du cartilage tarse on aura recours à la greffe cutanée sans attendre l'apparition de l'ectropion. C'est là une indication précise et déjà, dans plusieurs observations de tumeurs, papillômes ou épithéliomas, nous voyons que la transplantation immédiate d'un lambeau a conjuré l'ectropion et ses graves conséquences. Les cas de M. Ollier, de Noyes et le fait de M. Meyer sont là pour témoigner du succès que l'on peut obtenir.

Dans le plus grand nombre des observations, l'ectropion existait déjà; le plus souvent il dérive d'une brûlure, chute dans le feu, explosion de gaz. Parfois il survient à la suite des cautérisations profondes nécessitées par une pustule maligne. Il a aussi pour origine des abcès froids, des scrofulides de la peau, une carie des rebords orbitaires. Enfin, dans des cas plus rares une blépharo-conjonctivite en serait la cause. Ces accidents ou ces maladies aboutissent à l'ectropion.

Il faut avoir recours à une opération. Et certes, à chance égale de réussite, la greffe cutanée est bien supérieure aux autres procédés de blépharoplastie. Nous ne parlerons pas de la méthode italienne, malgré le beau succès qu'elle a donné récemment à Berger. Les malades ne se soumettent qu'avec la plus extrême répugnance aux positions forcées qu'elle exige et dont la continuité provoque des souffrances souvent intolérables. La malade de Berger ne dut-elle pas rester 21 jours avant qu'on sectionne le pédicule? Les plus patients y renoncent le plus souvent, d'autant que la guérison n'est pas toujours au bout de tant d'efforts.

Les procédés indiens et français ont aussi leurs inconvénients. D'abord ils ne sont pas toujours applicables et l'on ne peut y songer lorsque la peau voisine des paupières est altérée dans une trop grande étendue. Puis la torsion du pédicule, outre qu'elle provoque parfois la mortification du lambeau, forme toujours un bourrelet disgracieux. D'ailleurs le lambeau emprunté sur le front, la tempe ou la joue, manque à la région d'où il est tiré. On enlève à l'une ce que l'on donne à l'autre, et l'esthétique s'accommode peu de la nouvelle brèche.

Si du moins l'ectropion guérissait toujours! Mais il y a des échecs; le lambeau se gangrène parfois et le malade n'est-il pas alors dans une position plus précaire qu'avant l'intervention du chirurgien? « Quel opérateur, dit de Wecker, n'a éprouvé un serrement de cœur lorsqu'il lui faut porter le bistouri au voisinage de l'œil non défiguré par la cicatrice? N'est-il pas constamment poursuivi par cette idée que les méthodes les plus ingénieuses peuvent manquer, et qu'il met le malade dans une position plus critique que celle où il se trouvait auparavant? »

Avec la greffe cutanée, rien de semblable n'est à craindre. Si l'on ne réussit pas, et nous verrons tout à l'heure dans quelle proportion on échoue, le patient ne se trouve-t-il pas dans la même situation qu'avant l'autoplastie, car nous comptons pour peu de chose le lambeau enlevé à la partie interne du bras ou dans quelque autre région peu accessible à la vue et voilée par les vêtements. Sous les nouveaux pansements, la cicatrisation de la perte de substance est rapide, et n'entraîne pas de complication.

La greffe cutanée a été, selon Bolliet, pratiquée 68 fois de 1870 à 1881, et voici comment on peut décomposer ce total. Un ou plusieurs jours après l'opération on trouve 45 cas où le résultat est bon; 20 où il est mauvais et 3 où il n'est pas indiqué. Le contrôle définitif, un ou plusieurs mois après l'opération, ne change guère les termes de la proportion, et l'on constate 39 cas déclarés bons, 20 mauvais et 5 non indiqués. On doit être très satisfait et la comparaison est possible avec la statistique des autres méthodes. La blépharorrhaphie simple, sans autoplastie, a donné, dans 14 cas rassemblés par Filhol, 1 cas très satisfaisant, 3 améliorations, 1 insuccès, 8 cas non constatés. Dans une autre série, où l'occlusion des paupières a été combinée à l'autoplastie sur 17 cas, 1 est très satisfaisant, 6 satisfaisants; il y a 1 insuccès et 9 résultats non constatés. N'oublions pas d'ailleurs que les procédés italiens, indiens et français demeurent comme dernière ressource, et si la greffe échoue on peut, en dernier lieu, emprunter aux régions voisines le lambeau réparateur. Il est toujours temps de tenter ces opérations, dont le succès n'est en rien compromis par l'essai préalable d'une méthode meilleure.

III

Le manuel opératoire de la greffe cutanée est soumis à des règles précises que, sous peine d'échec, il faut suivre étroitement. Nous n'insisterons pas sur la nécessité d'un avivement régulier, de l'extirpation totale du tissu inodulaire, de l'hémostase rigoureuse et de la propreté absolue de la brèche sur laquelle on doit appliquer le lambeau. Ce sont là les précautions obligées de toute autoplastie, tout comme l'emploi rigoureux de la méthode antiseptique. Il paraît inutile d'imiter la pratique indienne et de « fustiger » le lambeau pour y activer la circulation. M. Le Fort avait remplacé la flagellation par un sinapisme. Mais, lors de sa seconde opération, il a renoncé à cette manœuvre, maintenant abandonnée de tous.

Le lieu d'origine du lambeau n'est pas indifférent. Il faut renoncer à l'espoir de prendre la greffe hors de l'espèce humaine; les tissus empruntés à des animaux se résorbent lorsqu'ils ne se gangrènent pas, et à leur place il reste une surface bourgeonnante qui s'organise en membrane inodulaire; l'autoplastie a été stérile. Sur ce point les observateurs sont d'accord depuis les expériences de Follet, Dubreuil et Darolles. Mais on peut prendre de la peau sur l'homme, et lors d'une amputation on a parfois détaché un morceau de tégument pour recouvrir une surface avivée. On a ainsi obtenu

des succès durables. On cite entre autres une observation où la mère a fourni le lambeau pour la cure d'un ectropion de son enfant âgé de seize mois. Il n'en est pas moins vrai que dans l'immense majorité des cas le malade fera lui-même les frais de son autoplastie, et c'est une peau fine et délicate que l'on choisira; d'ordinaire, au niveau de la partie interne du bras ou de la cuisse. A la fesse, sur le dos, à la poitrine le tissu manque de souplesse; il est trop épais et forme au milieu des téguments de la peau une saillie d'aspect désagréable.

Un des points les plus délicats consiste dans la taille du lambeau. Il faut qu'une fois coupée la peau puisse recouvrir exactement la perte de substance, et l'on doit tenir compte de la rétractilité des téguments. D'une façon générale ceux-ci, après leur libération, diminuent d'un tiers; mais il y a des différences individuelles, et l'on cite des cas où ils perdent la moitié de leur diamètre primitif. Aussi le mieux est de « faire grand », quitte à couper quelque peu si décidément le lambeau est trop long. On ne craindra donc pas, après avoir appliqué sur la cuisse où le bras le patron de la perte de substance, d'en dépasser hardiment les limites.

Car la rétraction primitive n'est pas la seule à redouter; la rétraction se continue plusieurs mois encore après l'opération. Dans un cas de Zehender un lambeau long de 37 millimètres et large de 20 millimètres le jour de sa section, ne mesurait plus que 8 millimètres en un sens et 4 millimètres en l'autre au bout d'un an. M. Bolliet nous rapporte 9 observations où les mensurations ont été exactement prises et nous voyons d'habitude le lambeau perdre au moins la moitié de son diamètre et cela sans tenir compte de la rétraction primitive, celle qui survient immédiatement après la libération des téguments.

Une fois détaché, le lambeau sera mis rapidement sur une assiette maintenue à une température de 40 degrés environ, pour que la peau, dit-on, ne meure pas « de mort subite ». Nous ne savons guère à quelle modification physiologique fait allusion l'auteur de cette expression pittoresque; mais tenons-en compte, car, au demeurant, on ne saurait prendre de précautions trop minutieuses. Les bords, sectionnés nettement, plutôt avec le bistouri qui coupe qu'avec les ciseaux qui écrasent, seront ébarbés et arrondis, car les extrémités d'angles trop aigus pourraient se gangrener. Lorsque le lambeau, pour recouvrir la perte de substance, exige de trop grandes dimensions, on peut à la rigueur le fragmenter. Mais cette pratique n'est guère recommandable et on cite des autoplasties à un seul lambeau qui mesurait jusqu'à 9 centimètres après la rétraction primitive.

On enlèvera avec le plus grand soin le tissu cellulaire sous-cutané et le pannicule graisseux; il faut que la face profonde du derme en soit complètement débarrassée, ce que l'on reconnaîtra à sa coloration blanchâtre. Plusieurs opérations ont échoué par l'oubli de cette précaution essentielle. Le tissu cellulaire et la graisse sont en effet des tissus sans bien grande vitalité; les vaisseaux y sont rares et quelle différence ils présentent à cet égard avec la face profonde du derme où les artérioles, les veinules et les lymphatiques abordent de toute part la base des papilles. De rapides anastomoses se forment entre les canaux sanguins des deux surfaces cruentées et le lambeau, de nouveau irrigué, se nourrit et adhère facilement. Nous croyons donc avec Le Fort, Monod, Martin que l'on ne saurait trop surveiller ce temps de l'opération.

Ces divers temps auront été rapidement exécutés, car si l'expérience et l'observation démontrent que, même détaché depuis une heure le lambeau peut être greffé, il n'en est pas moins vrai que, plus vite on ira, plus grandes seront les chances de réussite. La blépharorrhaphie aura été pratiquée au préalable; elle aura, entre autres avantages, celui de fournir au lambeau une paupière immobile, tendue, une brèche toujours égale à elle-même et que ne changeront pas incessamment les contractions de l'orbiculaire et des muscles releveurs. Le lambeau est exactement appliqué sur la brèche bien avivée, de telle sorte que les faces profondes s'appliquent étroitement et que les bords correspondent aux bords. Si la portion des téguments transplantés était considérable, on pourrait, à ses deux extrémités, la maintenir par un point de suture, mais d'ordinaire cette précaution est inutile et un simple morceau de baudruche collodionnée à son pourtour, suffira pour assurer la coaptation et l'immobilité des parties.

Enfin, il faut assurer au lambeau une température constante et assez élevée. Plusieurs moyens ont été proposés pour atteindre ce but. Le meilleur est encore l'application, au-dessus de la baudruche, d'une certaine quantité d'ouate maintenue par une bande de flanelle. Une compression élastique et douce est alors obtenue par surcroît; le lambeau ne peut ni bâiller ni glisser, et, grâce à cette double influence d'une chaleur uniforme et d'une immobilité parfaite, la circulation se fait plus facilement dans le réseau capillaire dilaté. Ce sont ces précautions et leur exécution rigoureuse qui seules assureront le succès d'une opération dont les services ne se comptent plus.

Paul Reclus.

L'épidémie de fièvre typhoïde à Paris.

Les murs de Paris se couvrent de temps à autre d'affiches sur papier blanc, — la couleur réservée aux publications administratives, — informant le public des précautions à prendre contre la rage, ou faisant connaître quelles mesures il convient d'édicter pour empêcher la propagation de telle ou telle affection contagieuse pour le bétail. Depuis près de quatre mois, la fièvre typhoïde, dont l'endémicité demeure chaque année menaçante, a pris dans la capitale un caractère des plus graves; elle a causé 250 décès dans la dernière semaine, 2136 malades atteints de cette affection encombrent les hôpitaux civils et nulle part nous ne voyons que le public soit averti des dangers qu'il court; nulle part nous n'apercevons que l'administration ait la prévoyance de faire connaître quelles dispositions chacun doit prendre pour entraver la contagion ou s'y soustraire. En vérité, l'insouciance est grande, et si elle est accoutumée, elle n'en est pas moins coupable. Et qu'on nous permette de le dire, la faute en est autant aux autorités médicales qui pourraient éclairer l'administration et la solliciter de sortir de son inaction qu'à l'administration elle-même.

Que se passe-t-il en effet? Voilà quatre mois que l'épidémie de fièvre typhoïde grandit de plus en plus à Paris; voilà quatre mois qu'elle met une fois de plus en évidence la réalité des prévisions que M. Ernest Besnier a exposées dans ses recherches sur la détermination de la loi saisonnière de cette affection; on sait donc, et M. Du Castel à son tour n'a pas manqué de le signaler à la Société médicale des hôpitaux, que « là où la fièvre typhoïde est endémique, elle atteint

son apogée en automne ». Or, quelle que soit l'opinion que l'on se forme de l'influence des conditions atmosphériques sur la genèse de cette affection, l'automne arrive, l'épidémie prend les proportions d'une calamité publique, et qu'a-t-on fait? Où sont les prescriptions indiquées pour assurer l'information des cas constatés, l'isolement et la désinfection des malades? L'administration de l'Assistance publique a sans doute pris toutes ces précautions? Mais elle n'a trouvé rien de mieux, on le peut voir plus loin au compte rendu de la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, que d'installer des baraquements dans les jardins d'hôpitaux où sont soignées de jeunes vénériennes! La Société médicale des hôpitaux a sans doute alors usé de sa grande et légitime autorité pour indiquer à l'administration son devoir? Après avoir, comme de raison, protesté contre le projet de l'administration, elle s'est ajournée à quinzaine, au jour ordinaire de ses séances. Mais le Conseil d'hygiène depuis longtemps aura de son côté, par une délibération spéciale, mis en demeure l'administration d'effectuer toutes les mesures que la science a nettement indiquées à cet égard? Il y a huit jours que l'un de ses membres lui a soumis un programme d'enquête pour l'étude de l'étiologie de la fièvre typhoïde, et c'est aujourd'hui seulement qu'il va être à même de le discuter et qu'il arrêtera, nous dit un communiqué à allures officielles, « les termes d'une instruction destinée au public pour combattre l'épidémie typhique ».

Ainsi, il a fallu quatre mois pour que l'administration se préoccupe sérieusement d'apporter des entraves suffisantes à l'épidémie; et les Conseils auprès desquels elle peut le plus utilement prendre des avis n'apportent encore qu'un zèle tardif à prendre en mains cette grande cause de la conservation de tant d'existences humaines chaque jour actuellement ravies par une grave épidémie; nous aimons à croire que le Conseil de surveillance de l'Assistance publique et que la Commission d'hygiène hospitalière instituée récemment auprès de cette même administration n'ont pas été à même de faire connaître leurs conseils en temps utile. Les responsabilités sont grandes et elles le sont d'autant plus que l'ignorance, ces diverses autorités doivent le savoir, est presque complète dans le public, et même, nous ne craignons pas de le dire, dans le corps médical, sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde, comme des affections contagieuses en général. Nous venons de voir en effet l'administration disposée à installer avec une certaine satisfaction, comme d'un cœur léger, des baraquements destinés à des typhoïdiques au milieu d'hôpitaux consacrés à des jeunes femmes; elle croit faire la chose la plus naturelle du monde. Nous comprenons assurément ses embarras en présence de cet encombrement hospitalier qui fait que dans des services de 68 lits on entasse 95 malades; mais qu'elle prenne alors, s'il le faut, des mesures plus rationnelles; il n'est pas un hygiéniste compétent qui ne soit à même de les lui indiquer. Mais ce qui est plus grave à notre avis, c'est que personne n'a été nulle part informé de la façon dont chacun peut, dans la mesure de ses moyens, s'efforcer de se soustraire aux dangers si manifestes actuellement de la contagion.

Certes, le temps ne permet pas de faire et de promulguer une loi comme celles qui assurent la prophylaxie des maladies contagieuses dans un grand nombre de pays (Pays-Bas, le 4 décembre 1872; Bruxelles, 1848; Angleterre, 1875; Italie, 1878; États-Unis, 1879; Norvège, 1860 et 1874; Danemark, 1872; Allemagne, 1835 et 1868, etc.); mais des arrêtés spéciaux peuvent être pris tout de suite comme à Marseille (1869); des mesures peuvent être indiquées par voie d'instructions particulières, comme au Havre par les soins du Bureau d'hygiène en 1880 et même à Paris pour la variole en 1878. C'est à M. le préfet de police qu'aux termes de la législation actuelle cette obligation incombe; les circonstances étaient et sont même assez graves pour qu'il use de son autorité dans l'intérêt suprême de la santé publique.

Si la science est loin d'être d'accord en ce qui concerne la nature et l'étiologie de la fièvre typhoïde, s'il importe, pour l'avenir, de suivre un programme déterminé de recherches à cet égard tel que M. Proust en a, dès 1879, rédigé un très complet au nom du Comité consultatif d'hygiène publique de France, du jour où cette affection est devenue franchement contagieuse et épidémique, alors qu'elle frappe des quartiers entiers, dissémine de tous côtés des îlots autour desquels on suit nettement la trace de sa propagation, du jour où, comme nous l'avons vu ces jours-ci, des blanchisseurs, par exemple, contractent la maladie parce qu'ils ont transporté des linges appartenant à des typhoïdiques, est-ce qu'il ne convient pas, sinon de rendre l'isolement obligatoire (puisque la loi ne le permet pas encore), du moins de faire connaître combien l'isolement des malades atteints est nécessaire, comment il peut être autant que possible réalisé, et surtout comment la désinfection doit être pratiquée pour tout ce qui touche ou environne le malade, locaux, linges, vêtements, literie? Cela est-il long à faire, cela est-il long à rechercher? Mais est-ce qu'à Bruxelles, à New-York, pour ne citer que ces deux villes, les services d'isolement et de désinfection pour les affections contagieuses ne sont pas organisés? Ne connaît-on donc pas comment ils fonctionnent et les immenses services qu'ils rendent? Voici qu'au Congrès international d'hygiène de Genève, cette question a été traitée par M. le docteur Vallin et qu'il vient d'en indiquer minutieusement tous les détails d'exécution dans son *Traité des désinfectants et de la désinfection*. Qu'on se hâte donc de tous côtés, pour ne pas laisser plus longtemps la population parisienne et le corps médical avec cette absence d'instruction, si préjudiciable à la santé publique; assurément on peut espérer, à certains indices, que l'épidémie actuelle est à son déclin, mais il n'en est pas moins indispensable que chacun sente la responsabilité de plus en plus grande qu'il encourt par de nouveaux retards, ne serait-ce qu'afin de pourvoir à la prophylaxie de la prochaine... épidémie.

P. S. — Ceci était écrit quand nous avons appris que M. Larrey, membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité, avait, dans une lettre spéciale au Préfet de police et à la suite d'un rapport sur l'état de certaines habitations de la rive gauche envahies par la fièvre typhoïde, demandé que chaque médecin soit invité à *fournir sur un bulletin qui serait remis au délégué du Conseil chargé de la visite, des indications sur les mesures prises au point de vue de la salubrité publique.*

En outre, nous avons pu prendre connaissance du projet d'instruction, dont nous avons parlé plus haut et que nous reproduisons ci-après, tel qu'il est en ce moment (jeudi 19) soumis à l'appréciation du Conseil d'hygiène.

Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine.

Projet d'instruction sur les précautions à prendre concernant la fièvre typhoïde.

Lorsqu'un malade est reconnu atteint de fièvre typhoïde, on doit prendre les mesures hygiéniques suivantes:

Le malade, autant que possible, doit être isolé et tenu à l'écart des autres habitants de la maison. Si le local qu'il occupe ne permet pas un isolement suffisant, il est préférable de le transporter à l'hôpital.

Si le malade reste en son domicile, seules les personnes nécessaires pour lui donner des soins doivent pénétrer dans sa chambre, dont l'entrée doit être sévèrement interdite à tout enfant, jeune homme ou jeune fille.

Cette chambre doit être facile à aérer, les tentures, rideaux et tapis doivent en être retirés; le lit sera placé au milieu de la chambre.

Toutes les déjections du malade, avant d'être portées de la chambre aux latrines, doivent être désinfectées au fur et à mesure par des solutions fortes, soit de chlorure de chaux (8 pour 100 d'eau), soit d'acide phénique (5 pour 100 d'eau). Ces solutions doivent également servir à laver largement les latrines chaque fois que des déjections y auront été jetées.

Tous les vêtements de corps, tous les linges de literie ayant servi au malade, avant d'être portés hors de sa chambre et d'être donnés au blanchissage, doivent être plongés dans une solution plus faible d'acide phénique (2 pour 100 d'eau).

Lors du départ ou de la guérison du malade, dans la chambre on doit placer, à distance l'une de l'autre, deux terrines contenant chacune 1 kilogramme de chlorure de chaux, et dans ce chlorure on versera environ 25 grammes d'acide chlorhydrique étendu d'un décilitre d'eau. La chambre restera fermée quarante-huit heures. Immédiatement après les objets de literie, tentures, vêtements contenus dans cette chambre devront être nettoyés avec le plus grand soin.

La chambre devra être largement lavée ou lessivée à l'eau phéniquée (2 pour 100 d'eau).

Cette chambre ne sera rehabitée qu'après avoir été largement aérée pendant au moins une semaine.

14 octobre 1882.

Le rapporteur,
Dr Lagneau.

Il nous est difficile d'examiner cette Instruction tant qu'elle n'a pas été adoptée par le Conseil d'hygiène; elle répond assurément aux nécessités urgentes que nous avons indiquées plus haut. Nous ne voulons pas discuter le choix des désinfectants qu'elle recommande, et dont la valeur nous paraît pour plusieurs assez inférieure, d'après des travaux récents, à d'autres produits antiseptiques. Nous ferons seulement remarquer qu'elle passe sous silence l'information officielle des cas de maladie, qu'elle ne parle pas de la désinfection par l'air chaud, de la création d'étuves portatives ni d'étuves fixes dont le rapport de M. Léon Colin au Conseil d'hygiène a depuis si longtemps indiqué le mode de fonctionnement; enfin, elle n'informe pas le public des moyens de se procurer les désinfectants nécessaires. Aussi pensons-nous devoir, dans l'intérêt de nos lecteurs, placer sous leurs yeux les extraits suivants du rapport de M. le docteur Vallin au Congrès d'hygiène de Genève sur la désinfection des chambres des malades (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 20 septembre 1882) :

Les déjections des malades doivent être reçues dans des vases contenant en permanence et par avance une certaine quantité de liquides désinfectants : solution de chlorure de zinc à 2 pour 100, de sulfate de fer, de chlorure de chaux, d'acide sulfurique ou chlorhydrique à 5 pour 100....

On doit éviter de battre et de secouer fréquemment les couvertures et les matelas du malade; il est préférable de renouveler la literie de temps en temps, et d'en soumettre les pièces à une épuration sérieuse. Les sacs remplis de balle d'avoine rendent dans ce cas de grands services; ils constituent un bon couchage, et il est facile de les détruire par le feu dès qu'ils sont souillés.

Il est avantageux d'entretenir en permanence dans la chambre des malades un feu vif et clair....

Dans certains cas, il sera utile de projeter sur les parois et dans l'atmosphère de la chambre un nuage d'une solution désinfectante pulvérisée (solution de thymol légèrement alcoolisée à 2 pour 1000; d'acide phénique, à 1 pour 100, etc.)....

En cas de décès, le cadavre doit être lavé avec une solution forte de chlorure de zinc (5 à 10 pour 100) et enveloppé dans un drap humecté avec le même liquide. Le corps sera recouvert de sciure de bois fortement phéniquée et le cercueil hermétiquement fermé devra rester dans la chambre où s'est terminée la maladie, jusqu'au moment de la levée du corps.

Les fumigations constituent la méthode de désinfection la plus pratique et la plus efficace. Dans l'état actuel, l'acide sulfureux est encore le moyen le plus pratique, le moins infidèle, le moins offensif pour le mobilier, le plus économique, pour obtenir la désinfection des appartements contaminés. L'opération doit se faire en dégageant dans l'air très humide de la chambre bien close le produit de la combustion de 30 grammes de soufre par mètre cube. L'opération est terminée au bout de vingt-quatre heures....

Des expériences nombreuses ont montré que la température de + 110° C. continuée pendant deux heures, et surtout que la vapeur à + 100° C., n'altèrent pas les tissus et détruisent la presque totalité des germes morbides. Les spores seules résistent à la température de + 130° comme aussi à l'acide sulfureux très concentré. Il est désirable qu'on introduise dans tous les grands centres de population des étuves fixes ou des lazarets de désinfection, comme il en existe plusieurs spécimens à Londres, Berlin, Bruxelles, Paris. En attendant, l'on peut improviser presque partout des étuves épuratives, suivant le modèle ingénieux qui fonctionne à Marseille, et à l'aide duquel les agents viennent à domicile désinfecter tous les objets suspects....

Les matelas, qui sont très souvent le réceptacle de contages dangereux, doivent être traités par la vapeur, soit à l'air chaud et sec à + 110° avant d'être soumis au cardage banal et à l'épuration illusoire dont on se contente trop souvent. Le contenu des paillasses doit être détruit par le feu, les enveloppes doivent être lessivées à l'eau bouillante.

La chambre désinfectée devra être laissée inoccupée pendant huit jours au moins; les fenêtres en seront tenues ouvertes nuit et jour pendant ce temps.

Les latrines de l'appartement devront être désinfectées par la projection à travers le tuyau de chute d'une solution concentrée de sulfate de fer (5 kil. pour 50 kil. d'eau), ou mieux de 5 à 25 litres d'huile lourde de houille, pour une fosse de moyenne dimension. Les cabinets des latrines, ainsi que les tables de nuit, seront désinfectés en y faisant brûler une certaine quantité de soufre....

Pour assurer la désinfection, il serait désirable qu'il y eût dans les postes de police des dépôts des désinfectants les plus nécessaires, lesquels pourraient être délivrés gratuitement aux indigents en cas d'urgence.

Contributions pharmaceutiques.

ENCORE LA VASELINE.

J'ai déjà mis en garde les praticiens contre l'emploi de la vaseline dans les pommades. Cette substance est loin d'avoir les qualités que lui attribuent des réclames intéressées; et, pour éviter l'erreur dans laquelle on était tombé en introduisant sans discernement le glycéré d'amidon dans la plupart des formules de pommades, les pharmaciens feront bien de publier rapidement les observations que l'exécution d'une ordonnance pourrait leur suggérer. A défaut d'études vrai-

ment scientifiques sur la vaseline, ce sera un excellent moyen d'éclaircissement, et le résultat sera certainement avantageux pour la pharmacie.

Je suis en mesure de donner aujourd'hui un exemple qui prouvera que mes recommandations étaient fondées.

J'ai été appelé, ces jours derniers, à exécuter une formule ainsi conçue :

Vaseline	40	grammes.
Extrait de ratanhia	4	—
Extrait de belladone	4	—

Faites selon l'art une pommade homogène.

Il m'a été impossible d'arriver au résultat demandé. Quel que soit le procédé employé, et malgré une trituration prolongée, toujours les grains noirs d'extrait s'apercevaient dans la masse, ce qui n'arrive pas avec l'axonge, comme chacun le sait.

Ce qu'il y a de curieux, c'est que la vaseline se mélange bien avec les deux extraits pris séparément, tandis qu'il se forme des marbrures dès qu'on réunit le tout. Pour me conformer strictement à l'ordonnance du médecin, j'ai cherché un moyen de rendre la pommade présentable, et je l'ai trouvé en remplaçant 10 grammes de vaseline par 10 grammes d'axonge. Cette légère addition a suffi pour donner à la préparation l'homogénéité demandée. Ce qui prouve clairement que, dans ce cas-là, l'axonge doit être préférée à la vaseline, et qu'on aura avantage à s'en tenir à l'ancienne formule :

Axonge	40	grammes.
Extrait de ratanhia	4	—
Extrait de belladone	4	—

F. s. a. une pommade bien homogène.

Ce médicament est souvent employé contre les hémorrhoïdes.

Pour me résumer, je répéterai ce que j'ai déjà dit : ne dédaignons pas l'axonge, et ne lui substituons la vaseline que lorsque son emploi sera indispensable, comme dans les pommades au soufre et aux composés mercuriels.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

De l'œdème rhumatismal et du pseudo-lipome sus-claviculaire. Réponse à M. le professeur Verneuil, par M. le professeur Potain. — *Extrait d'un Mémoire*, lu à l'Académie de médecine, le 17 octobre 1882.

Au mois de novembre 1879, mon très cher collègue le professeur Verneuil publiait, dans la *Gazette hebdomadaire*, un article extrêmement intéressant sur une affection singulière et non décrite, qu'il désignait sous le nom de *pseudo-lipome sus-claviculaire*. En même temps qu'il mettait au jour ses curieuses observations, il voulait bien indiquer les quelques mots par lesquels j'avais, de mon côté, dans une leçon à l'hôpital Necker, signalé cette singularité pathologique, en la rattachant, comme il le faisait lui-même, aux affections rhumatismales. Par surcroît, il me provoquait aimablement à faire connaître d'une façon plus ample ce que je pourrais savoir sur ce sujet, et notamment sur la nature anatomique du mal. C'est une réponse à cette galante provocation que je viens lui adresser...

L'affection en question est de celles dont on ne meurt pas. Désespérant donc d'approfondir la question d'anatomie pathologique, j'ai entrepris de la comparer à tout ce que j'ai observé d'analogue en tenant compte de toutes les variétés qu'il m'a été donné d'observer, de toutes les localisations diverses dont elle m'a paru susceptible.

. . . .

Voici d'abord en quoi consiste le pseudo-lipome décrit par mon collègue. Dans l'une des régions sus-claviculaires ou plus souvent sur toutes deux on remarque une saillie qui transforme la dépression habituelle à cette place en une convexité dont le relief peut s'élever de deux et même trois centimètres au-dessus du plan des parties voisines. Ovoïde ou triangulaire avec des bords mal délimités, des angles mousses et des contours indécis pour l'œil comme pour le toucher, cette saillie est comprise dans l'espace laissé libre entre la clavicule, le bord du trapèze et celui du sterno-mastoïdien. Elle ne s'accompagne d'aucun changement de couleur à la peau; n'est ni dure, ni fluctuante, ni susceptible de garder l'empreinte du doigt comme font les parties œdémateuses. Elle est élastique et sa palpation, qui d'ailleurs n'est aucunement douloureuse, ne donne d'autre sensation que celle qu'on éprouve à toucher quelque région riche en tissu adipeux, telle que la paroi abdominale ou la fesse d'un sujet quelque peu obèse.

. . . .

Sans qu'il m'ait été possible d'énumérer tous les cas qui me sont passés sous les yeux, j'ai pu, dans ces trois dernières années, en recueillir vingt tant en ville qu'à l'hôpital. Quatre seulement de mes observations portent sur des hommes, c'est-à-dire que les sexes s'y trouvent répartis dans la même proportion que dans les observations de M. Verneuil.

Presque tous ces malades, comme ceux de mon collègue, étaient des rhumatisants et présentaient des manifestations évidentes de leur diathèse. Chez quelques-uns c'étaient des douleurs vagues, mobiles, à retour fréquent, soit au niveau des jointures, soit dans les masses musculaires ou sur le trajet des nerfs. Chez d'autres les douleurs étaient plus fixes et occupaient incessamment certaines jointures. Chez d'autres en bon nombre, les jointures, sans être douloureuses, faisaient sentir pendant les mouvements des craquements tantôt très fins, tantôt intenses et rudes. L'une de mes malades assure même que ce craquement insolite avait pris naissance à l'époque même où ses régions claviculaires commençaient à devenir anormalement saillantes. Enfin chez la plupart il existait une tuméfaction chronique et douloureuse d'une ou de plusieurs articulations, notamment des genoux, des poignets, des doigts et même des articulations tibio-tarsiennes. Très souvent quelques-uns des doigts présentaient ce renflement des têtes phalangiennes indiquant un premier degré du rhumatisme chronique. Mais je n'ai point trouvé de pseudo-lipome dans les cas où les nodosités d'Heberden avaient acquis leur complet développement, et cela n'a pas lieu de surprendre. Les urines de plusieurs de mes malades offraient une tendance marquée à la formation de dépôts uriques ou même de gravelle véritable. Enfin, chez une d'elles, un dépôt abondant de sable urique était la seule manifestation des dispositions arthritiques. On voit qu'en général l'existence du rhumatisme était suffisamment affirmée. Cependant sur un des malades observés à l'hôpital Necker, j'ai dû noter l'absence de tout indice de rhumatisme ou de goutte, bien que cet homme se fût trouvé dans des conditions où d'ordinaire la goutte apparaît volontiers. Après avoir exercé pendant quinze ans le métier de facteur de la poste, il avait quitté ses fonctions publiques pour devenir propriétaire d'un débit de boissons; passant ainsi tout à coup d'une activité excessive et incessante à un défaut presque absolu d'exercice et à la vie à peu près oisive derrière son comptoir. La goutte ne survint pas, comme je l'avais vu quelque temps avant chez un homme qui quitta tout à coup une vie entièrement remplie par les plus violents exercices du sport et de

la gymnastique pour le séjour constant dans un atelier de peinture. Ce furent pour mon facteur des pseudo-lipomes qui apparurent et prirent en très peu de temps un accroissement considérable.

On voit que la tendance est bien grande pour le pseudo-lipome de s'associer aux manifestations diverses du rhumatisme, puisqu'il semble qu'on ne l'observe guère en leur absence. Vous voyez de plus que c'est toujours à des formes chroniques qu'il se montre associé. On le voit encore se joindre à d'autres affections moins exclusivement rhumatismales, mais qui néanmoins se rattachent souvent aussi à la diathèse arthritique. Trois de mes malades étaient diabétiques, un avait une dilatation athéromateuse de l'aorte, un troisième enfin éprouvait pendant le développement de ses tumeurs pseudo-lipomateuses un de ces prurits excessifs si fréquents chez les arthritiques et qui lui faisait incessamment chercher des insectes par lesquels il se croyait envahi. Enfin je dois noter que chez un bon nombre de ces malades il existait un état anormal du système nerveux, tantôt sous la forme d'excitabilité vague, tantôt sous celle de l'hypochondrie, que les tumeurs pseudo-lipomateuses fussent ou non d'ailleurs l'objet de leurs préoccupations.

. . . .

Etant donnée la forme de rhumatisme à laquelle il faut bien rattacher l'affection dont nous parlons, on devrait s'attendre à voir l'hérédité prendre une place importante dans l'étiologie. Par malheur rien n'est si difficile que d'obtenir à ce sujet des renseignements qui méritent absolument confiance quand on n'est point à même de les contrôler. Aussi n'ai-je pu qu'exceptionnellement recueillir des documents dignes de vous être transmis. Mais je ne saurais passer sous silence ce fait que toutes les fois qu'il m'a été possible de retrouver la trace de l'arthritisme parmi les ascendants de mes malades, c'est dans la ligne maternelle que je l'ai pu rencontrer. Ainsi, la mère d'une d'entre eux était rhumatisante et le père de celle-ci avait été fort goutteux. La mère d'un autre était migraineuse et asthmatique. L'oncle maternel d'un troisième avait été très goutteux aussi. Un quatrième avait dans ses antécédents un grand-père et une grand'mère maternels également arthritiques.

. . . .

Quand on examine avec soin et dans leur ensemble les malades qui en sont porteurs, on ne tarde pas à reconnaître, d'une part, que cette affection déborde parfois la région qui lui a été assignée et envahit les parties voisines ; d'autre part, que des tuméfactions de même aspect, de même consistance, nées simultanément et apparemment de même nature, se montrent très souvent en même temps qu'elles sur d'autres points. Chez beaucoup de sujets, on en rencontre en effet de semblables sur les côtés du tendon rotulien ou du tendon d'Achille, au voisinage des malléoles, ou plus exceptionnellement au-dessous des bosses occipitales, dans les régions temporales, parotidiennes, sous-maxillaires, deltoïdiennes, enfin dans la plupart des points où un tissu cellulaire lâche et habituellement graisseux semble plus susceptible de se surcharger de graisse ou de sérosité. Très fréquemment on remarque chez les individus affectés d'arthritisme chronique, et assez souvent en même temps qu'un certain degré de tuméfaction pseudo-lipomateuse de la région sus-claviculaire, une sorte de boursouflure du dos des mains prédominant singulièrement au niveau des espaces étroits qui séparent les articulations métacarpo-phalangiennes et formant là de petites éminences entre lesquelles la peau déprimée au niveau des têtes des métacarpiens constitue de petites fossettes tenues pour fort gracieuses sur une jolie main. La main en fossettes est presque toujours une main d'arthritique et appartient plus spécialement à l'arthritique féminin.

J'ignore absolument la cause qui peut présider à la répartition toujours capricieuse de ces différentes tuméfactions pseudo-lipomateuses. Ces localisations sont parfois multiples, parfois isolées, quoique le plus souvent symétriques, et le voisinage d'articulations atteintes par le rhumatisme n'y est absolument pour rien.

J'ai dit que la tuméfaction pseudo-lipomateuse de la région sus-claviculaire déborde parfois la région qui lui a été assignée. Je l'ai constaté plus d'une fois, mais jamais à un degré aussi remarquable que chez une vieille dame qui me fut montrée en ville il y a environ deux ans. La tuméfaction était très manifeste à la région sus-claviculaire ; mais, en dépassant les limites, elle s'étendait aux deux épaules et à la partie supérieure du thorax, occupant ainsi assez exactement la distribution du plexus cervical superficiel. Cette dame, qui avait eu d'autres manifestations d'arthritisme chronique, était atteinte d'une sorte d'asthme ou plutôt de dyspnée constante que n'expliquait suffisamment ni l'état de ses bronches, ni celui de ses poumons et qu'on ne pouvait attribuer davantage à aucune affection du cœur ni de l'aorte. En sorte que je dus me demander si l'infiltration d'apparence pseudo-lipomateuse, qui se montrait à l'extérieur avec cette distribution tout à fait inaccoutumée, n'avait pas envahi aussi le tissu conjonctif du médiastin, ne contribuait pas à produire l'angoisse respiratoire. De fait cette malade guérit à la fois et de sa dyspnée et des tuméfactions qui l'accompagnaient.

Au mois de mai dernier je vis venir dans mon cabinet un homme d'une quarantaine d'années, tout à fait bien portant en apparence et d'un assez gros embonpoint, mais très préoccupé d'une sorte de tumeur aplatie ou de plaque sclérémateuse de la grandeur de la paume de la main, qu'il portait au côté gauche du thorax, aux environs de la huitième et de la neuvième côte. Cela était adhérent à la peau, mais absolument mobile sur les parties profondes. Il se plaignait en outre de quelques douleurs, avait été glycosurique, était encore assez polysarcique et présentait deux beaux pseudo-lipomes sus-claviculaires. Comme il me les voyait curieusement examiner : « Ah ! dit-il, ceci n'est rien ; ce sont ceux de mon frère jumeau qu'il faudrait voir, ils sont si gros que par les temps humides ils l'empêchent absolument de tourner la tête. » Lui aussi avait remarqué que par les temps froids et humides ses tumeurs du cou devenaient plus saillantes ; et c'est une remarque que j'ai entendu faire plusieurs fois par des malades eux-mêmes. J'ai vu depuis le frère jumeau et ses pseudo-lipomes. Il était encore plus polysarcique que le premier. Mais ce que son affection présentait de remarquable c'est que durant les temps froids et humides la tuméfaction des régions sus-claviculaires, en même temps qu'elle devenait plus saillante, débordait ses limites ordinaires, s'étendait sur le devant de la poitrine et atteignait la base du thorax à l'endroit même où le premier malade montrait sa tumeur. Ces deux hommes n'avaient eu ni rhumatisme caractérisé, ni goutte. Leur oncle maternel toutefois était fortement goutteux.

Nous voici maintenant au point sur lequel je désire attirer surtout votre attention. Un certain nombre des malades chez lesquels on constate les pseudo-lipomes ont en même temps de l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané sans aucune de ses causes communément admises, sans présenter ni maladie ni faiblesse de cœur, ni gêne appréciable de la circulation pulmonaire, ni obstacle quelconque à la circulation veineuse périphérique, ni trace d'albuminurie, ni ombre d'état cachectique.

. . . .

Dans divers cas que je pourrais vous citer si je ne craignais d'allonger démesurément cette note, le pseudo-lipome se présentait avec tous ses caractères, y compris la consistance élastique et l'absence de dépression en cupule. Cependant il me paraît bien évident qu'on ne saurait le séparer de cet œdème à allures mobiles avec lequel il était né, dont il suivait les phases et partageait la mobilité.

Dans les cas où, mieux localisé et ne s'accompagnant d'aucun œdème, il suivait dans ses variations irrégulières

les vicissitudes atmosphériques, on ne peut guère présumer qu'il s'agit d'autre chose que d'une congestion sanguine ou d'une infiltration œdémateuse; les signes classiques de la congestion sanguine ont toujours fait absolument défaut, force nous est donc bien d'admettre l'infiltration séreuse. Je ne connais d'ailleurs aucun caractère différentiel entre les formes fixes et les formes mobiles si ce n'est la mobilité même; il me semble qu'on ne peut guère légitimement supposer que ces tuméfactions soient de nature différente. La consistance élastique du pseudo-lipome ne différant pas de celle habituelle dans les parties œdématiées ne saurait être une objection, car l'œdème avéré n'a pas toujours lui-même une consistance semblable et celle du pseudo-lipome n'est peut-être si différente que faute d'une surface résistante sur laquelle on le puisse comprimer.

Tout récemment une dame qui portait un pseudo-lipome me faisait remarquer que si, au lieu de presser sur la tumeur elle-même en plein, on appuyait le doigt au niveau de la clavicule voisine, on y produisait une dépression en cupule parfaitement persistante.

D'ailleurs les régions dans lesquelles nous avons observé des tumeurs lipomateuses ne sont-elles pas toutes occupées par un tissu cellulaire assez lâche et assez pourvu de graisse? Cette condition anatomique donne sans doute à ces tumeurs leur caractère si spécial.

D'autre part, vous avez vu combien cette affection est étroitement liée à la diathèse rhumatismale ou goutteuse; en sorte qu'il me semblerait légitime de conclure que le pseudo lipome est un œdème du tissu cellulaire graisseux qui se produit en des régions spéciales chez des sujets arthritiques.

Cet œdème arthritique n'est point d'ailleurs un fait étrange, isolé, ou qui se présente exclusivement dans les circonstances et sous la forme que nous venons de dire. En dehors et en l'absence du pseudo-lipome on rencontre assez souvent chez les rhumatisants un œdème qui n'a évidemment d'autre cause que la diathèse rhumatismale elle-même. Le fait est suffisamment établi en ce qui concerne le rhumatisme aigu ou subaigu. On connaît depuis longtemps l'œdème périarticulaire du rhumatisme et l'on sait que cet œdème, dépassant de beaucoup ses limites habituelles, peut prendre une extension si grande que la fluxion articulaire primitive n'a plus dans l'ensemble de la maladie qu'une place tout à fait subordonnée.

. . . .

Or cet œdème qui se produit dans le cours du rhumatisme articulaire aigu ou subaigu et que l'on rencontre sous une forme pseudo-inflammatoire en dehors de toute manifestation articulaire, on peut le rencontrer aussi chez les gens en puissance de la diathèse rhumatismale sous une forme absolument froide et tout à fait analogue à l'anasarque des maladies du cœur, de l'albuminurie et à celui que l'impression du froid peut faire naître en dehors de toute participation des reins, l'anasarque *a frigore*.

Cet œdème paraît assez fréquent lorsqu'on le recherche; mais il passe aisément inaperçu à moins d'être considérable, les malades n'appelant pas habituellement l'attention sur une particularité qui bien souvent ne les incommode en aucune façon; les exemples assez nombreux que j'ai rencontrés, se sont trouvés surtout chez des femmes et la plupart du temps chez des femmes présentant une tendance névropathique assez accentuée. Tout à fait semblable à celui dont je vous exposais tout à l'heure des exemples, observés chez certains malades atteints de lipome sus-claviculaire, il peut se rencontrer aussi sans aucune trace de cette dernière affection. Souvent circonscrit, limité par exemple au pourtour des malléoles, au bas des jambes, à la figure, il peut être absolument général et assez considérable. Susceptible d'une mobilité étrange et rapide, il est parfois désolant par sa persistance et sa fixité.

Trois conditions peuvent concourir à le faire naître ou à en provoquer les retours, quand surtout il existe par avance une prédisposition rhumatismale héréditaire ou acquise. Ces trois conditions sont l'impression du froid et de l'humidité, les ébranlements profonds du système nerveux et certaines maladies locales exerçant apparemment sur les centres une influence spéciale qui se traduit par un œdème méritant le nom de sympathique. Quand plusieurs de ces conditions se trouvent réunies, l'affection se développe parfois très rapidement et peut acquérir une intensité grande.

. . . .

Le froid, disais-je, provoque souvent avec une extrême facilité l'apparition de la fluxion séreuse. J'ai vu une dame qui ne pouvait sentir l'impression d'un vent froid sur le devant de la poitrine, même à travers ses vêtements, sans qu'il en résultât un gonflement pénible du sein, qui se prolongeait jusque sous les bras.

Enfin, parmi les cas dans lesquels j'ai pu suivre l'intervention d'une influence réflexe, je n'en saurais citer de plus frappant que celui d'une dame atteinte d'un anasarque de ce genre qui occupait surtout les membres inférieurs. Cet anasarque avait atteint un assez haut degré d'intensité, et me causait de vives préoccupations malgré l'absence maintes fois constatée d'une lésion organique quelconque. Il existait seulement une petite ulcération sur le col de l'utérus avec quelques malaises dont le point de départ était vraisemblablement utérin. Je fis une cautérisation avec le nitrate d'argent, et dans les jours qui suivirent, l'anasarque, jusque-là stationnaire, éprouva tout à coup une diminution très considérable.....

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1882.

Aucune communication concernant la médecine.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY, VICE-PRÉSIDENT.

M. le docteur *Bernard* adresse le tableau des vaccinations qu'il a pratiquées en 1881 à Grenoble. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Germe* envoie deux brochures intitulées : 1° *l'École de médecine d'Arras devant le Conseil municipal;* 2° *l'Enseignement et la pratique des accouchements aux élèves en médecine à l'hôpital d'Arras et les responsabilités des commissions administratives qui s'y sont succédés depuis* 1873.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, de la part de M. le docteur Ercolani (de Bologne) un ouvrage ayant pour titre : *Della polidactylia e della polimelia nell' uomo e nei vertebrati.*

M. *De Villiers* présente une brochure de M. le docteur Zinnis (d'Athènes) sur *le rôle de la dentition dans la pathologie infantile.*

M. *Léon Le Fort* offre un tirage à part de ses leçons à l'Hôtel-Dieu sur *le germe-ferment et le germe-contage.*

Décès de M. Davaine. — M. *le Président* fait part à ses collègues de la mort de M. Davaine, auquel les derniers devoirs viennent d'être rendus. Il rappelle en termes très applaudis ses nombreux titres scientifiques, parmi lesquels son *Traité* classique *sur les entozoaires* et ses *recherches d'hématologie* qui ont ouvert la voie aux recherches si glorieuses de M. Pasteur. Il a été, en effet, l'initiateur de tous les travaux et de toutes les découvertes accomplies par la médecine des germes; son nom sera marqué parmi les illustrations de la médecine contemporaine.

Œdème rhumatismal et pseudo-lipome claviculaire. — M. *Potain*, candidat à la place déclarée vacante dans la

section de pathologie médicale, lit un mémoire, publié en partie page 687. — Ce mémoire est renvoyé à la section.

Allaitement artificiel des nouveau-nés. — La discussion de la communication de M. Tarnier (voy. les numéros précédents) continue par la première partie d'un discours dans lequel M. *Guéniot* se déclare absolument opposé à la plupart des opinions émises par son collègue. Il considère bien l'allaitement artificiel comme véritablement désastreux dans l'immense majorité des cas, mais il n'en fait pas moins remarquer que maintes fois il donne de réels succès; pour lui, c'est là un art au même titre que la médecine, car l'enfant qu'il faut élever est bien plus un malade qu'un individu en bonne santé; aussi les règles que l'on pourra poser, les précautions que l'on prescrira ne vaudront-elles qu'autant qu'elles seront mises en pratique par certaines mains. — Il est du reste une différence à établir entre l'enfant soumis à l'allaitement artificiel aussitôt après l'accouchement et celui sur lequel on ne le met en usage que quinze jours, trois semaines ou trois ou quatre mois après la naissance; il y a un allaitement artificiel primitif et un allaitement artificiel secondaire, celui-ci étant bien moins dangereux. M. Guéniot, d'autre part, ne saurait souscrire à l'opinion de M. Tarnier sur l'insuffisance de la science lorsqu'il s'agit de diriger les personnes qui veulent entreprendre cet allaitement; il estime que nous possédons tout ce qu'il faut pour réussir, que la technique en est connue, c'est l'application seule qui est mal faite. On en trouve la preuve dans les succès obtenus par nombre de matrones, dans les crèches, etc., et notamment dans celle que M. le docteur Gilberton-Dubreuil a installée dernièrement à Jouy-en-Josas et où il suit à la lettre les instructions de l'Académie. Examinant ensuite les questions soulevées par M. Tarnier, il pense que le lait d'ânesse, le meilleur de tous les laits, mais malheureusement d'un prix trop élevé, peut être donné au delà des deux premiers mois; quant au lait de vache, il est d'autant meilleur qu'on s'en sert à une époque plus rapprochée de la traite, que l'animal est sain et n'a pas vêlé depuis longtemps; on ne doit faire bouillir que le lait qui doit être donné un certain nombre d'heures après la traite. Il faut qu'il soit coupé, il ne l'est même jamais assez suivant M. Guéniot; si on le coupe à l'excès, l'enfant est sans doute alimenté d'une façon insuffisante, mais on s'en aperçoit à ses cris de faim et l'on ne saurait citer un seul enfant élevé au biberon qui ait dépéri par suite d'une insuffisance de nourriture, tandis qu'ils meurent souvent d'entérite lorsqu'on leur donne trop d'aliments. Dans les six premières heures, l'eau sucrée suffit; dans les six qui suivent il faut donner un liquide composé de 5 parties d'eau et 1 de lait; le deuxième jour, 4 parties d'eau et 1 de lait; pendant les sept jours qui suivent, un quart de lait par trois quarts d'eau, et ensuite comme l'indiquent les instructions de l'Académie. En ce qui concerne les biberons, M. Guéniot croit qu'ils sont tous bons, du moins ceux d'une construction simple et d'un nettoyage facile, et qu'il n'y a que la main qui les utilise qui peut être mauvaise.

— La séance est levée à cinq heures cinq minutes.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

Un cas de ladrerie chez l'homme : M. Rathery. — A propos de baraquements à l'hôpital de Lourcine : M. Martineau (discussion). — Érythème scarlatiniforme rhumatismal : M. Hallopeau. — Anévrysme de la crosse de l'aorte : M. Duazal.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. *Rathery* rapporte un cas de *ladrerie chez l'homme* qu'il a observé cette année à l'hôpital Tenon. Il s'agit d'un malade entré dans son service au mois de février dernier, pour une insuffisance aortique avec lésion mitrale concomitante; en procédant à l'examen de la région précordiale, M. Rathery découvrit au-dessous du mamelon une petite tumeur dure, élastique, de la grosseur d'un pois, et paraissant siéger dans le tissu cellulaire sous-cutané. Guidé par la ressemblance de cette tumeur avec les kystes à cysticerques qu'il avait observés en 1880, dans le même hôpital, chez un autre malade, il rechercha s'il n'existait pas, sur d'autres points des téguments, quelques tumeurs semblables, et il put en constater environ quinze à dix-sept; l'une d'elles fut enlevée et l'examen microscopique ne laissa aucun doute sur la nature du parasite; il s'agissait bien d'un cas de ladrerie. Il est à remarquer combien, dans la plupart des observations, le nombre des kystes est peu considérable; ces kystes, ainsi qu'on l'a déjà signalé, siégeaient, dans le cas en question, sur la partie sus-diaphragmatique du corps. On pouvait également constater l'absence de vésicule sublinguale qui se rencontre constamment chez le porc; enfin, un fait digne de remarque est le manque absolu de phénomènes locaux et généraux, à tel point que le malade ne s'était jamais aperçu de l'affection dont il était atteint. Chez le porc, la ladrerie est, par contre, une maladie grave qui, d'après Davaine, se termine fatalement par la mort au bout de deux ou trois ans. M. Rathery a constaté, chez le malade qu'il a observé en 1880, la régression graisseuse de l'un des kystes, et le même fait a été vu par M. Duguet; aussi, sans proscrire l'intervention thérapeutique, peut-on espérer une guérison spontanée et se borner à l'expectation. Quant à l'affection cardiaque de son malade, M. Rathery serait tenté, en l'absence de toute autre cause évidente, de la rapporter à la présence d'un kyste à cysticerque dans le myocarde. Chez cet homme il n'existait pas de tænia, contrairement à ce qui avait lieu dans le cas relaté par M. Troisier.

M. *Sevestre* a soigné dans son service le malade observé par M. Rathery; il fut pris à la fin du mois de juillet d'une hématurie subite qui semblait pouvoir être imputée à un cysticerque rénal. Cette hématurie persista jusqu'à la mort qui survint le 22 septembre par suite des progrès de l'affection cardiaque. A l'autopsie, on trouva les divers kystes signalés par M. Rathery, mais ils siégeaient, quoique très superficiels, dans le tissu musculaire; on n'en rencontra aucun dans les viscères, et en particulier dans le cœur et le rein; aucun dans le diaphragme. Plaques athéromateuses sur la mitrale et à l'origine de l'aorte. Dans l'intestin, à 75 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale, existait un tænia armé. M. Sevestre présente des préparations microscopiques permettant de voir les cysticerques et la tête du tænia munie de ses crochets.

— M. *Desnos*, secrétaire général, donne lecture des discours qu'il a prononcés, au nom de la Société médicale des hôpitaux, sur la tombe d'Hillairet et de Woillez.

— M. *Martineau* désire appeler l'attention de la commission d'hygiène nommée au sein de la Société, sur un fait grave qui se passe à l'hôpital de Lourcine. L'administration de l'Assistance publique a formé le projet, déjà en voie d'exécution, de faire construire dans les jardins de Lourcine des baraquements pouvant renfermer soixante malades. La commission a-t-elle été consultée sur la construction de ce service annexe, et sur la nature des malades qui y seront admis? Or il n'est un secret pour personne que ces baraquements sont destinés à recevoir des typhoïdiques, dont le nombre est considérable par suite de l'épidémie actuelle. La commission ne pense-t-elle pas qu'il y a là un danger menaçant de créer dans un hôpital spécial un foyer d'infection pouvant être le point de départ de graves accidents?

M. *E. Besnier* fait observer qu'il ne peut formuler aucune réponse à cette question en tant que membre de la com-

mission d'hygiène près l'administration centrale, attendu que cette commission, qui d'ailleurs n'a que voix consultative, n'a pas encore été réunie et n'existe jusqu'à présent que de nom. Mais son opinion personnelle est qu'il ne convient pas d'introduire dans un hôpital spécial dont le personnel, l'aménagement, les ressources sont organisés en vue d'un but déterminé, des malades atteints d'affections autres que celles qui sont traitées dans cet hôpital. De plus, si ces malades sont des typhoïdiques, cette mesure devient « une mauvaise action »; l'introduction de soixante typhoïdiques à Lourcine, où sont agglomérées des femmes jeunes et aptes à contracter la dothiénentérie, équivaudrait à la création d'un foyer épidémique des plus dangereux. L'administration n'a point le droit d'agir ainsi, et les médecins de Lourcine ont le devoir de protester contre un semblable projet.

M. *Martineau* rappelle que les médecins de Lourcine n'ont pas été consultés : les ouvriers sont venus étudier les plans, et la construction va commencer, sans que l'administration ait demandé un avis aux chefs de service. La Société pourrait, si elle le juge convenable, voter une protestation contre de pareils agissements.

M. *Bucquoy* reçoit à l'hôpital Cochin les typhoïdiques venant de Lourcine et du Midi ; ces malades présentent tous des formes graves de la dothiénentérie et la plupart succombent. Il est d'avis que l'administration assumerait une lourde responsabilité en créant un foyer d'infection dans l'un de ces hôpitaux spéciaux.

M. *Gouguenheim* déclare que, pour sa part, il est résolu, le cas échéant, à prévenir ses malades de Lourcine du danger auquel elles seraient exposées ; elles pourraient dès lors agir en connaissance de cause.

M. *Empis* pense que la discussion d'une semblable question doit avoir lieu en comité secret.

M. *E. Besnier* est également d'avis qu'avant d'aller plus loin il faut être entièrement assuré des résolutions de l'administration; il propose de renvoyer à la prochaine séance la discussion, comme question générale, de l'organisation des services de typhoïdiques au point de vue du danger de la création de foyers épidémiques, en particulier dans les hôpitaux affectés à des maladies spéciales. Ces conclusions sont adoptées.

— M. *Hallopeau* rapporte une observation d'*érythème scarlatiniforme au cours d'un rhumatisme articulaire aigu*. Il s'agit d'un rhumatisant chez lequel, le 8 mars, apparut une éruption d'une rougeur intense, livide, étendue à tous les téguments et accompagnée de malaise, de frisson et d'une exacerbation du mouvement fébrile, mais sans phénomènes d'angine. La peau, rugueuse au toucher, était le siège d'une sensation très marquée de chaleur et de cuisson. Le 12 mars, nouvelle poussée éruptive, et le 15, la desquamation commençait; elle eut lieu sous forme d'écailles sèches, blanc nacré, très abondantes à la face, et de plaques plus larges au niveau des membres. Quelques jours après, léger suintement séreux, incolore, au niveau des plis articulaires, principalement aux jarrets. Le 18 mars, congestion pulmonaire, dyspnée intense, péricardite ; le malade succomba au bout de peu de jours. A l'autopsie on constatait un notable épaississement de la couche cornée de l'épiderme et une saillie prononcée des papilles. Ce malade avait, quatre ans auparavant, présenté une éruption analogue au cours d'une première attaque de rhumatisme articulaire. C'est là une affection cutanée très analogue à la dermatite exfoliatrice généralisée; dans les cas publiés où les phénomènes articulaires ont fait défaut, ne pourrait-on admettre que l'éruption, de nature arthritique, représentait une sorte de rhumatisme larvé ?

M. *E. Besnier* fait observer qu'à l'hôpital Saint-Louis on voit rarement des cas semblables, les rhumatisants étant dirigés sur les services de médecine; mais on observe assez souvent les manifestations cutanées décrites par M. Hallopeau, en dehors des attaques de rhumatisme articulaire et de tout antécédent d'arthritisme. Il faut donc prendre garde d'attribuer une relation de cause à effet à la simple coïncidence de deux affections distinctes. Il reconnaît qu'il y a des érythèmes analogues, de nature rhumatismale incontestable, avec manifestations articulaires, mais il existe aussi des érythèmes spéciaux généralisés, graves, tels que celui dont parle M. Hallopeau, qui se montrent parfois chez certains malades à l'occasion de toute affection aiguë, la pneumonie aussi bien que le rhumatisme. C'est là une question délicate qui demande quelques réserves.

— M. *Ducazal* présente les pièces anatomiques recueillies à l'autopsie d'un malade qui a succombé à un anévrysme de la crosse aortique. Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, entré, le 27 août dernier, au Val-de-Grâce pour un anévrysme aortique diagnostiqué au mois de juillet, et qui n'avait occasionné quelques symptômes douloureux que depuis le mois de janvier ; or à l'autopsie la poche anévrysmale offrait un volume supérieur à celui d'une tête de fœtus à terme. Il y a donc eu, dans ce cas, une tolérance remarquable de l'organisme à l'égard du développement de cette tumeur. Le malade a succombé à des accès de suffocation, très semblables à des accès d'asthme, débutant brusquement pour cesser de même sous l'influence de quelques révulsifs. L'examen laryngoscopique, pratiqué entre les accès, a permis de constater l'absence de toute lésion matérielle, de tout trouble fonctionnel du larynx. Le malade a succombé à la cinquième crise asphyxique qui a duré deux heures. Peut-être ces accidents, signalés dans les traités classiques, mais dont on ne trouve aucune observation dans la littérature médicale, peuvent-ils être attribués à la compression du récurrent gauche ; il resterait à expliquer comment leur disparition se produisait si brusquement et d'une façon si complète. L'iodure de potassium avait été administré à l'intérieur, et sous son influence des caillots volumineux, du poids de 300 grammes, s'étaient formés dans le sac anévrysmal.

— A cinq heures la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 11 SEPTEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Tétanos; accidents causés par le chloral. — Traitement des fistules à l'anus par la ligature élastique. — Kyste tendineux à graine riziformes.

M. *Nicaise* a eu dans son service un homme de trente-sept ans, entré le 31 août pour un écrasement du troisième orteil du pied gauche. Le 10 septembre, on détacha la phalange et le 14 le tétanos se déclara : dysphagie, trismus, opisthotonos. Le 21 septembre, la plaie était presque cicatrisée; pas de douleur au toucher. Le tétanos n'était pas très violent. Les secousses assez rares, s'accompagnaient de douleur dans le pied et la jambe. Le malade était traité par l'opium et les bains de vapeur.

Le 25 septembre, M. Nicaise donna 4 grammes de chloral ; le 26, 6 grammes de chloral ; l'excitation était très vive, mais la contracture était moindre. Le 27, et les jours suivants, 4 grammes de chloral.

Le 3 octobre, aggravation du tétanos ; 5 grammes de chloral en lavement, et 2 grammes dans une potion. Le lendemain, on trouve le malade intoxiqué par le chloral : coma, anéantissement. On supprime le médicament; le coma disparaît. Le malade est aujourd'hui guéri.

— M. *Terrier* présente quelques observations sur le traitement de la fistule à l'anus par la ligature élastique. Les causes déterminantes des fistules sont diverses et il est difficile de leur appliquer un même traitement. Les diverticules ont souvent des dilatations des culs-de-sac, présentent des bourgeons, des fongosités. M. Terrier a revu beaucoup de malades opérés dans les hôpitaux; beaucoup avaient subi plusieurs opérations.

La ligature élastique est bonne si le trajet est peu étendu, s'il résulte d'une inflammation franche, si le pont est peu épais; alors on peut passer le fil élastique. Ce fil occasionne parfois des douleurs très vives. La section se fait lentement et on est obligé de resserrer le fil.

Si la fistule est plus étendue, avec des diverticules on emploie souvent l'écraseur linéaire; on passe un fil dans le trajet et la chaîne ensuite. Mais ce n'est pas ainsi que faisait Chassaignac. Il passait d'abord un tube à drainage qu'il laissait plusieurs jours pour canaliser la fistule. Il passait ensuite la chaîne. Les végétations du trajet fistuleux se cicatrisent difficilement et il est bon de les cautériser avec le thermo-cautère. Cette cautérisation est surtout nécessaire chez les tuberculeux.

M. Terrier panse encore les fistules opérées, afin de guider la cicatrisation. Il ouvre d'abord le trajet fistuleux et l'explore avec le doigt; s'il y a des diverticules, des végétations, il les gratte avec la curette de Volkmann. Si la curette donne une hémorrhagie en nappe, on l'arrête avec le thermo-cautère. Enfin, pansement avec une mèche phéniquée, ou une pommade à l'iodoforme.

M. *Després*. Il est rare de rencontrer des fongosités dans les trajets fistuleux, car souvent l'opération est faite peu de temps après l'ouverture de l'abcès. D'autres fistules sont le résultat de vastes abcès pelviens, et on n'y trouve pas non plus de fongosités. Il suffit d'ouvrir le trajet le plus long, les autres trajets et les diverticules guériront seuls. L'important est de découvrir l'orifice interne pour passer la chaîne de l'écraseur. M. Després a opéré environ 230 fistules anales; il n'a jamais débridé les culs-de-sac voisins du trajet principal et il n'a pas de récidives. Pour les petites fistules, rien ne vaut le bistouri; pour les grandes fistules, l'écraseur linéaire est préférable.

M. *Berger* a dû opérer des malades deux et trois fois parce que les diverticules n'avaient pas été tous ouverts ou parce que les fongosités n'avaient pas été enlevées. Quand les fistules sont au milieu d'un tissu induré, M. Berger fait l'extirpation de la partie éléphantiasique.

Malgré les pansements les mieux faits, parfois la plaie ne guérit pas; c'est que l'opéré est sur la voie de la tuberculisation; il faut alors prescrire un traitement général.

M. *Trélat*. Les fistules qui résultent des phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur, sont des fistules phlegmoneuses; pour elles, il n'est pas question de fongosités ni de callosités. L'incision suffit : une large ouverture amène la guérison.

Reste la seconde catégorie, qui trace sous les téguments des galeries plus ou moins profondes; c'est là qu'on trouve des fistules rebelles, que l'opération ait été insuffisante ou que la constitution du malade soit détériorée. Le procédé de section importe peu; les uns sont hémostatiques, les autres non : c'est le temps de l'opération le moins important. Ce qu'il importe, c'est la modification des parties profondes, avec les pommades, nitrate d'argent, thermo-cautère, fer rouge, ciseaux ou curette. Lorsqu'on trouve des tissus peu propres à la cicatrisation, il faut les modifier ou les détruire. M. Trélat est resté aussi un adepte des pansements soignés après cette opération.

M. *Duplay*, pour les fistules complexes, est de l'avis de MM. Terrier et Trélat; il faut modifier les parois pour obtenir la guérison. Pour les fistules simples, à trajet unique, le procédé opératoire importe peu. On a proposé un nouveau moyen, la ligature élastique, qui ne constituerait pas une opération. Si les avantages annoncés existent, on peut employer cette ligature pour les fistules simples.

M. *Després*. Pour guérir les fistules, ce n'est pas le trajet qu'il faut modifier; il faut empêcher que les matières fécales repassent par ce trajet; cette condition suffira pour amener la guérison.

M. *Terrier* avait posé à un malade un tube à drainage pour préparer le passage de la chaîne d'écraseur; le tube resta plus longtemps en place, parce que le malade ne pouvait se décider à l'opération. Le drain sectionna peu à peu le pont fistuleux et la guérison survint malgré le passage des gaz et des matières, et contrairement à l'opinion de M. Després.

M. *Marc Sée*. Quand on se borne à une simple incision dans les fistules compliquées, on s'expose à des insuccès. Si la muqueuse rectale est décollée, il faut aussi fendre ce décollement.

M. *Lucas-Championnière*. M. Queyrel a fait un bon mémoire sur un procédé applicable à quelques fistules à l'anus. Le bistouri donne parfois des hémorrhagies. M. Verneuil emploie le thermo-cautère qui nécessite la chloroformisation. Pour beaucoup de petites fistules, la ligature élastique sera le procédé de choix. Il reste à prouver qu'elle est applicable aux grandes fistules.

— M. *Humbert* présente une femme qui avait un kyste tendineux à grains riziformes; incision de la poche; pansement antiseptique; guérison.

L. LEROY.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Du traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique : M. Martineau. (Discussion.)

M. *Martineau* fait hommage à la Société de son troisième mémoire sur les *injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le traitement de la syphilis*. Dans ce mémoire, communiqué à la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 7 juillet 1882, il insiste sur deux faits principaux : 1° l'innocuité absolue de ce mode de traitement, expérimenté aujourd'hui sur près de 800 malades, chez lesquels ont été pratiquées environ 1300 injections. Il ne se produit, en effet, aucun accident local si l'aiguille de la seringue de Pravaz est fine, bien acérée, si la solution mercurique est rigoureusement neutre, et si l'injection est faite dans le tissu cellulaire sous-cutané abondant de la région dorsale; 2° le contrôle apporté par les analyses hématologiques aux résultats fournis par l'expérimentation clinique. C'est, en effet, le traitement par les injections hypodermiques qui augmente le plus rapidement et le plus complètement le nombre des globules rouges dans le sang des syphilitiques; les malades acquièrent en huit jours une augmentation de poids de 4 à 5 kilogrammes.

M. *Féréol* a expérimenté les injections hypodermiques de peptone mercurique ammonique, à la Charité, chez six malades atteints de syphilis. Il a employé la solution préparée par M. Delpech. Il a reconnu que l'innocuité de la piqûre n'est réelle que si elle est pratiquée dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région dorsale; en effet, quelques injections qu'il avait cru pouvoir faire, sans inconvénient, à l'avant-bras ont été suivies d'accidents. On voit, dans ce cas, une traînée blanchâtre se produire instantanément, au niveau du point piqué, sur les téguments; puis, bientôt après, une rougeur intense, violacée, parfois ecchymotique, et, dans

quelques cas rares, un abcès sous-cutané. Presque constamment il a observé une douleur assez vive et que les malades avaient quelque peine à supporter; une femme syphilitique, entre autres, s'est absolument refusée à continuer plus longtemps un traitement aussi douloureux. Quant aux résultats thérapeutiques, ils ne peuvent être établis par un nombre si faible d'observations; les accidents syphilitiques ont paru s'améliorer assez promptement, mais de là à la guérison de la syphilis il y a loin à coup sûr. D'ailleurs, chez deux malades, il s'est produit une salivation mercurielle assez abondante pour nécessiter la suspension du traitement.

M. *Martineau* n'a observé de la douleur à la suite des injections que chez quelques malades hyperesthésiques; il soigne, dans sa clientèle de la ville, plusieurs dames qui acceptent fort bien ce mode de traitement, et le préfèrent à l'ingestion du médicament par la voie stomacale. Il fait observer qu'il n'a jamais prétendu guérir la syphilis avec quelques injections mercuriques; il faut cinq années de soins continus et d'un traitement régulier par les mercuriaux, l'iodure de potassium et les sulfureux, méthodiquement alternés, pour arriver à la guérison de cette redoutable maladie; mais les accidents syphilitiques, quelque graves qu'ils soient, sont très rapidement améliorés, et disparaissent bien plus tôt avec les injections qu'avec les autres méthodes d'administration du mercure. On ne peut déclarer un syphilitique guéri que s'il ne présente aucune manifestation cutanée après le séjour dans les étuves sulfureuses; c'est là la véritable pierre de touche de la cure complète. Si cette épreuve réussit, on peut autoriser le mariage du syphilitique sans avoir aucunement à craindre la contamination de la femme ou la transmission héréditaire aux enfants.

M. *Blondeau* fait observer qu'une grave objection à la vulgarisation de ce traitement consiste dans la difficulté très grande de la préparation de la solution de peptone mercurique ammonique; et l'on sait qu'il faut employer une solution très pure si l'on veut être à l'abri de tout accident.

M. *Martineau* reconnaît que la préparation de la solution mercurique de M. Delpech présente de réelles difficultés, et que si elle n'était pas pure elle s'altérerait rapidement.

M. *Féréol* a dû s'adresser directement à M. Delpech pour obtenir la solution qu'il a employée chez ses malades, le pharmacien de la Charité lui ayant déclaré que ce médicament ne pouvait être préparé de manière à offrir toute sécurité au point de vue de la dose de sublimé.

M. *Biasson* rappelle que Liégeois avait obtenu, en 1869-70, avec les injections d'albuminate de mercure, des résultats tout semblables à ceux que rapporte M. Martineau. La solution dont il se servait renfermait du bichlorure de mercure, de l'albumine en excès, et une petite quantité de glycérine pour favoriser la dissolution du sel mercurique.

M. *Martineau* fait observer que les résultats obtenus par Liégeois ont été consignés en tête du mémoire qu'il vient de présenter à la Société.

— M. *Dujardin-Beaumetz* dépose sur le bureau plusieurs travaux de M. Desplats, qui demande à être admis comme candidat au titre de membre correspondant de la Société de thérapeutique.

— A cinq heures et quart la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Des rapports entre certaines affections des yeux et les troubles sexuels, par le docteur Rampoldi.

Dans un premier groupe l'auteur établit les relations qui existent entre l'hystérie, l'asthénopie et l'hyperesthésie rétinienne, le ptosis et l'anesthésie rétinienne. Mais pour légitimer la réalité des rapports de cause à effet, il faudrait admettre que l'hystérie est une maladie des organes sexuels, et nier, par conséquent, tous les travaux modernes sur la nature de cette névrose. Parmi les désordres menstruels, qui peuvent s'accompagner de conjonctivite, de kératite simple ou phlycténoïde et d'iritis, le docteur Rampoldi signale surtout l'aménorrhée; mais les suppressions menstruelles de diverses causes peuvent aussi s'accompagner d'affections choroïdiennes, de névrite optique, de rétinite et de glaucome. Dans le cours des maladies inflammatoires des organes sexuels, on peut encore observer des iritis et des sclérites, apparaissant avec des névralgies du trijumeau. Pendant la grossesse, et durant la lactation, l'auteur signale encore les conjonctivites, les pannus, et parmi les affections qui se montrent pendant l'allaitement ou par la cessation de la lactation, les ulcérations cornéennes, l'hyperesthésie rétinienne, la perte de l'accommodation, la photophobie et les rétinites. Quelquefois la grossesse exerce une heureuse influence sur l'exophthalmie. On connaît enfin les affections oculaires qui dépendent de l'albuminurie des femmes enceintes et l'amblyopie consécutive aux hémorrhagies utérines. (*Annali Universali di med.*, septembre 1881.)

Troubles oculaires de l'alcoolisme et du tabagisme, par M. le docteur Petrucio.

Dans un premier groupe de symptômes, l'auteur signale l'hyperhémie papillaire avec photophobie, diminution de l'acuité visuelle et du sens des couleurs. Une seconde catégorie comprend l'amblyopie, la dyschromatopsie. La papille est pâle, les rameaux de l'artère centrale de la rétine diminués de volume et les veines turgescentes. A une troisième époque, plus avancée, on constate de l'atrophie papillaire. (*Gaz. med. Italiana, Prov. ven.*, juillet 1882.)

De l'emploi du gelsemium contre le prurit, par M. le docteur S. Pilcher.

C'est surtout contre le prurit dans lequel la douleur n'est pas en proportion avec les lésions cutanées superficielles, que le docteur Pilcher a observé de bons résultats de l'emploi de ce médicament. La dose de dix gouttes de teinture de gelsemium, était répétée de demi-heure en demi-heure. Bien que les résultats n'aient pas toujours été constants, l'auteur pense qu'on devrait essayer ce médicament dans les cas rebelles. (*Annal. of anat. and. surg.*, vol. III, p. 143.)

De la cure radicale de l'hydrocèle, par le docteur Lampugnani.

L'auteur, après avoir fait connaître l'état de la question, donne le résumé de seize cas d'hydrocèle guéris radicalement par le procédé suivant. On pratiquait la ponction aspiratrice et on injectait une solution par parties égales de chloral dans l'eau distillée. Des fomentations chaudes et des grands bains étaient employées pour calmer la douleur S'il y avait lieu, on répétait la ponction et l'injection. L'avantage de ce mode de traitement serait de prévenir les rechutes. (*Gaz. med. Ital.*, juin 1882.)

Troubles nerveux dans la syphilis secondaire,
par M. le docteur FINGER.

L'auteur a étudié l'excitabilité réflexe sur cinquante syphilitiques, et a constaté des variations remarquables de cette dernière. Au moment de l'éruption, on observait d'abord une augmentation des réflexes qui était bientôt suivie de leur diminution. Quant au retour à la normale, il avait lieu seulement quelques semaines après l'éruption. A quelle cause attribuer ces oscillations? L'auteur se déclare impuissant à déterminer si leur origine est centrale ou périphérique. (*The London med. Record*, 15 août 1882.)

Maladies des ouvriers employés dans les manufactures de chromate de potasse.

On observe au début une ulcération de la cloison des fosses nasales. Cette ulcération augmente rapidement en étendue et détruit une partie de cette cloison, tandis que les autres portions des voies aériennes et les poumons demeurent intacts. Le malade éprouve dans le nez une sensation de picotement, puis des épistaxis vers le vingtième jour après le début. Parmi les ouvriers employés depuis plusieurs années dans ces usines, il en est quelques-uns qui échappent à la maladie, tandis que les autres en ressentent les symptômes dès la première semaine. La proportion des malades est d'environ cinquante par cent ouvriers. Cette maladie s'observe rarement, car il n'existerait d'ailleurs dans l'univers tout entier, que six fabriques se livrant à cette industrie, trois à Glascow et les autres en Australie, en Russie et en Amérique. (*The Lancet*, 28 janvier 1882.)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les maladies mentales, par M. S. BALL, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1er fascicule, 1881. 2e fascicule, 1882. 2e édition, in-8.—Paris, Asselin et Cie, libraires-éditeurs.

Les questions de pathologie mentale prennent une place de plus en plus grande dans les préoccupations scientifiques de notre époque. Les cours, officiels ou autres, les publications périodiques ont largement contribué à cette diffusion de la science. Mais les progrès qu'a faits la psychiatrie depuis une vingtaine d'années demandent à être condensés et présentés d'une façon synthétique. Les Allemands ont compris cette nécessité, puisqu'on a vu paraître chez eux, dans l'espace de quelques années, trois nouveaux traités sur la matière. Dittmar, Krafft-Ebing et Schüle ont publié sur les maladies mentales des ouvrages qui, à des titres divers, méritent l'attention des spécialistes. La France ne devait pas rester en arrière de ce mouvement. Deux savants aliénistes ont entrepris la tâche difficile de nous faire connaître l'ensemble de la science. Le premier, dont les travaux sur le système nerveux sont universellement estimés, s'est appliqué, par une heureuse association de la physiologie avec la pathologie, à faire entrer l'étude des maladies mentales dans une voie nouvelle. Nous n'avons pas à apprécier ici l'ouvrage de M. Luys, qui a été récemment, dans ce journal, l'objet d'une analyse étendue (voy. *Gazette hebdomadaire*, numéro du 21 avril 1882). Le second traité dont nous voulons parler est l'œuvre d'un clinicien. M. Ball, qui a inauguré la première chaire de clinique des maladies mentales créée en France, offre au public le résultat de son enseignement. La lecture de ces leçons présente un double intérêt : on y cherche non seulement l'état actuel de la science, mais encore l'esprit qui guide le savant professeur dans son exposition, la méthode qu'il suit, l'école à laquelle il se rattache.

Dans la première leçon que M. Ball a faite à l'asile Sainte-Anne, et qui se trouve en tête de son livre, on trouve, tracée à grands traits, l'histoire de la médecine mentale à travers les siècles. Cette leçon se termine par un exposé des principes devant dominer le nouvel enseignement. Ces principes sont au nombre de trois : le respect de la tradition, le culte de l'observation clinique, enfin le scepticisme. Mais que faut-il entendre par ce dernier terme? Voici comment s'exprime sur ce point M. Ball : « Je n'entends point par là cette disposition morbide qui nous fait accueillir avec une ironie banale toutes les conceptions nouvelles, et qui deviendrait à la longue plus nuisible aux véritables intérêts de la science que la crédulité la plus enfantine. J'entends par scepticisme cette vertu négative qui consiste à ne jamais accepter un fait sans le vérifier, une idée sans la discuter, et qui nous apprend à ne céder que lorsque l'esprit accablé finit par ployer sous le fardeau des preuves; alors, mais seulement alors, on se rend, mais avec la conviction de n'avoir point cédé aux entraînements de l'imagination et de ne s'être incliné que devant la vérité. » Mais, si nous ne nous trompons, ce n'est point là le scepticisme, c'est la méthode scientifique proprement dite. Il n'est pas un savant, quelle que soit la branche des connaissances à laquelle il s'applique, qui n'accepte une vérité qu'après preuve et contre-épreuve, qu'après démonstration scientifique. Le sceptique, au contraire, a d'autres principes: pour lui tout est incertain et incompréhensible, les contraires sont également vrais, etc. M. Ball, quoi qu'il en dise, serait fâché qu'on fît de lui un disciple de Pyrrhon; cependant, à moins de vouloir changer l'acception des termes, le scepticisme n'est que le pyrrhonisme, et celui-ci ne ressemble en rien à la méthode scientifique.

La tradition, l'observation clinique et la méthode scientifique, tels sont donc les principes du nouvel enseignement. Mais respect de la tradition ne veut nullement dire esclave des idées émises par les prédécesseurs. M. Ball le prouve bien, puisqu'il se sépare nettement, au nom du progrès scientifique, des partisans de l'ancienne classification des maladies mentales, — celle de Pinel et d'Esquirol, — et considère la manie et la mélancolie, non comme des entités morbides, mais comme des états symptomatiques qui peuvent s'observer, à des degrés différents, dans diverses formes de folie. Il se déclare l'adversaire des monomanies, et se range ainsi à l'avis de maîtres tels que Falret, Morel, etc.

Clinicien avant tout, M. Ball écarte avec raison toutes les questions métaphysiques, qui se glissent facilement dans des sujets tels que la folie. Quant à cette psychologie, fondée sur « les révélations du sens intime », elle ne peut être que d'une médiocre utilité dans l'étude des maladies mentales; le savant professeur le reconnaît, et nous partageons son avis.

La part faite à l'exposé de la méthode et de la doctrine, il nous faut suivre l'auteur dans les détails de son œuvre. Des dix-huit leçons que contiennent les deux fascicules parus, six sont consacrées à la pathologie générale. Après avoir décrit les caractères généraux de la folie, M. Ball passe à l'étude des illusions et des hallucinations. La description de ces dernières est des plus complètes, et on a là un tableau exact de l'état actuel de la science sur cette importante question. Les différentes théories qui ont été émises pour expliquer cet important symptôme sont successivement passées en revue : la théorie intellectuelle, la théorie sensorielle et la théorie mixte ou psycho-sensorielle. C'est cette dernière qu'adopte M. Ball, et c'est elle qui, aujourd'hui, est universellement admise. Ainsi les auteurs eux-mêmes, qui, comme M. Luys, localisent ce symptôme morbide dans les ganglions de la base du cerveau, reconnaissent qu'il n'y a hallucination que lorsqu'à l'excitation de ces ganglions vient s'associer celle des cellules de la couche corticale, siège des phénomènes psychiques.

De l'étude des hallucinations l'auteur passe à celle des conceptions délirantes et des impulsions irrésistibles. Une

autre leçon est consacrée aux symptômes physiques qu'on observe chez les aliénés, puis, après avoir décrit les lésions anatomiques de la folie, le savant professeur entre dans le domaine de la pathologie spéciale. Il intitule les premières leçons de cette partie de son cours : *Formes du délire*. Ces formes ne constituent pas des maladies à part; la manie, la mélancolie, la démence « correspondent à des condi ions morbides de l'intelligence, qui peuvent reconnaître les origines les plus diverses, et qui participent à l'expression symptomatique d'un grand nombre de maladies différentes ». C'est là, nous l'avons déjà dit, l'opinion communément admise aujourd'hui; M. Ball vient lui apporter l'autorité de sa science et de son enseignement. Autour des descriptions vivantes qu'il donne des symptômes de la mélancolie et de la manie, il groupe avec raison celles du délire de persécution et de la stupeur, d'une part, et d'autre part celles du délire aigu et de la folie à double forme ou folie circulaire. Quant à la démence, elle est étudiée sous ses différentes formes dans une leçon spéciale.

S'il est une question difficile en psychiatrie, c'est assurément la recherche des causes de la folie. M. Ball ne consacre pas moins de trois leçons à cette étude délicate. Dans l'étiologie des affections mentales, il place en première ligne l'hérédité; c'est là pour lui la cause unique, et pour ainsi dire essentielle, de la folie, aussi pose-t-il l'aphorisme suivant : « Il n'y a qu'une seule cause de l'aliénation mentale, c'est l'hérédité. » A cette formule un peu absolue, M. Lasègue apporte une sorte de correctif. Il existe, en effet, des individus qui, ne présentant aucun antécédent héréditaire, deviennent aliénés à la suite de traumatismes crâniens, d'ictus cérébraux, etc. Ils gagnent ainsi accidentellement l'aptitude à la folie, que d'autres tiennent de leurs ascendants; ils héritent d'eux-mêmes, suivant l'heureuse expression de M. Lasègue.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'énumération qu'il fait des causes prédisposantes et occasionnelles de la folie; mais nous croyons devoir reproduire son opinion sur une question de la plus haute importance pour le législateur et pour le médecin, celle du mariage des aliénés et des prédisposés qui en sont issus. « Ce problème, dit-il, a été résolu diversement par les législations de l'Europe. En Suède, par exemple, le mariage est interdit aux épileptiques; mais, dans la plupart des autres pays, la liberté individuelle a été respectée. Il est difficile de légiférer en pareil cas, et l'on ne doit point oublier que l'interdiction du mariage ne fera point taire les instincts physiologiques chez les aliénés, qui auront probablement des enfants naturels s'il leur est défendu d'en avoir de légitimes. On comprend donc que le législateur puisse hésiter; mais, pour le médecin, la question se présente sous un aspect différent. Il doit s'opposer de toute son autorité aux alliances contractées par les aliénés; il doit surtout interdire de pareilles unions aux personnes saines d'esprit qui réclament ses conseils. Il doit leur faire envisager l'avenir terrible qui attend leurs enfants et qui peut empoisonner leur propre existence. » (P. 308.) Il n'est personne qui ne souscrive à des paroles si sages et si mesurées.

On voit par cette rapide analyse quelle est l'importance de l'ouvrage de M. Ball; le succès qu'a eu, dès le principe, l'enseignement de ce savant aliéniste ne manquera pas à ses leçons imprimées, et nous ne pouvons plus, en terminant, qu'émettre le vœu de la publication prochaine des derniers fascicules de son livre.

Dr Ant. Ritti.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE : DAVAINE.

Nous annonçons avec une peine sincère la mort de M. le docteur Joseph Davaine, membre de l'Académie de médecine, à qui un si petit nombre de voix avait manqué, dans une élection récente, pour être élu membre de l'Institut. Son savant ouvrage sur les *entozoaires*, où les observations personnelles tiennent une si grande place, ses recherches sur le développement du tænia, ses études sur la septicémie, ses expériences sur la contagion et sur le traitement des maladies charbonneuses, points de départ de tant d'autres recherches qui occupent si fortement aujourd'hui l'attention publique et ouvrent une ère nouvelle à la pathogénie et à la prophylaxie sanitaire, avaient placé au plus haut rang dans la science cet homme modeste, ce simple chevalier de la Légion d'honneur, qui n'occupait aucune position officielle, dont la dernière édition du *Dictionnaire des contemporains* par M. Vapereau, ne fait même pas mention, et dont certaines circonstances particulières, où se sont fait sentir l'influence de M. Pasteur et celle de M. H. Bouley, ont seules rappelé le mérite à un grand nombre de membres de l'Académie des sciences. Une autre Société scientifique de France, la *Société d'agriculture*, avait déjà tenu, peu de temps auparavant, à témoigner par une haute récompense quelle grande part elle lui faisait dans les travaux modernes qui ont pour but de découvrir la vraie nature des maladies contagieuses fatales au bétail, et le moyen d'en arrêter et d'en rendre impossible la transmission.

M. Davaine a succombé à une affection chronique de l'estomac, le 14 octobre, à l'âge de soixante-et-onze ans. Le service funèbre a eu lieu le mardi 17, à l'Oratoire du Louvre (notre confrère appartenait à la religion protestante). D'après la volonté expresse du défunt, aucun discours n'a été prononcé sur la tombe.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Gustave Puel, professeur agrégé et chargé de cours à la Faculté de médecine de Lille.

— M. A. Tulio, étudiant en médecine, né à Porto-Rico (Antilles), vient de succomber, à la Maison municipale de santé, aux suites d'une fièvre typhoïde contractée à l'hôpital Trousseau, où il remplissait les fonctions d'externe.

— M. le docteur Pégot, professeur de pathologie externe à l'École de médecine de Toulouse, vient de mourir subitement à Bagnères-de-Luchon.

Mouvement des hôpitaux de Paris. Fièvre typhoïde.

OCTOBRE.	ENTRÉES.	SORTIES.	MORTS.
10.................	180	37	18
11.................	103	50	15
12.................	86	52	20
13.................	93	59	20
14.................	86	42	14
15.................	55	»	15

Le 15 au matin il y avait 2155 cas de fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris, dont un tiers de femmes à peu près; 5 cas intérieurs ont eu lieu seulement depuis le début de l'épidémie.

Asile public d'aliénés de Maréville (près Nancy).— Jusqu'à ce jour les élèves étaient nommés directement par le préfet. Le concours vient d'être établi. Un arrêté préfectoral règle le nouveau mode de recrutement des internes de cet asile.

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Routier, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du vendredi 20 octobre 1882, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques à l'Ecole pratique, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques. MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront se présenter le plus tôt possible à l'Ecole pratique, de une heure à quatre heures, au bureau du chef du matériel, qui leur donnera les renseignements nécessaires relativement au paiement des droits réglementaires, etc

Exercices de dissection. — Les exercices de dissection, pour l'année scolaire 1882-1883, auront lieu à l'Ecole pratique, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 23 octobre prochain. Les élèves de seconde année qui n'ont pas encore disséqué, sont tenus de subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'Ecole pratique, 2, rue Vauquelin, au bureau du chef du matériel, tous les jours, de midi à quatre heures.

Les pavillons de dissection seront ouverts, à partir du vendredi 3 novembre, tous les jours, de midi à quatre heures. Les prosecteurs et les aides d'anatomie dirigeront et surveilleront les travaux des élèves. Ils feront une démonstration quotidienne, à une heure précise, dans chaque pavillon.

Société protectrice de l'enfance de Lyon. — La Société protectrice de l'enfance de Lyon met au concours la question suivante : *Hygiène et prophylaxie des affections de l'intestin chez les enfants du premier âge* (*diarrhee, dysenterie, choléra infantile*). Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de mars 1883, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet. Les mémoires devront être adressés *franco* avant le 31 janvier 1883, à M. le docteur Léon Rieux, secrétaire général, rue Bourbon, 40.

Service de santé des armées. — Par décision du ministre de la guerre, en date du 18 octobre 1882, ont été désignés pour remplir les fonctions de directeur du service de santé de corps d'armée, MM. les médecins inspecteurs et médecins principaux de 1re classe dont les noms suivent, savoir : directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, M. Colin, médecin inspecteur; du 1er corps d'armée, M. Cuignet; du 2e corps, M. Hamel; du 3e corps, M. Weber; du 4e corps, M. Leplat; du 5e corps, M. Arnould; du 6e corps, M. Dauvé; du 7e corps, M. Morand; du 8e corps, M. Hattute; du 9e corps, M. Delcominète; du 10e corps, M. Roudet; du 11e corps, M. Lagarde; du 12e corps, M. Cochu; du 13e corps, M. Papillon; du 14e corps et gouvernement militaire de Lyon, M. Baudouin; du 15e corps, M. Levié; du 16e corps, M. Castex; du 17e corps, M. Alix; du 18e corps, M. Maffre; du 19e corps, M. Gaujot; du corps d'occupation de Tunisie, M. Vedrènes.

La crémation en Angleterre. — Deux crémations viennent d'avoir lieu en Angleterre. Ce sont les premières qui aient été effectuées de nos jours dans ce pays. Le 8 octobre, le corps de Mme Hanham, femme du capitaine Hanham, a été incinéré, et le lendemain celui de lady Hanham, femme du révérend sir James Hanham, a été également livré aux flammes.

Enfants assistés. — Un legs considérable vient d'être fait à l'hospice des Enfants assistés de Paris. M. Henry Dodd, sujet anglais, qui vient de mourir, a laissé par testament à cet établissement une somme de 5000 livres sterling, soit 125 000 francs.

Aliénation mentale en Prusse. — On a recensé en 1871 et 1880, dans le royaume de Prusse, le nombre des individus atteints de maladies mentales (idiots et crétins compris). Les résultats ont été les suivants : 1871, 55043 individus, dont 28002 du sexe masculin et 27 041 du sexe féminin; 1880, 66 345 individus, dont 34 309 hommes et 32036 femmes. L'accroissement d'un census à l'autre a été de 20 pour 100 quand la population ne s'est accrue que de 10 pour 100. Des 66345 malades recensés en 1880, 17 736 l'étaient de naissance (idiots et crétins), dont 9809 du sexe masculin et 7827 du sexe féminin. Le surplus se répartissait, par âge, de la façon suivante : moins de quinze ans, 4038 garçons et 3110 filles; de quinze à cinquante ans, 22 485 hommes et 19601 femmes; au-dessus, 7313 hommes et 8686 femmes; âge inconnu, 473 du sexe masculin et 639 du sexe féminin.

Hôpital Beaujon. — Le docteur Léon Labbé, chirurgien de l'hôpital Beaujon, reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le mardi 24 octobre, à neuf heures, et les continuera les mardis suivants.

Maladies des yeux et des oreilles. — M. le docteur Boucheron, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours d'ophthalmologie, rue Saint-André-des-Arts, 53, le lundi 30 octobre, à deux heures, et le continuera les lundi et vendredi de chaque semaine.

Mortalité a Paris (41e semaine, du vendredi 6 au jeudi 12 octobre 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1174, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 250. — Variole, 7. — Rougeole, 3. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 24. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 1. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 43.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 169. — Autres tuberculoses, 15. — Autres affections générales, 81. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 42. — Bronchite aiguë, 21. — Pneumonie, 51. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 61; au sein et mixte, 40; inconnu, 5. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 101; de l'appareil circulatoire, 76; de l'appareil respiratoire, 55; de l'appareil digestif, 40; de l'appareil génito-urinaire, 25; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 3. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 2; infectieuse, 2; épuisement, 1; causes non définies, 1. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 6.

Conclusions de la 41e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1203 naissances et 1174 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient 991, 932, 941, 1018. Le chiffre de 1174 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur à chacun des chiffres des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir une aggravation pour la fièvre typhoïde (250 décès au lieu de 134 pendant la 40e semaine). A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 7 décès par variole (au lieu de 5), 3 par rougeole (au lieu de 6), 24 par diphthérie (au lieu de 23), 1 par érysipèle (au lieu de 5), 6 par infection puerpérale (au lieu de 5). En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions supérieur pour la fièvre typhoïde (1001 malades reçus du 2 au 8 octobre, au lieu de 536 entrés pendant les sept jours précédents); la variole (19 au lieu de 12), et la diphthérie (25 au lieu de 23).

L'épidémie de fièvre typhoïde qui s'est déclarée à Paris, il y a deux mois, acquiert, chaque semaine, une intensité plus grande. Le nombre des victimes, de 57 pendant la 39e semaine, s'est élevé à 134 durant la 40e. Aujourd'hui notre bulletin en accuse 250. Les nombres des malades entrés dans les hôpitaux suivent une progression semblable : on a compté 213 admissions dans la 39e semaine, 536 dans la 40e, 1001 dans la 41e.

Dr Bertillon,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Chirurgie antiseptique et théorie des germes, œuvres réunies de J. Lister, traduites par M. le docteur Borginon. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 10 fr

Les névralgies, leurs formes et leur traitement, par M. le professeur Vaylor. 2e édition. 1 vol. in-8 avec figures dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 8 fr.

Les maladies de l'oreille chez l'enfant, par M. le professeur Trœltsch, traduit de l'allemand, par M. le docteur Delstanche. 1 vol. in-8 avec 7 figures dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 5 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Motteroz, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur **A. DECHAMBRE**

MEMBRES : MM. les docteurs **BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS**

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 26 octobre 1882.

L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE. — LA LOI SUR LES LOGEMENTS INSALUBRES. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : L'épidémie de fièvre typhoïde. La loi sur les logements insalubres.

La discussion sur l'alimentation des nouveau-nés a été et va rester quelque temps interrompue, une lecture incidemment faite par M. Marjolin sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde ayant paru, dans les circonstances présentes, devoir retenir toute l'attention de l'Académie. Sur le terrain où il s'est placé, l'orateur ne pouvait guère être contredit. D'une part, il a dénoncé, avec de navrants détails que sa charité active lui permet de recueillir chaque jour, la non-exécution de la loi sur les logements insalubres. Or, c'est ce dont on s'est plaint partout : au Conseil d'hygiène, dans les Sociétés savantes et dans la presse, ainsi que l'a rappelé M. Larrey. D'autre part, il a fait ressortir les difficultés, souvent l'impossibilité de mettre à exécution les mesures sanitaires qu'indique l'*Instruction* du Conseil d'hygiène; mais ces mesures ne visaient pas spécialement les bouges de la cité Jeanne-d'Arc ou de la cité Doré. Le Conseil ne sait pas et n'a pas à savoir si le malade peut être isolé dans tel ou tel logis particulier; il ne prétend pas qu'il faille nettoyer les latrines quand les latrines manquent, ou se laver avec de l'eau phéniquée quand on n'a pas d'eau. Il ne peut, M. Dujardin-Beaumetz l'a rappelé, qu'énumérer les mesures qu'il croit les meilleures; le reste regarde la préfecture de la Seine, le conseil municipal et les mairies.

Néanmoins, le discours de M. Marjolin aura eu un effet avantageux; il aura mis l'Académie en mouvement dans une question qui intéresse à un si haut degré la santé publique, et provoquera sans doute de la part de ce corps savant un appel direct aux autorités compétentes. Le nombre n'est pas petit des améliorations à introduire dans l'hygiène de la ville de Paris. Ce serait déjà un grand avantage si, grâce à l'agitation générale, on obtenait enfin quelques-unes de celles qu'a rappelées M. Lagneau. Certes, ni celles-là ni d'autres ne supprimeraient les épidémies de fièvre typhoïde, pas plus que les épidémies cholériques; mais on aurait détruit une des conditions actives de leur propagation et de leur intensité.

Il ne faudrait pourtant pas exagérer les effets d'une exécution consciencieuse de la loi sur les logements insalubres.

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Amérique : l'autopsie de Guiteau. — Accidents produits à New-York par les pistolets d'enfants. — Une singulière dermatose : l'homme serpent. — Comment on apprécie en Amérique le rôle du médecin consultant. — Sommeil chloroformique prolongé.

Le procès Guiteau restera décidément parmi les causes célèbres. Après les dissentiments des experts; après des incidents qu'on aurait plutôt attendus dans une clinique de médecine mentale, qu'aux débats d'un procès criminel; après que la responsabilité eut été déclarée complète, et que le condamné eut subi sa peine, on eût pu croire tout terminé. Nullement; de nouveaux dissentiments se sont élevés à propos de l'autopsie. Elle fut faite trois heures après la mort sous la direction du docteur Lamb, chirurgien de l'armée des Etats-Unis; dès le 8 juillet deux de ses assistants, MM. Morton et L. Dana, envoyèrent une longue relation au *New-York medical Record*. La rédaction du journal, en la publiant, ne put se dispenser de faire quelques réserves sur les conditions de l'autopsie. « Les dispositions prises ont été défectueuses à beaucoup de points de vue, et cela par suite du manque de prévoyance ou d'instruction de ceux qui en sont directement responsables. » Si nous en croyons le correspondant d'un journal de Chicago, il y aurait eu plus que de la négligence. L'administration de la prison dans laquelle le condamné a été exécuté, les magistrats chargés de veiller à l'accomplissement des dernières formalités auraient montré une mauvaise volonté difficilement compréhensible.

Chez nous le rôle du ministère public finit au verdict du jury. Il n'a plus alors qu'à réclamer l'application de la loi; le reste est l'affaire de la Cour de cassation, du chef de l'Etat ou du bourreau. Il paraît qu'aux Etats-Unis, l'accusation est plus tenace; elle a eu le dernier mot devant le tribunal, elle

Emanée de l'initiative d'un philanthrope, M. de Mun, dans l'intérêt surtout de la classe ouvrière, c'est peut-être à cette classe ou du moins à sa partie la plus nécessiteuse qu'elle est le moins applicable. S'il est possible, ordinairement, dans les habitations de la classe moyenne ou dans celles des ouvriers un peu aisés, de pratiquer des ouvertures, d'agrandir certaines pièces, de faire arriver l'eau nécessaire, de donner écoulement aux eaux ménagères, d'assainir les latrines, etc., la plupart des taudis ne se prêtent pas ou ne se prêtent que très difficilement à ces améliorations. Supposons celles-ci praticables; on se trouve en présence d'un cercle vicieux. Ces logements sont non seulement acceptés, mais recherchés par les misérables à cause de leur bas prix ; et il faut bien reconnaître qu'eux-mêmes se préoccupent souvent assez peu des soins de propreté, en accumulant dans leur unique chambre mille détritus qu'ils pourraient, comme tout le monde, déverser le matin sur la voie publique. Le propriétaire ou l'usufruitier exécutera lui-même les travaux prescrits par l'autorité municipale, ou sera condamné à une amende, qui peut être portée *au double de la valeur des travaux* (art. 9). Soit qu'il la paye, soit que la ville la prélève sur les revenus de l'immeuble, il est juste que ce revenu soit augmenté, c'est-à-dire que le prix des logements soit élevé. Quant au cas, prévu par la loi (art. 10), où un logement est reconnu non susceptible d'assainissement, les causes d'insalubrité dépendant du logement lui-même, il entraîne interdiction d'habiter, sauf pour le propriétaire et l'usufruitier. Rien de plus conforme à l'hygiène ; mais quand cette insalubrité irrémédiable porte sur des maisons entières, et même, comme il arrive, sur des immeubles considérables, à quel exode sera condamnée cette fourmilière en guenilles? Où se réfugiera-t-elle? Où trouvera-t-elle, pour quelques francs par mois (et dans Paris, où ses travaux la retiennent), des logements *salubres?* Chassée de son ghetto, non pas cette fois par un propriétaire impitoyable, mais, comme dit la loi, par mesure d'ordre et de police, on peut présumer qu'elle ne saura pas gré à l'autorité de sa paternelle sollicitude.

Loin de nous la pensée de conclure de ces remarques à l'inapplication de la loi de 1850. Il est d'autant plus nécessaire de se hâter d'en tirer tout le bien qu'elle est en état de produire, qu'on n'en peut attendre aucun avantage immédiat, en raison des lenteurs de procédure. Une commission visite les lieux ; elle rédige un rapport qui est déposé au secrétariat de la mairie, où la partie intéressée est mise en demeure d'en prendre connaissance. Un délai d'un mois lui est accordé pour présenter ses observations. Ce délai écoulé, rapport et observations sont transmis au conseil municipal, qui, dans un temps plus ou moins long, détermine les travaux à exécuter et déclare le logement ou la maison inhabitable. Recours suspensif de l'intéressé devant le conseil de préfecture dans le délai d'un mois à partir de la notification de la délibération du conseil municipal ; et, si cette délibération contient interdiction d'habiter, recours au conseil d'Etat. On voit qu'une épidémie aurait le temps de faire son œuvre avant d'être contrariée par la loi de 1850, et que la prévoyance la plus vulgaire commande d'en presser l'application. Ce que nous avons voulu faire entendre, c'est que la question ouvrière, même réduite aux petites proportions de l'hygiène domestique, est en dehors et au-dessus de cette loi, et que, parallèlement à la préoccupation d'assainir les logements existants, devrait s'imposer aux pouvoirs publics, et aussi à l'initiative privée, celle de mieux assurer un refuge, et un refuge salubre, aux indigents.

— Au commencement de la séance, M. Villemin avait communiqué, de la part de M. Véron (de Philippeville), un nouveau cas d'application de la méthode de Little au traitement des abcès du foie. Le sujet a succombé à une péritonite suraiguë, et l'on a constaté à l'autopsie qu'il n'existait pas d'adhérences entre le pourtour de l'abcès et le péritoine ; ce qui a provoqué de la part de M. Rochard quelques observations intéressantes.

A. D.

Contributions pharmaceutiques.

POTION AU MUSC.

On parvient très difficilement, par les procédés ordinaires, à une division parfaite du musc. Les potions ou lavements dans la formule desquels on le fait entrer contiennent toujours des grumeaux plus ou moins volumineux que le véhicule ne peut tenir en suspension, et qui se réunissent au fond du flacon dans lequel le médicament est renfermé.

Je ne pense pas qu'il soit nécessaire de m'appesantir sur les inconvénients qui peuvent résulter de cet état de choses, surtout pour un médicament qui coûte 4 francs le gramme ; nos lecteurs et mes confrères les pharmaciens les connaissent bien, et je suis certain de répondre à leur désir en leur indiquant le moyen de les éviter.

---

tient à l'avoir devant le public, et si les résultats fournis par l'autopsie sont capables de lui donner tort, elle fait son possible pour que ces résultats soient incomplets ou négatifs. Il eût fallu, étant donnés les antécédents psychiques de Guiteau, une recherche minutieuse de l'encéphale ; il eût fallu que des médecins s'occupant spécialement de pathologie cérébrale, eussent recueilli ou fait recueillir sous leurs yeux les moindres indices capables de les éclairer. Rien de tout cela n'a eu lieu ; M. Lamb a même dû déployer une énergie digne d'éloge pour faire l'examen qu'il a publié. Un expert de l'accusation et l'attorney général du district se tenant près de la table sur laquelle se trouvait le cadavre, lui déclarèrent qu'il n'y pourrait toucher ; ce ne fut que sur ses instances réitérées qu'ils finirent par céder. Dans la pièce voisine le médecin de la prison apostrophant énergiquement ses confrères qui voulaient assister à la nécropsie, s'efforçait de les empêcher d'entrer. Si les faits sont exacts, les experts entendent singulièrement leur rôle ; il est au moins bizarre qu'un de ceux qui ont cru pouvoir affirmer l'intégrité des fonctions cérébrales et la pleine responsabilité de l'accusé ne soit pas le premier à chercher la confirmation d'un diagnostic qu'il a formulé ou accepté.

L'autopsie de Guiteau n'a pas montré grand'chose ; il n'y avait qu'un peu d'asymétrie de la région antérieure du crâne par suite de l'aplatissement du pariétal droit, de plus des adhérences multiples de la dure-mère avec épaississement de cette membrane au voisinage du tronc de la méningée moyenne, le tout résultant probablement d'une ancienne pachyméningite externe : « La relation des docteurs Morton et Dana, dit le journal que nous avons cité, ne montre aucune altération manifeste du cerveau ; la seule particularité qu'il présentât consistait dans la richesse et l'arrangement du système fissural appartenant à un type assez élevé. Très probablement son mauvais état psychique tenait à des altérations histologiques ou chimiques trop délicates pour que nous puissions les découvrir actuellement. »

Ce moyen consiste tout simplement dans la pulvérisation du musc par l'intermédiaire de l'alcool à 95 degrés (4 grammes de ce liquide suffisent pour 1 gramme de substance).

On triture dans un mortier de marbre, et quand le musc est en poudre impalpable, ce qui ne demande que deux à trois minutes de trituration, on ajoute l'eau peu à peu, puis le sirop. A ce moment, il ne reste que 2 grammes d'alcool dans le mélange, les 2 autres s'étant évaporés pendant l'opération.

On obtient ainsi une potion semblable à toutes celles qui renferment des poudres médicamenteuses, telles que bismuth, kermès, oxyde blanc d'antimoine, etc. Je dirai plus, le musc, à cause de sa faible densité, se tient beaucoup mieux en suspension que ces corps, et n'a pas besoin, comme eux, de l'addition de gomme. Après une légère agitation du mélange, il lui faut plusieurs heures pour gagner le fond du flacon.

Voici donc la formule nouvelle que je propose :

Musc	1	gramme.
Alcool à 95 degrés	4	—
Sirop	30	—
Eau distillée	100	—

Triturez le musc avec l'alcool, et quand il est réduit en poudre très fine ajoutez l'eau petit à petit, et enfin le sirop.

Il est clair que le médecin prescrira la quantité de musc et le sirop qu'il croira nécessaires. Pour les lavements, il n'aura qu'à supprimer le sirop et augmenter la quantité d'eau.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Anatomie pathologique.

Syphilis cérébrale, extrait de leçons faites en 1880, à l'hôpital de la Pitié, par le docteur E. Lancereaux, et publiées par M. L. Gautier, interne des hôpitaux.

(Fin. — Voyez les numéros 25, 29, 33, 38 et 39.)

L'altération syphilitique du tronc basilaire produit des symptômes également distincts suivant qu'il y a rétrécissement ou oblitération.

Dans le cas de simple rétrécissement ces symptômes sont à peu près les mêmes que ceux que nous avons notés à propos des altérations du système carotidien. Quelques signes cependant peuvent, dès le début, aider à reconnaître qu'il s'agit d'une affection du système artériel du cerveau. Ce sont en particulier des défaillances pouvant aller jusqu'à une perte de connaissance plus ou moins prolongée, des nausées ou des vomissements et un ralentissement très marqué du pouls. Ajoutons que souvent aussi la démarche est incertaine et vacillante (titubation cérébelleuse). Un malade, atteint d'un anévrysme syphilitique de l'artère basilaire, et observé par mon collègue et ami le docteur Blachez, avait, à table principalement, des défaillances, il perdait parfois connaissance, et restait ensuite un certain temps avec la parole lente, embarrassée et un léger degré de faiblesse intellectuelle. Sa démarche était difficile malgré l'absence de paralysie proprement dite.

Le fait suivant que j'ai pu suivre pendant plusieurs semaines, me paraît indiquer sinon un anévrysme, du moins un rétrécissement syphilitique de ce même vaisseau.

Obs. V. — Un jeune homme de vingt-quatre ans éprouve au mardi gras dernier, à la suite d'un repas un peu copieux, deux défaillances suivies de vomissements. Le lendemain il se trouvait mieux; mais, trois jours plus tard, survint une nouvelle défaillance qui dura dix à douze minutes. C'est alors que je fus appelé en consultation. Je vis ce malade le lendemain à midi ; sa physionomie était bonne, un peu triste, les facultés intellectuelles normales. Un phénomène qui frappa tout d'abord mon attention, c'est un ralentissement considérable du pouls qui était régulier, et ne battait que quarante fois par minute. L'examen du cœur, des vaisseaux, de l'estomac, ne m'ayant rien révélé, je songeai à une affection cérébrale. Examinant tout d'abord les yeux, je trouvai les pupilles inégales; ce symptôme venait appuyer mon hypothèse, et d'ailleurs le malade m'apprit qu'il était exposé à des douleurs de tête et surtout à des étourdissements et des vertiges; ces derniers symptômes se produisaient principalement lorsqu'il était dehors, et surtout quand il était obligé de traverser une rue embarrassée. Ces accidents existaient, avec plus ou moins d'intensité depuis l'automne précédent; ils avaient commencé en août, puis avaient diminué pendant le mois de septembre employé aux manœuvres militaires. En novembre et en décembre, ils avaient reparu et parfois ils étaient si gênants que ce jeune homme, qui était commis, se trouvait presque dans l'impossibilité de faire ses courses soit à cause des vertiges qu'il éprouvait, soit à cause du peu de sûreté, du vacillement de sa démarche.

Ces différents symptômes, mais surtout la céphalée me firent songer à la possibilité d'une affection syphilitique, et en interrogeant ce malade, je sus que trois ans auparavant il avait eu un chancre syphilitique, puis une roséole et des plaques muqueuses ; depuis lors, il s'était bien porté. Trois grammes d'iodure de potassium et des frictions mercurielles furent conseillées à ce malade et huit à dix jours plus tard le pouls revenait à son type normal, les vertiges diminuaient d'intensité et les pupilles étaient moins inégales, puis les accidents disparurent, peu à peu. Au bout de six mois la guérison était complète.

Chez un autre malade, âgé de trente-quatre ans, qui

— A New-York, l'autorité et les médecins se sont émus du nombre considérable d'accidents consécutifs à des blessures par pistolets d'enfants. L'usage de ces jouets dangereux est extrêmement répandu; quelques-uns se chargent avec une cartouche à balle, d'autres avec une simple amorce et ce sont les derniers qui produisent le plus de malheurs. En un seul jour on a apporté à l'hôpital de réception de Chambers street vingt-cinq blessés par pistolets d'enfants. Le plus souvent les plaies sont légères, mais on a noté, en ville surtout, un certain nombre de décès. Le docteur Knox, qui comme coroner a fait une enquête sur ce sujet, pense que la mort est souvent due à l'infection purulente. Généralement les plaies siègent à la paume de la main ; les chairs sont brûlées par la déflagration de la matière explosible et des fragments du papier de l'enveloppe restent dans les tissus. Comme la cartouche ne contenait aucun projectile, les parents ne s'inquiètent pas; ils ne prennent point l'avis des médecins; la suppuration se prolonge, l'irritation se propage aux troncs nerveux du voisinage, et trop souvent, à défaut d'infection purulente, c'est le tétanos ou l'érysipèle qui terminent la scène. « Le pistolet d'enfant, dit le docteur C. A. Jersey, médecin de l'hôpital de Réception, est un horrible instrument de torture; c'est positivement une invention diabolique. »

— Il y a en ce moment dans le village de Cuantla, au Mexique, un pauvre diable dont la réputation s'est étendue aux différents Etats de l'Union et jusqu'au Canada. L'homme serpent, c'est ainsi qu'on l'appelle, n'est ni un saltimbanque, ni un acrobate comme sa qualification pourrait le faire croire; c'est simplement un malade atteint d'une dermatose tellement singulière, que les médecins qui l'ont vu ne savent comment l'appeler. Les téguments sont verdâtres, couverts de squames; ils représentent à s'y méprendre ceux du serpent à sonnette; ce qui augmente encore la ressemblance, c'est une sorte de mue automnale que le malade

deux ans et demi après le début d'un chancre infectant avait eu des vomissements, des vertiges et se trouvait dans l'impossibilité de rester debout, l'emploi de l'iodure de potassium et des frictions hydrargyriques amenèrent encore une guérison totale.

Enfin, tout dernièrement, j'ai observé des phénomènes semblables chez un homme très robuste, âgé de cinquante ans, qui eut en 1874 un chancre syphilitique suivi d'une roséole et de quelques plaques muqueuses. Après une année passée sans aucune manifestation, cet homme éprouva tout à coup des douleurs de tête, des étourdissements, des vertiges, de la difficulté à rester debout par instants, et se trouva moins apte au travail (purgatif). Quelques jours plus tard, ce malade dont la céphalée avait été intense la veille, ne put se lever un matin, ou du moins il lui fut impossible de rester debout. Dans le lit, il se trouvait assez bien, mais venait-il à lever la tête et à regarder en haut, il était pris immédiatement de vertiges, ou même de perte momentané de connaissance. Cet état persista pendant une quinzaine de jours et diminua progressivement sous l'influence d'un traitement énergique : frictions mercurielles et iodure de potassium à la dose de 5 grammes par jour.

Ainsi l'artérite basilaire prise à temps est susceptible de rétrocession et de guérison; à plus forte raison, en est-il de même des lésions syphilitiques des autres artères encéphaliques, mais, si l'artérite du tronc basilaire se termine par oblitération, alors surviennent des accidents graves, rapidement mortels comme dans le cas d'une embolie ou de toute autre variété d'obstruction de cet important vaisseau. Les malades tombent presque aussitôt dans un coma complet avec résolution des membres ou légers mouvements convulsifs, la respiration s'embarrasse rapidement et la mort survient par asphyxie. Peut-être s'agit-il d'un cas de cette nature dans une observation publiée par M. Hayem (1), mais le défaut de renseignements laisse du doute à cet égard.

Cette longue description symptomatique nous dispense d'insister sur le diagnostic. Celui-ci comprend deux points principaux : 1° reconnaître la lésion artérielle ; 2° la spécificité de cette lésion. Toute lésion artérielle aboutissant à une oblitération ou à une rupture donne lieu à des phénomènes apoplectiques suivis de paralysie flasque. Or, ces phénomènes dans l'hémorrhagie cérébrale et l'embolie artérielle, surviennent brusquement sans phénomènes prodromiques, au contraire dans l'artérite, ils sont toujours précédés de céphalée, vertiges, et même parfois de perte de connaissance. D'un autre côté, si l'on remarque que l'artérite syphilitique est une lésion circonscrite qui se montre chez des personnes jeunes, contrairement à l'athérome artériel qui est une lésion généralisée et propre à l'âge avancé de la vie, on conçoit que le diagnostic de cette artérite soit possible. Ajoutons que les phénomènes paralytiques sont, dans l'espèce, fréquemment précédés d'attaques épileptiformes dues sans doute à une lésion concomitante des méninges. L'absence de paralysie persistante conduira à diagnostiquer une simple altération des méninges.

(1) Voy. *Archives de physiologie normale et pathologique*, 1868, p. 270.

La méningite syphilitique se traduit, comme nous le savons, par les symptômes des tumeurs cérébrales, convulsions, paralysies passagères localisées, etc., et, par conséquent, elle ne sera pas confondue avec l'artérite dont les désordres simulent ceux du ramollissement par thrombose ou par embolie (hémiplégie, aphasie, etc.). Le diagnostic du siège de la lésion ressort des faits rapportés plus haut : le rétrécissement du tronc basilaire en particulier donne lieu à des symptômes plus ou moins analogues à ceux qui caractérisent les affections cérébelleuses. Enfin, l'apparition des symptômes caractéristiques de l'hémorrhagie méningée indiquera la rupture du vaisseau et l'existence vraisemblable d'une tumeur anévrysmale ; ce diagnostic toutefois est ordinairement difficile.

Le pronostic de l'artérite syphilitique est grave toutes les fois que cette affection se termine par une formation anévrysmale ou par une obstruction vasculaire. La tumeur anévrysmale finit en général par une rupture et une hémorrhagie méningée. L'oblitération d'une branche du système carotidien réduit le malade à un état d'infirmité incurable ; celle du tronc basilaire est rapidement suivie de mort. Ainsi l'artérite syphilitique est plus grave que la méningite de même nature, à cause de la difficulté de combattre les désordres qui en sont la conséquence.

L'importance du traitement est évidente et particulièrement mise en lumière par quelques-uns de nos faits. Il importe d'agir vite et de porter le médicament à une dose convenable, faute de quoi, il peut survenir une catastrophe.

III. — Encéphalite syphilitique.

La connaissance de cette manifestation, beaucoup moins commune que l'artérite et la méningite, ne repose jusqu'ici que sur un petit nombre de faits. Pourtant tel n'est pas l'avis de plusieurs auteurs, qui considèrent comme syphilis cérébrale tout désordre nerveux survenant chez un individu syphilitique, pour peu qu'il se produise un temps d'arrêt ou une légère amélioration dans les symptômes sous l'influence d'un traitement spécifique. S'engager dans une pareille voie, c'est attribuer bénévolement à la syphilis un grand nombre d'accidents qui en sont absolument indépendants et retarder le progrès en fait de syphiligraphie. Il n'est pas moins dangereux de faire au hasard des descriptions anatomiques ne reposant pas sur

---

subit tous les ans. La peau ne tombe point graduellement par fragments, elle se détache sur de larges surfaces à tel point que le corps ressemble à ce qu'on appelle au Mexique un tuwon, sorte de sac en peau fraîche dont la face sanglante est à l'extérieur. Une sœur de cet individu, morte il y a peu de temps, était atteinte de la même affection ; la malheureuse avait perdu graduellement la vue : tout d'abord une plaque squameuse circulaire s'était formée sur les paupières, puis s'étendant graduellement elle avait fini par gagner le globe de l'œil et le détruire. Selon toute probabilité, les choses se passeront de la même manière chez le malade actuel ; il y a déjà de petits cercles palpébraux. Dans leur village on n'appelle ces malheureux que les serpents à sonnette ; leur maladie est attribuée à ce que leur mère qui avait, dit-on, une affection du sang, a mangé pour s'en guérir de la chair de crotale en grande quantité.

— Comment consulter ? C'est là une question de déontologie vieille comme le monde et toujours actuelle. Le code des bienséances professionnelles est un code qui n'a jamais été écrit, on ne saurait même le comparer aux coutumes qui constituent tout le droit national de certains pays, puisque ces coutumes ont pour elles la tradition et des jugements antérieurs. En France, le rôle du consultant doit être apprécié à peu près partout de la même manière ; les médecins, ceux-là surtout qu'une notoriété légitime désigne au choix de leurs confrères, ont fait à peu près les mêmes études, vécu dans le même milieu scolaire ; si on les chargeait individuellement de rédiger un décalogue destiné à fixer nos devoirs confraternels, il est très probable qu'il y aurait peu de différences entre les formules données.

En Amérique, les écoles sont libres et plus nombreuses que les Etats ; les conditions d'éducation varient. La plupart des jeunes médecins qui en sortent s'aperçoivent eux-mêmes combien leur instruction laisse à désirer : ils suivent des cours supplémentaires ou vont en France, en An-

des faits bien précis; en pareil cas la plus grande rigueur dans le choix des observations est chose nécessaire.

Le fait suivant, terminé par la vérification anatomique, est un exemple indiscutable d'encéphalite syphilitique, que pour ce motif nous tenons à rapporter ici.

Obs. I. — R..., âgé de trente-huit ans, sergent de ville, est admis le 4 novembre 1869, à la Charité, service de M. Pelletan, suppléé par M. Lancereaux. C'est un homme bien constitué, notablement amaigri, depuis longtemps infirme, et dans l'impossibilité de parler, bien qu'il ait conservé son intelligence et sa mémoire. Il y a une dizaine d'années, il a présenté un chancre et une éruption cutanée, puis une angine et des accidents de longue durée à l'anus. Il est impossible de savoir s'il a suivi un traitement; aujourd'hui il ne porte aucune trace de son ancienne maladie, si ce n'est peut-être une cicatrice brunâtre, déprimée, qui remonte à trois ans, et qui se trouve située au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche. Il se plaint de violentes douleurs de tête, et depuis deux ans environ il est atteint, sans avoir éprouvé de perte de connaissance, d'une paralysie qui ne l'a pas empêché de continuer à sortir. Une nouvelle attaque de paralysie, survenue au mois d'octobre dernier, lui a enlevé la parole et le mouvement nécessaire à la marche. Il présente un strabisme double convergent, plus prononcé à gauche qu'à droite. Les membres droits sont contracturés à tel point que si on les étend, ils reviennent immédiatement sur eux-mêmes, et prennent une attitude semi-fléchie; les membres gauches, moins contracturés, sont encore susceptibles de quelques mouvements volontaires : le malade peut tendre la main et soulever la jambe. La déglutition est néanmoins difficile, et chaque repas est accompagné d'une toux opiniâtre.

L'intelligence est conservée, mais le malade garde un mutisme presque complet; il parvient à prononcer la première syllabe des mots et ne peut aller au delà. Il y a donc une difficulté dans l'articulation, et peut-être dans la coordination des mots, sans aphasie proprement dite. La sensibilité au pincement est diminuée, tant à droite qu'à gauche; l'extension des jambes détermine des douleurs qui font jeter des cris au malade. La sensibilité tactile est intacte. Quelques jours plus tard il survient une polyurie sans glycosurie et peu de temps après le malade est pris de fièvre, de signes de pneumonie, et meurt le 2 décembre.

A l'*autopsie*, les poumons présentent des points nombreux de pneumonie alimentaire; les bronches sont dilatées. Rien dans les autres organes du thorax et de l'abdomen.

Les os du crâne sont épaissis, les méninges et les artères cérébrales normales; les hémisphères cérébraux sont intacts, à part de petites granulations grisâtres rencontrées à la surface de l'épendyme des ventricules latéraux.

La lésion principale occupe la partie inférieure et antérieure de la protubérance. C'est une tumeur jaunâtre, ferme, solide, sèche, légèrement saillante sous les méninges, du volume d'une amande ou d'un petit marron; cette tumeur, située sur la ligne médiane, occupe la partie inférieure de la protubérance, une faible portion de l'extrémité supérieure des pyramides, et paraît avoir détruit les nerfs de la sixième paire, qu'il nous est impossible de retrouver à leur origine. Vue par sa face antérieure, elle est constituée par deux masses jaunes assez fermes réunies par une substance grisâtre vasculaire résistante. Incisée perpendiculairement à cette face et suivant l'axe de la protubérance, elle laisse voir d'autres noyaux jaunes circonscrits par un tissu grisâtre riche en vaisseaux, et comprend un peu plus du tiers de l'épaisseur de la protubérance. Sa délimitation d'avec la substance nerveuse est très nette : on peut l'énucléer après macération dans l'alcool; le siège qu'elle occupe fait voir qu'elle a pris naissance dans la névroglie et non dans les méninges. Histologiquement, elle est composée de nombreux éléments embryonnaires de tissu conjonctif qui dans les portions jaunes du néoplasme sont en voie de dégénérescence graisseuse. (Voy. mon *Atlas d'anat. patholog.*)

Si nous considérons comme syphilitique la lésion observée dans ce fait, ce n'est pas à cause de la syphilis antérieure du malade, mais bien parce que le désordre anatomique constaté à l'autopsie avait les caractères des lésions spécifiques des autres organes.

Une donnée importante résulte de cette observation, c'est que l'altération syphilitique ne diffère pas dans l'encéphale de ce qu'elle est ailleurs, ce qui ne peut nous surprendre, puisque cette altération occupe toujours les mêmes parties, à savoir : la trame conjonctivo-vasculaire des organes.

Effectivement, nous trouvons ici des amas de nodules limités, circonscrits, formés de deux parties distinctes : une partie centrale non vasculaire, jaunâtre, en voie de destruction, et une zone périphérique grisâtre, vasculaire, en état d'extension et de progression.

La première de ces parties est constituée par des éléments cellulaires ronds, granuleux, subissant la transformation graisseuse. La seconde est composée d'éléments semblables aux éléments des bourgeons charnus, qui s'organisent peu à peu en même temps que les vaisseaux se développent dans leur épaisseur.

Faut-il donc s'attendre à rencontrer toujours des caractères semblables à ceux que nous constatons dans ces faits? Evidemment non. Ce que nous voyons ici est une phase de l'évolution de la lésion syphilitique. A une phase moins avancée, la ligne de démarcation entre les deux parties de la lésion eût été moins tranchée; plus tard, la zone centrale disparaît en partie ou en totalité, et il ne reste plus que la zone périphérique revenue sur elle-même, et formant une bande de tissu fibreux, sorte de cicatrice plus ou moins étendue.

Semblables aux lésions tertiaires des autres organes par leurs caractères anatomiques et par leur évolution, les désordres syphilitiques des centres nerveux le sont encore par leur localisation limitée et circonscrite, et quelquefois par une certaine tendance à la symétrie, ce que nous avons pu constater à plusieurs reprises. Par conséquent, le clinicien ne doit songer à une manifestation syphilitique qu'autant

---

gleterre, en Allemagne chercher ce qui leur manque. A quelles mœurs professionnelles peut conduire cette diversité d'origine? Au lieu de l'*Alma mater* un peu pédante, mais calme et digne du vieux continent, on a des écoles libres et tapageuses, dont les annonces s'étalent aux dernières pages de toutes les feuilles médicales ou politiques; c'est une lutte sans trêve ni merci pour l'existence ou la prospérité. Les élèves transporteront-ils au dehors ces habitudes plus mercantiles qu'universitaires? Il n'y a guère que les médecins américains eux-mêmes qui puissent nous l'apprendre.

A un dîner récent, un professeur très recherché comme consultant, posait précisément la question des devoirs du médecin en pareil cas : beaucoup de choses excellentes furent dites; il y eut des aperçus ingénieux et remplis de finesse; un journal a repris la discussion dans son article de fond et l'a exposée avec une remarquable clarté. « On admet généralement que le consultant est appelé pour endosser le traitement du médecin ordinaire et affermir autant que possible la confiance de la famille en celui-ci. » A la bonne heure, voilà un point de départ qui ne prête guère à l'équivoque : j'aime cette franchise yankee, qui appelle les choses par leur nom et place en première ligne ce que d'autres auraient peut-être hésité à mettre en seconde. Il est donc entendu que le consultant n'est pas nécessairement un observateur hors ligne, dont la science et la sagacité sont appréciées avant tout par le confrère qui veut avoir son avis, c'est un praticien capable de servir au besoin de paravent, dont la réputation est assez bien établie pour qu'un éloge de sa part pèse d'un poids sérieux près du client. Une pareille idée implique nécessairement une grande liberté de choix de la part du médecin traitant. « Quand il consent à se rencontrer avec un confrère que le malade lui nomme, il le fait volontairement, sachant parfaitement qu'il a toujours le privilège de s'opposer au choix pour une cause raisonnable. Si un médecin de famille n'avait pas de pareilles ga-

que l'analyse des symptômes cérébraux présentés par un malade, le conduit à diagnostiquer une lésion localisée ou en foyer. Mais alors, s'il y a des raisons de croire à une manifestation de ce genre, il importe d'instituer immédiatement un traitement énergique.

Obs. II. — Une dame de quarante-huit ans, que je connais depuis une dizaine d'années, et que j'ai toujours vue dans le meilleur état de santé, vint me consulter avec son mari à la fin de février. Elle se plaignait alors de vertiges, qu'elle attribuait à la ménopause; mais comme elle souffrait en même temps de dyspepsie, je me contentai de lui prescrire du bromure de potassium, et je l'engageai à suivre un régime alimentaire. Toutefois, je n'étais pas sans inquiétude, parce que cette dame accusait de vives douleurs dans la tête.

Le 25 mars, je fus consulté de nouveau, et cette fois l'affection cérébrale que j'avais soupçonnée n'était plus douteuse. En effet, les facultés intellectuelles de cette malade avaient sensiblement baissé; la mémoire faisait défaut; la physionomie n'était plus celle d'une femme intelligente; elle exprimait l'insouciance et un certain degré d'hébétude. La parole était lente, un peu gênée; la lèvre supérieure tremblante au moment de la prononciation. D'ailleurs la malade ne pouvait suivre aucune conversation; tandis que je lui parlais, elle s'occupait à tirer ses gants; et par moments, me racontait son mari, elle avait des absences passagères, et enfin était presque toujours somnolente.

La sensibilité était intacte, le bras droit agité de secousses convulsives; la céphalée, sans être continue, revenait fréquemment et occupait surtout la partie postérieure de la tête. Il n'existait aucune altération appréciable du côté des organes thoraciques ou abdominaux.

En présence de cet ensemble symptomatique, je fus conduit à penser à l'existence d'une affection cérébrale en foyer, c'est-à-dire localisée et circonscrite, ayant son siège probablement à la base de l'encéphale. Comme, en pareil cas, je ne manque jamais de rechercher la syphilis, je m'efforçai de retracer dans mon esprit l'histoire de cette malade, et je me souvins qu'elle avait été mariée une première fois; j'appris alors qu'elle avait eu plusieurs fausses couches et des enfants morts jeunes; que, de plus, son premier mari passait pour un libertin. Ce fait, joint à l'impossibilité où je me trouvais d'être utile à ma malade, si elle était atteinte de toute autre altération que d'une lésion syphilitique, me décida à instituer un traitement spécifique énergique. Je conseillai des frictions mercurielles et 3 à 5 grammes d'iodure de potassium par jour. Bien que le traitement ne fût pas suivi d'une façon rigoureuse, il n'amena pas moins une amélioration rapide. Le 12 mai, le mieux était très sensible, notable même; mais la malade ayant interrompu cette médication, les accidents reparurent au bout de quelques jours.

Le traitement fut alors repris, et aujourd'hui, trois mois après ma première consultation, les accidents ont presque entièrement disparu. Aussi, malgré l'absence de vérification anatomique, il me paraît difficile de ne pas croire ici à une affection syphilitique.

Je me contenterai de rapporter ces deux faits pour laisser une idée nette, précise des manifestations tertiaires de la syphilis cérébrale, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique. Ils peuvent suffire, en effet, à guider le praticien dans l'étude si difficile de la syphilis encéphalique. Les symptômes n'y sont pas identiques, il est vrai, et ils seraient encore différents dans un troisième cas; mais les manifestations symptomatiques n'étant que l'expression de la lésion matérielle, diffèrent suivant le siège de cette lésion et la fonction dévolue aux éléments nerveux affectés. Ce qu'il importe de retenir, c'est que le diagnostic doit reposer, non, comme cela se fait trop souvent, sur une simple coïncidence, mais sur un ensemble symptomatique particulier et une évolution spéciale.

Ainsi, toutes les fois que l'on se trouve en présence de symptômes indiquant manifestement l'absence de lésions matérielles, ou encore l'existence de lésions diffuses étalées, généralisées, il n'y a pas lieu de se préoccuper de la syphilis, car il n'y a pas plus d'hystérie syphilitique qu'il n'y a de périencéphalite diffuse de même origine (paralysie générale), ou encore de dégénérescence grise des cordons postérieurs de la moelle épinière (ataxie locomotrice). Sans parler de la première de ces maladies, qui sûrement n'a rien à faire avec la syphilis, il est évident que les deux dernières, qui ont chacune une lésion propre, absolument distincte de celles de la syphilis, ne peuvent être rattachées à cette maladie.

Je sais bien qu'on est venu, dans ces derniers temps, nous parler de pseudo-ataxie, de pseudo-paralysie générale syphilitiques; mais ce sont là des termes antiscientifiques qui n'ont de raison d'être que dans l'absence d'un contrôle anatomique sérieux, et qu'il faut se garder d'employer; car s'il est vrai que certaines localisations syphilitiques circonscrites puissent donner lieu à des phénomènes analogues à ceux de la paralysie générale, il n'est pas moins certain que, si l'on tient compte des détails symptomatiques et surtout de l'évolution du mal, on parviendra toujours à différencier une lésion diffuse non syphilitique, d'une lésion circonscrite et spécifique.

Mais la statistique, me dira-t-on, est un procédé scientifique, elle prouve que certaines affections à lésions diffuses et généralisées, l'ataxie locomotrice (*tabes dorsalis*), par exemple, se rencontrent 80 ou 90 fois pour 100 chez les syphilitiques. En admettant cette donnée, j'avoue que je ne suis nullement ébranlé dans ma conviction, car si l'ataxie locomotrice avec sa lésion si nette et si précise avait réellement une origine syphilitique, ce n'est pas 90 fois, mais 100 fois sur 100 qu'elle reconnaîtrait cette origine. Et, en effet, que m'objecterait-on si je venais avancer qu'en versant un acide dans une solution alcaline je n'obtiens que 90 fois sur 100 un précipité; on me dirait : c'est impossible. Eh bien, il faut savoir une fois pour toutes que la médecine n'est pas plus

---

ranties, les consultations seraient rares et donneraient souvent lieu à des scènes regrettables dans la chambre même du malade. » Le rédacteur de l'article tire, comme on le voit, de singulières conséquences d'un bon principe, et il a sur ses confrères une opinion peu avantageuse.

Voyons maintenant les droits du consultant : l'obligation de couvrir la responsabilité d'un autre ne va pas pourtant jusqu'à l'obliger d'accepter une opinion radicalement opposée à la sienne; si la conciliation est impossible, les deux médecins devront signaler leurs divergences aux amis du malade et au besoin en appeler un troisième. Certains prétendent qu'il ne faut jamais avoir de communications scientifiques qu'avec le médecin traitant. C'est vrai pour tout ce qui est de discussion d'indications et de contre-indications thérapeutiques; mais le consultant doit aux malades l'expression simple et formelle de son diagnostic, car les malades ont payé pour cela. S'il en était autrement, les consultations ne seraient considérées par eux que comme une simple farce dont le médecin bénéficierait seul.

« Il y a aujourd'hui dans les classes élevées de la société une excellente coutume; le consultant donne son opinion aux amis du malade en présence du médecin de la famille. Il est difficile de supposer un cas dans lequel on ne puisse agir de la sorte. Le praticien a retiré tous les bénéfices qu'il pouvait attendre de la consultation dans la discussion privée. Si l'on s'est entendu sur la continuation ou la modification du traitement, il ne s'agit plus de le dire en forme convenable.

» Mais comment agir avec les patients qui viennent vous demander directement votre opinion? La réponse comporte plusieurs solutions : s'ils viennent avec leur médecin, faire une consultation en règle. Quand au contraire celui-ci vous a envoyé simplement le client, adressez-lui votre opinion sous pli cacheté, à moins toutefois que le malade ne vous la réclame. »

problématique que la chimie, et que la statistique ne prouve pas plus dans un cas que dans l'autre.

En somme, de tout ce qui précède il y a lieu de retenir que la syphilis cérébrale est commune; qu'elle peut affecter les méninges, les artères et la substance cérébrale elle-même; que son caractère est de donner lieu à des lésions circonscrites, et que la spécificité de ces lésions une fois reconnue, il n'y a qu'une chose à faire : instituer un traitement.

Le traitement qu'il importe de commencer de suite doit être des plus énergiques, et consister dans l'emploi simultané des préparations mercurielles et iodurées. Assez généralement, je fais pratiquer des onctions sur les membres avec 2 grammes d'onguent napolitain, matin et soir, pendant deux jours; le troisième jour je me contente de prescrire un bain sulfureux, et le lendemain je fais recommencer les frictions. En même temps je prescris de 3 à 5 grammes d'iodure de potassium dans les vingt-quatre heures. L'état de la bouche est attentivement surveillé, car la salivation ne me paraît pas nécessaire pour obtenir une guérison. Dans quelques cas, je remplace les frictions mercurielles par l'emploi du calomel à doses fractionnées; c'est un moyen qui souvent m'a donné de très bons résultats. Ce traitement est continué, non seulement jusqu'à la disparition complète des accidents, mais encore pendant cinq ou six semaines plus tard, suivant la durée du mal. Dans un certain nombre de cas, on est assez heureux pour obtenir une guérison définitive, c'est lorsque les méninges sont le principal siège de la lésion; mais quand les artères ou la substance cérébrale sont affectées, il reste habituellement quelques désordres résultant d'une destruction plus ou moins étendue des éléments nerveux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

Sur l'empoisonnement chronique par l'antimoine. Note de MM. *Caillol de Poncy* et *Ch. Livon*. — L'antimoine, administré à faibles doses, pendant longtemps, peut-il amener des troubles analogues à ceux que produit l'arsenic (voy. *Comptes rendus*, 9 juin 1879 et 15 mai 1882)?

Les auteurs ont soumis un jeune chat à l'usage quotidien d'une petite quantité d'oxyde blanc d'antimoine dans du lait. Du 26 avril 1882 au 13 août de la même année, ce chat, qui pesait au début 867 grammes, a absorbé, d'une façon régulière et progressive, 628 milligrammes d'oxyde blanc. L'état général n'a pas paru se ressentir beaucoup, au début, du régime suivi. L'animal n'a pas éprouvé cette période d'embonpoint par laquelle passent les animaux soumis au régime arsénical; il est tombé peu à peu dans un état cachectique prononcé; la diarrhée l'a pris, et il a fini par succomber dans le marasme.

A l'autopsie, tous les tissus étaient pâles et décolorés; presque tous les organes, y compris les ganglions mésentériques, présentaient les caractères dits de la dégénérescence graisseuse.

Foie. — Sur une coupe de cet organe, traitée par l'acide osmique, on reconnaît que les cellules hépatiques qui composent le lobule ont subi une altération dans leur forme; elles sont globuleuses, certaines ont de la tendance à se fondre entre elles par la disparition de leur paroi, et presque toutes renferment des granulations graisseuses abondantes. Mais ces altérations ne paraissent pas être à un degré très avancé.

Poumon. — C'est dans cet organe que les altérations prédominent. Déjà à l'œil nu la plus grande partie du poumon paraissait n'être qu'une masse graisseuse compacte, et si l'on venait à projeter un morceau de ce poumon dans l'eau, il gagnait le fond avec rapidité, comme un morceau de foie. Les alvéoles et les lobules mêmes ne sont plus perméables, ils sont envahis par de grosses cellules dégénérées; il en est de même des vaisseaux : c'est ce que démontre l'examen histologique. Au moyen de l'acide osmique il est facile de se convaincre que le lobule est transformé en une boule graisseuse.

Ganglions mésentériques. — Les altérations de ces organes se rapprochent beaucoup de celles produites par l'arsenic. A la suite de l'intoxication chronique par l'antimoine, ces ganglions se présentent sous l'aspect de grosses masses caséeuses d'un blanc jaunâtre. L'examen histologique démontre, en effet, qu'ils ont subi la dégénérescence graisseuse, surtout à leur partie périphérique; la dégénérescence ne se borne pas là, elle atteint le ganglion tout entier. Les cellules laissent apparaître dans leur contenu d'abondantes granulations graisseuses. Si l'on rapproche ces résultats de ceux qui ont été déjà signalés dans l'empoisonnement chronique par l'arsenic, on ne peut que constater une grande analogie entre le processus morbide déterminé par l'arsenic et celui qui est déterminé par l'antimoine, lorsque ces deux substances sont administrées de façon à produire une intoxication lente.

Ces règles n'ont rien de spécial à l'Amérique; les médecins de tous les pays les observeraient que les choses n'en iraient que mieux. Sans doute, les motifs donnés le sont avec une rudesse peu mitigée. Le consultant doit son diagnostic au malade parce que le malade le paye comme il payerait une livre de chandelle ou une boite de homard conservé. Cette assimilation est peu flatteuse; malgré tout elle repose sur une conception juste et parfaitement équitable; il est probable que les sociétés professionnelles si nombreuses aux Etats-Unis obvient aux inconvénients résultant d'éducations disparates et contribuent puissamment à maintenir la solidarité confraternelle.

— On a eu un exemple récent à propos d'un accident de chloroforme. Une dame succombe entre les mains du professeur Kinloch, de Charleston, par le fait de cet anesthésique; le pire, c'est que les journaux politiques s'emparèrent immédiatement de la chose et firent à ce propos des commentaires peu bienveillants pour le chirurgien. Il ne lui restait plus qu'à publier une relation complète du cas et à la soumettre au jugement de ses confrères. La Société de médecine de Charleston a discuté sérieusement à ce propos les causes de mort par le chloroforme et elle a déclaré qu'il s'agissait d'un accident, déplorable sans doute, mais auquel le médecin n'y était pour rien. « J'ai administré des centaines de fois le chloroforme dans ma pratique civile et militaire, dit le docteur Harvey S. Bird (de Baltimore), et je n'ai jamais eu de catastrophe; rien ne prouve que je n'en aurai pas la prochaine fois que je le donnerai. La question qui intéresse le docteur Kinloch intéresse tout le corps médical; et pour mon compte je n'hésite pas à déclarer que j'aurais procédé absolument comme lui. »

M. W. J. Clary (de Chicago) rappelle à ce propos des phénomènes singuliers qu'il a vus avec le même agent. Il y a une vingtaine d'années, il endort par le chloroforme, pour l'avulsion d'une dent, une jeune fille écossaise, robuste et bien

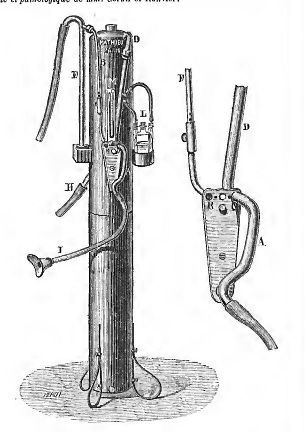
Académie de médecine.

SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY, VICE-PRÉSIDENT.

M. lo ministre de l'instruction publique transmet un rapport de M. lo consul de France à Dusseldorf, sur les avougles en Prusse d'après le dernier recensement du 1er décembro 1880. — Renvoi à MM. Maurice Perrin et Giraud-Teulon.

M. lo docteur *Beurnier de Bournonville* envoie un travail intitulé : *De la métrite, son traitement par le chalumeau-cautère.*

M. *le Secrétaire perpétuel* déposo : 1° au nom do M. lo docteur *Chassaniol*, médecin on chef de la marine, deux brochures sur le traitement do la fièvre jauno et l'altération du sang dans cette maladio ; 2° lo *Manuel d'histologie normale et pathologique* de MM. Cornil et Ranvier.



M. lo *Président* présente une lettro imprimée de M. le docteur *Rurdel* (de Vierzon), à M. le professeur Verneuil, sur la rareté do la glycosurio chez les paludiques.

M. *Bergeron* depose une note manuscrite de M. le docteur do *Saint-Martin*, sur une formo spécialo do *gazomètre* propre à divers usages médicaux et physiologiques. — Renvoi à l'oxamen de MM. Gavarret, Regnauld et Gariel.

M. *Léon Colin* présente : 1° la relation d'une épidémie de scarlatine observée au 6e bataillon de chasseurs à Romorantin, par M. lo docteur Goschwind ; 2° un travail do M. lo docteur *Sorel* intitulé : *Recherches de la glycosurie chez les paludiques troisième série de faits : formes anormales et formes pernicieuses.*

M. *Jaccoud* dépose un travail manuscrit de M. le docteur *Souloumac*, sur une épidémie de fièvre typhoïde observée à Maynal (Jura).

M. *Maurice Perrin* présente un apparoil, imaginé par M. lo docteur *Jacob*, médecin principal de l'armée, et destiné à injector alternativement de l'air et des liquides médicamenteux dans la trompe et la caisse du tympan.

M. *Bujardin-Beaumetz* présente un apparoil aérothérapique, construit par MM. Mathieu sur les indications do M. lo docteur *Maurice Bupont*. Cet appareil fournit simultanément et sans aucune manœuvre de l'air comprimé et do l'air raréfié. Pour le faire fonctionner il suffit do disposer d'une prise d'eau avec une pression suffisante. L'appareil se composo d'un cylindre métallique sur lequel s'ajuste en F la prise d'eau. La colonne d'eau détermine une aspiration énergique qui se transmet par lo tubo B au dehors. L'air entraîné par la colonne d'eau se trouve comprimé dans l'appareil et ressort par le tubo D. Devant les deux orifices R et C glisse à frottement doux l'extrémité du manipulateur A qui communique par un tubo de caoutchouc avec le masque I. (Voy. la figure ci-contre.)

Le malade en respirant doit déplacer alternativement à chaque mouvement respiratoire le manipulateur A, de telle sorte que l'expiration ait lieu dans l'air raréfié et l'inspiration dans l'air comprimé. Un troisième orifice E permet de faire l'expiration ou l'inspiration dans l'atmosphère. Le manomètre M indique à tout instant la pression de l'air raréfié et do l'air comprimé : pour faire varier cette pression il suffit do modifier lo débit do l'eau. Au moyen du robinet à trois voies on peut faire passer l'air comprimé dans le vaso à trois tubulures qui contient les principes médicamenteux que l'on veut faire respirer au malade.

Traitement des abcès du foie. — M. *Villemin* résume une note dans laquelle M. le docteur Véron, médecin militaire à Philippeville, rend compte de l'insuccès qu'il vient d'avoir en opérant un abcès du foie d'après la méthode de Little, préconisée dans une des précédentes séances par M. Rochard ; d'après les résultats obtenus par des médecins de Shang-haï et deux opérateurs français, il fit avec le thermocautère une incision de 6 centimètres à l'abdomen, et donna ainsi écoulement à 2 litres de pus. Le soulagement du malade fut immédiat, mais trois jours après il était pris de symptômes de péritonite suraiguë, et succombait quarante-huit heures après ; à l'autopsie, on constata que cet accident était dû à l'absence d'adhérence entre l'abcès et la paroi abdominale. L'auteur pense donc que la méthode qu'on pourrait appeler mixte, et qui consiste à inciser d'abord jusqu'aux couches profondes, et à placer ensuite une flèche de Canquoin pour provoquer une inflammation adhésive, l'emportera probablement sur les autres ; car elle évite et les longueurs de la méthode de Récamier et la précipitation parfois imprudente de Little.

M. *Rochard* fait remarquer que l'observation de M. Véron répond justement aux réserves qu'il avait exprimées à l'égard de ce procédé opératoire ; elle prouve qu'il est prudent d'attendre, pour ouvrir largement les abcès du foie, qu'on puisse compter sur des adhérences, et c'est ce qui avait été fait par les médecins dont il a présenté les mémoires.

constituée en apparence. L'anesthésie fut faite avec environ 3 grammes de liquide versés dans une sorte de cornet fait avec un mouchoir replié ; la malade respira un mélange d'air et de chloroforme. Dès la seconde inspiration, la tête se penche en arrière et à gauche ; elle était complètement endormie. On put extraire une grosse molaire sans qu'elle donnât le moindre signe de douleur. Chose curieuse, le sommeil se prolongea sans qu'on pût le faire cesser une heure après l'opération. Anesthésiée une seconde fois, trois mois plus tard, dans le même but, elle dormit pendant trois heures. L'auteur se demande avec raison si beaucoup d'accidents ne viennent pas de cette extrême sensibilité des malades qui sont endormis beaucoup plus vite qu'on ne pourrait le supposer.

Dr L. Thomas.

* Commission de l'hygiène des écoles. — Le ministre de l'instruction publique a présidé, le mercredi 11 octobre dernier, la première séance de la commission de l'hygiène des écoles, instituée par M. Paul Bert, le 24 janvier 1882. Cette commission, qui ne compte pas moins de quarante-cinq membres, n'avait pu être convoquée jusqu'à ce jour. En l'absence du ministre, président, cette commission sera présidée par M. Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris. Les médecins qui en font partie sont MM. Bouchard, Bourceret, Bouchardat, Collineau, Gariel, Gavarret, de Saint-Germain, Napias, Onimus, Panas, Parrot, Maurice Perrin, Riant, Ul. Trélat, Vulpian, Worms. Notre éditeur, M. G. Masson, est membre de cette commission.

Après une allocution du ministre, la commission s'est partagée en cinq sections : 1° Installation des locaux scolaires et hygiène des internats : M. Godard, président. — 2° Mobilier scolaire : M. Maurice Perrin, président. — 3° Hygiène de la vue : M. le docteur Gavarret, président. — 4° Hygiène des études ; éducation intellectuelle et éducation physique : M. Péeaut, président. — 5° Education des enfants du premier âge : M. le docteur Parrot, président.

La fièvre typhoïde a Paris.— M. *Marjolin* fait observer tout d'abord que le bon vouloir du Conseil supérieur d'hygiène et des commissions est paralysé par l'impuissance de la loi. Aujourd'hui qu'une épidémie de fièvre typhoïde vient de sévir sur Paris, il lui semble qu'on doit saisir cette occasion pour demander que la loi sur les logements insalubres ne reste pas, pour ainsi dire, à l'état de lettre morte. Aucune amélioration notable n'a été faite et les choses sont restées à peu près dans le même état que par le passé, sauf pour la cité Jeanne-d'Arc qui a subi quelques légers aménagements. M. Marjolin cite plusieurs arrondissements où quelques habitants sont logés dans des conditions déplorables et demande des mesures d'urgence et des inspections, non pas seulement dans les maisons où il y a eu des malades ou des décès, mais dans toutes celles signalées pour leur malpropreté, leur mauvaise tenue, notamment les garnis. Il voudrait que l'Assistance publique se décidât à pratiquer, dans les hôpitaux civils, un système déjà établi dans les hôpitaux militaires : le système de l'alternance; dans les moments d'épidémie, ou lors d'accidents imprévus, ces réserves de lits seraient d'une grande utilité, et l'on ne serait pas obligé, comme cela arrive actuellement, d'encombrer les services de lits supplémentaires.

Après le récit douloureux de quelques misères privées, il examine si les mesures récemment proposées par le Conseil d'hygiène peuvent être appliquées dans de semblables circonstances. L'isolement pouvait-il être fait, par exemple, dans une chambre où quatre personnes étaient obligées de vivre auprès d'un cadavre? Pouvait-on obliger les parents à transporter leurs enfants à l'hôpital? Pouvait-on empêcher d'entrer dans la chambre mortuaire? prendre, en un mot, toutes les précautions indiquées dans l'instruction dont je viens de parler? Assurément non. Bien plus : on ordonne de se laver avec de l'eau phéniquée, mais on oublie que l'eau elle-même n'est pas en quantité suffisante pour certains ménages. On dit qu'il faut placer le lit au milieu de la chambre, mais il est arrivé à l'orateur d'entrer dans des chambres où il ne pouvait même pas se retourner. Et ainsi pour d'autres mesures prescrites par le Conseil.

Plusieurs membres. Que faire, alors? Concluez.

M. *Marjolin*. Voici ma conclusion. Il y a des moments où le médecin peut faire tout ce qu'il veut, et nous sommes actuellement dans cette situation. J'ajouterai même qu'en insistant vivement auprès de l'autorité pour l'amener à remédier à un tel état de choses nous ne ferions que notre devoir.

M. *Larrey*. Si M. Marjolin avait assisté à la séance du Conseil d'hygiène publique, il saurait que tous les médecins, comme tous les membres étrangers à la médecine qui en font partie, ont exposé et discuté les faits qu'il vient de nous faire connaître, et que nous les avons déplorés. Seulement, comme en définitive il fallait conclure, nous avons rédigé la note que vous connaissez, dans laquelle on appelle, non seulement l'attention de l'autorité supérieure, mais aussi celle de tous les hygiénistes, de tous les médecins d'arrondissement. Malheureusement, les remèdes ne sont pas toujours à la portée de ceux qui les demandent. Le Conseil a d'ailleurs insisté pour que la loi sur les logements insalubres fût appliquée, déplorant que jusqu'à ce jour elle ne l'ait pas été suffisamment. Mais nous ne pouvions pas prendre les autorités à la gorge.

Toutes les questions qui se trouvent dans notre questionnaire ont aussi soulevé des objections. Était-ce là une raison pour ne rien dire?

M. *Lagneau* regrette, comme M. Marjolin, que la loi sur les logements insalubres ne soit pas appliquée, mais malheureusement le Comité d'hygiène n'a aucune autorité à cet égard. Cependant comme les inconvénients signalés sont surtout applicables aux hôtels meublés de bas étage, et que cette catégorie de logements est sous l'autorité de la préfecture, il serait peut-être relativement facile d'y appliquer d'ores et déjà des règles hygiéniques convenables. M. Lagneau rappelle les graves inconvénients qui résultent du défaut d'hôpitaux spéciaux pour les maladies contagieuses, du défaut de voitures de transport et de chambres mortuaires, etc. Il signale en passant la fréquence de la maladie dans certaines casernes, à la caserne Dupleix et à l'Ecole-Militaire, par exemple, ce qui pourrait bien avoir une certaine influence sur le développement de la maladie dans le voisinage.

M. *Bouley*, à propos de faits dont il a été témoin, fait remarquer que la construction dispendieuse des maisons de Paris a refoulé aux extrémités les familles ouvrières et les a obligées de vivre dans les horribles conditions qu'on a signalées. Il est du devoir du Conseil municipal d'aviser et il faut l'y convier par l'intermédiaire du ministre.

M. *Dujardin-Beaumetz* dit qu'il dépend du médecin de faire cesser un état de choses que tous déplorent. Est-ce bien exact? Pouvons-nous faire démolir des maisons qui nous paraissent malsaines? Evidemment non. Le Conseil d'hygiène s'est mis dans les conditions du possible. Nous avons demandé, par exemple, que le malade contagieux soit transporté à l'hôpital : nous n'ignorons pas que la mortalité dans ce cas-là augmente, mais nous avons pensé que si nous devons faire tout ce que nous pouvons pour le malade lui-même, nous devons également songer aux autres, et c'est pour cela que nous avons formulé cette prescription. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que cette question de la contagion de la fièvre typhoïde est encore obscure. On n'est pas en droit de dire que les logements insalubres sont la cause de la fièvre typhoïde. M. Alphand attribue l'épidémie aux terrassements du Champ de Mars. Il y a toujours eu des logements insalubres, et cependant la fièvre typhoïde n'a pas toujours sévi avec la même vigueur. Je n'en crois pas moins, comme les orateurs précédents, qu'il est de l'honneur de Paris de détruire les repaires que l'on a signalés.

M. *M. Perrin*. La situation sanitaire de la caserne Dupleix, dont a parlé M. Lagneau, est des plus satisfaisantes; il y a eu trois ou quatre cas au plus. A l'Ecole-Militaire il y a eu onze décès; ces chiffres sont en rapport avec la proportion des décès de la population civile du voisinage; peut-être même pourrait-on renverser la proposition de M. Lagneau, et dire que c'est la population urbaine qui a infecté la population militaire. L'influence des terrassements du Champ de Mars n'est guère probable. Ainsi, sur le bâtiment qui est en façade se trouvent deux régiments; l'un occupe l'aile droite, l'autre l'aile gauche; celui de droite est infecté, celui de gauche est indemne. Il n'en serait pas ainsi si l'influence des terrassements du Champ de Mars était réelle. Autre fait assez curieux : l'épidémie sévit presque exclusivement sur les cuirassiers qui sont placés en bordure de l'Ecole, tandis qu'elle épargne un régiment d'infanterie qui occupe le centre des bâtiments.

M. *Lagneau*. Je n'ai pas prétendu que les casernes fussent certainement la cause de la mortalité des quartiers voisins; je me suis borné à dire que ces casernes étaient dans des conditions mauvaises, et que cela était favorable au développement de l'épidémie.

M. *Proust*. M. Marjolin nous dit qu'il est difficile d'exécuter à la lettre les prescriptions du Conseil d'hygiène. Cela est certain, mais le Conseil n'a jamais prétendu qu'il fallait faire toujours ce qu'il dit, il faut le faire toutes les fois qu'on le peut, et ce sera certainement un progrès.

Quoi qu'il en soit, je suis le premier à reconnaître que les règles posées seront difficiles à suivre, et cela principalement parce que nous manquons de direction, parce qu'il n'y a pas

d'organisation de la médecine publique en France. Je ne veux, d'ailleurs, pas insister sur cette dernière considération que je regarde comme de la plus haute importance, me réservant d'y revenir un jour.

M. *Marjolin*. De toute la discussion qui vient d'avoir lieu, ce que je tiens surtout à retenir c'est que, si nous ne sommes pas d'accord sur certaines questions de détail, nous sommes tous d'accord sur la nécessité d'appliquer la loi sur les logements insalubres. Mais ce n'est pas suffisant. Il faut encore que chacun de nous fasse tous ses efforts pour faire prévaloir l'opinion qui nous rallie tous. Il faut faire de l'agitation.

M. *le Président*. La question qui vient d'être discutée est tout à fait une question d'actualité. Je proposerai donc, avant de lever la séance, de la maintenir à l'ordre du jour, et je prierai tous nos collègues de vouloir bien nous faire toutes les communications qu'ils pourront avoir sur ce sujet.

La communication de M. Marjolin serait le point de départ de cette discussion. (Adopté.)

— La séance est levée à cinq heures quinze minutes.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1882.—PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

De l'ulcération des artères au contact du pus. — De l'élongation des nerfs dans les paralysies traumatiques. — Contusion du rachis. — Opération de fistule recto-vaginale. — Sur la corde épiploïque.

M. *Théophile Anger* lit un rapport sur un mémoire de M. *Humbert : De l'ulcération des artères au contact du pus*. Dans une première observation, l'origine artérielle de l'hémorrhagie n'est pas douteuse, puisque le malade mourut d'hémorrhagie, et qu'on trouva à l'autopsie l'artère poplitée perforée.

Dans la deuxième observation, un homme jeune, atteint de rhumatisme du genou, vit survenir à la partie inférieure et postérieure de la cuisse un gonflement qui fut considéré comme un abcès; une incision n'amena que du sang. Il s'agissait probablement d'un épanchement de sang produit par la perforation de l'artère poplitée. Le malade guérit, de sorte que l'origine artérielle de l'épanchement peut être mise en doute; en effet, il n'est pas ordinaire de voir guérir spontanément des perforations de l'artère poplitée, sans production d'anévrysmes.

M. Th. Anger a en ce moment dans son service un malade chez lequel on constate une tuméfaction sous-périostée au-dessus du condyle interne du fémur. Croyant à l'existence d'un abcès, M. Anger ouvrit largement; il se produisit une hémorrhagie qui fut arrêtée par le tamponnement et la compression du membre. Depuis, l'extrémité inférieure du fémur augmente de volume; il s'agit là d'une tumeur sanguine des os.

M. Anger cite deux exemples d'hémorrhagie foudroyante dans la cavité d'abcès chez les coxalgiques. Chez un enfant de dix ans, atteint de phthisie et de coxalgie suppurée, la mort survint brusquement par hémorrhagie de la fémorale. En pareil cas, n'y a-t-il pas une altération tuberculeuse des parois artérielles?

M. *Monod* a ouvert l'an dernier, à l'Hôtel-Dieu, un abcès par congestion faisant saillie au pli de l'aine; application d'un drain qui ne touchait pas l'artère fémorale. Hémorrhagie foudroyante, qui est arrêtée par la ligature de l'artère fémorale. Le malade mourut plus tard, épuisé par la suppuration.

Le même jour, à l'Hôtel-Dieu, M. Monod fut demandé, dans un service voisin, pour voir un malade porteur d'un abcès froid drainé, à la partie moyenne du bras; hémorrhagie abondante; ligature d'une branche de l'humérale; le sang s'arrête. Le malade succombe pendant la nuit à une autre hémorrhagie. A l'autopsie, on trouve plusieurs perforations spontanées sur l'artère humérale. Comme M. Anger, M. Monod regrette que l'examen histologique n'ait pas été fait; peut-être y a-t-il une lésion tuberculeuse des parois. Ici le drain ne peut pas être incriminé.

M. *Verneuil* a vu, avec M. Humbert, un jeune enfant paraissant avoir un érysipèle phlegmoneux de la jambe ou un abcès sous-périostique; une incision laissa écouler une sérosité très chargée de sang; le tibia était dénudé.

Quant aux hémorrhagies dans les foyers purulents, M. Verneuil s'en est occupé avec M. Delbarre, qui faisait sa thèse sur la dénudation des artères. Quand une artère est disséquée dans un foyer purulent, s'il n'y a pas de septicémie, l'artère résistera. Si le malade a de la fièvre, une scarlatine ou de la septicémie, la membrane protectrice de l'artère se résorbera, la paroi artérielle se ramollira, d'où une hémorrhagie. M. Verneuil demande à M. Anger et à M. Monod si leurs malades avaient de la fièvre. S'il n'y a pas état général grave, il n'y aura pas d'hémorrhagie. Il n'est pas encore démontré que la tuberculose se développe dans les parois des grosses artères.

M. *Després*. Chez les malades de M. Monod, on a placé des drains, qui sont peut-être pour quelque chose dans les hémorrhagies. Le drain fait parfois l'office d'une ligature élastique et coupe les tissus. M. Després n'a jamais observé d'hémorrhagies, parce qu'il place son drain de façon à ne pas couper les vaisseaux.

M. *Monod* dit que, chez son premier malade, le drain a pu être cause de l'hémorrhagie; s'il hésite à incriminer le drain, c'est à cause du second fait. En voyant l'artère humérale portant des perforations multiples, on songe de suite à une altération des parois artérielles. Le premier malade n'avait pas eu de fièvre avant l'hémorrhagie.

M. *Marchand* cite un fait qu'il a observé, il y a deux ans, à l'hôpital Saint-Louis. Un homme de trente-trois ans, pâle, anémique, avait une tumeur de la jambe au niveau de la tête du péroné. Croyant avoir affaire à un abcès sous-périostique, M. Marchand fit une incision qui fut suivie d'un jet de sang artériel. La tumeur n'avait aucun des caractères de l'anévrysme. Ligature de la fémorale à l'anneau. Il y avait rupture spontanée de l'artère poplitée. Gangrène du membre; amputation de cuisse; mort.

M. *Labbé* rappelle un fait qu'il a vu avec Dolbeau en 1863. Dolbeau avait ouvert un abcès sous-maxillaire chez un enfant de treize ans. Hémorrhagie dans la journée. L'ouverture de l'abcès fut agrandie, et on put voir un orifice à l'emporte-pièce sur l'artère faciale très friable. Ligature de la carotide externe; guérison.

M. *Théophile Anger* dit que sa deuxième malade, fille de onze ans, atteinte de coxalgie suppurée, et morte d'hémorrhagie, n'avait jamais eu de drains dans ses abcès; elle était tuberculeuse et avait de la fièvre. C'est pourquoi M. Anger a supposé une tuberculisation des parois de l'artère fémorale.

— M. *Chauvel* fait un rapport sur un travail de M. *Vieusse : De l'élongation des nerfs dans les paralysies traumatiques*. Un homme avait une paralysie de la sensibilité et du mouvement, à la suite d'un coup de sabre, sur la partie postérieure et supérieure de l'avant-bras droit. Élongation du nerf radial; retour de la sensibilité.

M. Le Fort a fait l'élongation du nerf médian pour guérir une névralgie avec atrophie musculaire d'origine traumatique.

— M. *Terrier* lit un rapport sur une observation adressée par M. *Guermonprez* (de Lille). Un couvreur tombe de la hauteur de 10 mètres : douleur violente au niveau de la quatrième vertèbre lombaire. Rien d'apparent, peut-être un peu de crépitation. Paralysie des membres inférieurs et de la vessie. L'extension et la contre-extension calment la douleur. Le malade marcha pendant trois mois avec des béquilles; il

est aujourd'hui guéri. Il y eut probablement fracture d'une vertèbre.

— M. *Monod* présente pour la seconde fois la femme qui avait une fistule recto-vaginale qui a été opérée et guérie; il s'agissait d'une fistule recto-vulvaire ou vaginale inférieure, consécutive à un abcès de la cloison.

Elle avait été traitée par les cautérisations sans succès. M. Monod fit un avivement, et sutura d'après le procédé américain. Les fils passaient dans l'épaisseur de la cloison et ne devaient pas passer dans le rectum. L'orifice rectal restait donc béant aux gaz et aux matières; insuccès.

Plus tard, M. Monod retrouva sa malade. Il fit une cautérisation galvanique qui donna un résultat déplorable. M. Monod incisa alors tout le pont, fit la suture, et obtint la guérison.

La première tentative de ce genre a été faite par Ricord (thèse de Michon), mais c'est à M. Richet que revient le mérite d'avoir démontré (1859) que l'incision du périné suivie de périnéorrhaphie immédiate constituait le meilleur traitement des fistules recto-vaginales ou recto-vulvaires.

M. *Labbé* a fait dans un cas la périnéorrhaphie avec restauration de la cloison et du périnée; il s'agissait d'une fistule recto-vaginale et non recto-vulvaire.

— M. *Monod* présente une pièce osseuse provenant d'une tumeur du maxillaire inférieur operée par M. Verneuil. Il n'y avait pas d'anesthésie du menton; le nerf a été retrouvé intact. Les tumeurs malignes détruisent le nerf (Forget), tandis que les tumeurs bénignes le respectent.

— M. *Bouilly* lit un travail sur la corde épiploïque dans les hernies.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GRIMAUX, VICE-PRÉSIDENT.

Présentation de deux nouveaux hémochronomètres: M. Malassez. — Etude du rein précurseur : M. M. Duval. — Laboratoire maritime du Havre : M. R. Blanchard. — Examen de l'acuité auditive : M. Gellé. — Réflexes vaso-dilatateurs (expérience de Lovén) : M. Laffont.

M. *Malassez* a modifié son ancien hémochronomètre en substituant au prisme creux qui renfermait la solution picrocarminée étalon, une petite cuve à faces parallèles et d'épaisseur constante. La solution de sang est, au contraire, enfermée dans un prisme, et l'on fait varier l'épaisseur de la couche à comparer en manœuvrant le prisme à l'aide d'une crémaillère. C'est, en somme, l'ancien appareil renversé. La raison qui a déterminé M. Malassez à adopter cette modification est que la solution picrocarminée ne conserve pas la même qualité de coloration quand on fait varier les épaisseurs.

Il a également fait subir plusieurs changements au colorimètre de Laurent, en réduisant les cuves de manière à ce qu'on pût pratiquer les examens avec de très petites quantités de sang.

— M. *M. Duval*, en étudiant l'appareil uro-génital des batraciens, s'est arrêté surtout à l'examen d'un organe glandulaire situé dans la région cervicale et formant un véritable rein (*précurseur*, comme il l'appelle), qui précède la formation du corps de Wolff désigné sous le nom de *rein primitif*.

Ce « rein précurseur » est constitué par un tube décrivant de nombreuses circonvolutions et communiquant avec la partie correspondante de la cavité péritonéale à l'aide de trois *néphrostomes*, ouvertures infundibuliformes garnies de longs cils vibratiles. En face de ces néphrostomes est disposé, dans la cavité péritonéale, au-dessus du poumon en voie de formation, un énorme glomérule qui reçoit ses vaisseaux de l'aorte correspondante.

Le tube contourné du rein précurseur se continue en arrière par un canal qui va se placer sur les côtés de l'insertion du mésentère, et parcourt ensuite la région dorsale de la cavité postérieure, pour aller, tout en arrière, s'ouvrir dans la portion postérieure de l'intestin; ce tube excréteur du rein précurseur est le canal de Wolff, sur lequel vont venir ultérieurement s'aboucher les canalicules de Wolff, le tout devant alors constituer le canal de Wolff proprement dit.

— M. *R. Blanchard* donne des indications sur l'aménagement du nouveau laboratoire maritime du Havre, en insistant sur les avantages qu'on y peut trouver pour les études de physiologie comparée.

— M. *Gellé* s'est proposé de faire, dans des conditions pratiques, l'examen de l'acuité auditive, tout en conservant la précision d'expériences scientifiques. A cet effet, il introduit dans le conduit auditif du sujet l'une des extrémités d'un tube de caoutchouc, dont l'autre bout est en rapport avec un diapason; les vibrations du diapason sont ainsi transmises à l'oreille du malade, dont il devient facile de mesurer, par comparaison, l'acuité auditive.

— M. *Laffont* a repris au laboratoire de la Faculté de médecine de Lille l'étude détaillée de l'expérience connue sous le nom d'*expérience de Lovén*. On sait que Lovén a produit la dilatation réflexe des artères de l'extrémité du membre postérieur en excitant le bout central du nerf dorsal du pied.

M. Laffont a recherché les voies suivies par l'excitation réfléchie, et arrive à localiser dans les deuxième, troisième et quatrième racines lombaires les nerfs qui président à la vaso-dilatation réflexe. De là les nerfs se jettent dans le tronc même du sciatique ou dans les rameaux communiquants du sympathique abdominal pour aborder plus tard les vaisseaux.

Les régions de la moelle où s'opère la réflexion des excitations centripètes appliquées au nerf dorsal du pied n'ont pas été déterminées, la section de la moelle à la région dorsale ayant supprimé la vaso-dilatation réflexe.

REVUE DES JOURNAUX

Sur un phénomène pupillaire observé dans quelques états pathologiques de la première enfance, par M. le professeur PARROT.

Dans certaines affections de la première enfance, avec ou sans convulsions, avec ou sans lésions appréciables de l'encéphale, durant la période de coma, qui est constante, on détermine un élargissement momentané, souvent très marqué, de la pupille en pinçant la peau, particulièrement au niveau du creux épigastrique.

Parmi ces affections, celles qui s'accusent par une lésion manifeste des centres nerveux sont: la méningite tuberculeuse, l'hémorrhagie pie-mérienne, l'hydrocéphalie chronique, enfin les états mal déterminés dans lesquels le volume de l'encéphale l'emporte sur la cavité crânienne.

Par contre, dans d'autres faits morbides, le plus souvent sans convulsions, mais avec coma, la pupille, très contractée, ne s'élargit pas par le pincement de la peau. Chez ces malades, on ne constate jamais de compression cérébrale; les centres nerveux sont sains ou présentent un certain degré, soit d'œdème, soit de congestion.

M. Parrot rapporte vingt-deux observations se rapportant à ces deux ordres de faits, et formule dans les termes suivants la conclusion pratique de ces recherches. Un enfant atteint ou non de convulsions, qui est dans le coma, et dont les pupilles ne se dilatent pas sous l'influence du pincement de la

peau, n'est atteint ni de méningite, ni d'hémorrhagie pie-mérienne; il est sous le coup d'une asphyxie avancée, et sa mort est imminente. (*Revue de médecine*, 1882, n° 10.)

Des abcès rétro-laryngés aigus primitifs, par M. le docteur GOIX.

Le phlegmon rétro-laryngé aigu primitif, — affection rare, car l'auteur n'a pu trouver dans la littérature médicale que huit observations, — est constitué par l'inflammation du tissu conjonctif situé sous les gouttières latérales du larynx.

Il a pour syndrome caractéristique l'apparition presque simultanée de fièvre, de douleur laryngée, de faiblesse et de raucité de la voix, avec toux, laryngosténose et dysphagie. Lorsqu'on saisit le cartilage thyroïde et qu'on lui imprime des mouvements de latéralité, on perçoit à l'état normal le frottement de ses bords postérieurs contre la colonne vertébrale. Ce frottement thyro-vertébral doit disparaître dans l'abcès rétro-pharyngien, et persister dans l'abcès rétro-laryngé. Dans tous les cas, sauf un, la maladie s'est terminée par la mort, par asphyxie croissante ou dans un accès de suffocation.

Goix recommande comme traitement l'administration du tartre stibié à hautes doses, jointe à l'application de larges et nombreux vésicatoires. Dès que le pus s'est formé, — et la suppuration est ordinairement très rapide, — il faut inciser l'abcès. Enfin la trachéotomie s'impose parfois d'urgence. (*Arch. gén. de méd.*, octobre 1882.)

Du trismus d'origine cérébrale, par M. le professeur LÉPINE.

M. Lépine rapporte l'observation d'une femme morte d'apoplexie cérébrale, et qui, comme seule manifestation convulsive, présenta un trismus permanent depuis le moment de l'attaque jusqu'au début de l'agonie. A l'autopsie, on trouva un petit foyer hémorrhagique sous-jacent à la substance grise de l'insula et du pied de la circonvolution frontale ascendante. C'est à ce niveau que se trouve le point dont l'excitation, chez le singe, détermine la constriction des mâchoires.

Les faits de cet ordre sont fort rares, ce qui tient peut-être, d'après M. Lépine, au défaut d'excitabilité des centres masticateurs, la mastication étant un acte aussi peu cérébral que possible, contrairement à la parole.

Lié à d'autres signes de lésion corticale (aphasie, monoplégie), le trismus acquiert une réelle valeur séméiologique au point de vue localisateur. (*Revue de médecine*, 1882, n° 10.)

De l'origine intestinale de certains alcaloïdes normaux ou pathologiques, par M. le professeur BOUCHARD.

Dans la séance de la Société de biologie du 5 avril 1882, M. Bouchard avait déjà donné les résultats de ses recherches relatives à l'existence d'alcaloïdes dans les urines au cours de certaines maladies infectieuses. Poursuivant ces recherches, M. Bouchard a constaté, comme l'a déjà fait M. Pouchet, qu'on peut également en trouver dans les urines normales.

Ils semblent être fabriqués dans l'intestin, pour être ensuite résorbés et éliminés par les urines. En effet, toutes les matières fécales fraîches renferment des alcaloïdes, les uns solubles dans l'éther, les autres insolubles dans l'éther, mais solubles dans le chloroforme.

Dans ces urines, les alcaloïdes sont toujours en proportion moindre que dans les matières fécales; ils y sont plus ou moins abondants, suivant qu'il y a plus ou moins d'alcaloïdes dans les fèces.

On peut donc, d'après M. Bouchard, se représenter de la façon suivante l'économie des alcaloïdes dans les organismes vivants : il existe des alcaloïdes à l'état normal dans le corps des individus vivants. Ils sont fabriqués dans le tube digestif, et sont vraisemblablement élaborés par les organismes végétaux, agents des putréfactions intestinales. Absorbés par la muqueuse digestive, éliminés par les reins, ces alcaloïdes sont l'origine des alcaloïdes trouvés dans les urines. (*Revue de médecine*, 1882, n° 10.)

Travaux à consulter.

LE GALVANOMÈTRE D'EDELMANN, par M. ZIEMSSEN. — Description d'un appareil destiné à mesurer, en électricité physiologique et thérapeutique, les *ampères*, c'est-à-dire les unités de force des courants (nom créé conformément au vœu de la commission spéciale du Congrès d'électricité). (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXX.)

DE L'ASCITE, par M. QUINCKE. — Relate sommairement : 1° deux cas d'ascite chronique non tuberculeuse, pas d'autopsie; la nature bénigne de l'affection est basée sur la guérison; 2° deux cas d'ascite chronique apparue à l'époque de la puberté chez des jeunes filles, disparue avec les règles ; 3° trois cas d'ascite d'origine inconnue, attribuée à des inégalités de pression dans les vaisseaux. (*Deutsch. Arch. für klin. Med.*, t. XXX.)

UN CAS DE BUBO MALARICUS, par M. J. RUBER. — Chez un berger de dix-neuf ans, atteint de fièvre tierce, apparut avec le premier accès un bubon du côté droit, qui rétrocéda de même avec la disparition de la fièvre. L'auteur pense que ce bubon, causé par la malaria (puisque toute autre cause devait être exclue, spécialement du côté de la sphère génitale), était le produit d'une variété du *Baccillus malariæ* ou de ses spores se développant rarement. (*Pest. med. hir. Presse*, 1880, n° 20.)

DU SARCOME PRIMITIF DU REIN, par M. NEUMANN. — L'auteur a rassemblé douze cas épars dans la science, et y ajoute une observation personnelle remarquable par le développement extraordinaire de la tumeur. L'enfant, âgé de près de six ans, avait une circonférence abdominale qui mesurait 87 centimètres; le rein pesait 6 à 7 kilogrammes. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXX.)

DE LA POITRINE « EN ENTONNOIR », par M. EBSTEIN. — L'auteur donne ce nom (*Trichlerbrust*) à un enfoncement régulier du sternum à sa partie médiane. Quoique des exemples de ce genre aient été rarement publiés, ils ne sont pas aussi exceptionnels que l'admet Ebstein, et cette déformation du thorax est bien connue des médecins militaires. Ce mémoire est une assez bonne monographie. (*Deutsch. Arch. für klin. Med.*, t. XXX.)

DE LA PHTHISIE LARYNGÉE, par M. BIEFEL. — Une étude approfondie des particularités histologiques de la muqueuse laryngée conduit l'auteur à distinguer deux groupes d'ulcérations tuberculeuses : les *superficielles*, qui se rencontrent de préférence sur l'épithélium pavimenteux; les *profondes*, qui intéressent les trois couches de la muqueuse et siègent plutôt sur l'épithélium cylindrique. Les premières sont curables, au bout d'un temps quelquefois très prolongé, au moyen d'un traitement approprié. Les secondes, au contraire, sont difficiles à guérir ou même à améliorer, même par les traitements locaux les plus énergiques. Ces généralités ne sont pas nouvelles, mais elles s'appuient sur des détails en grande partie inédits. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXX.)

DES MOUVEMENTS DU CŒUR, par M. ZIEMSSEN. — Les recherches ont été faites sur la fameuse Catherine Séraphine, qui a été opérée en 1878, à Breslau, d'un enchondrome de la paroi thoracique antérieure, et qui présente à la région cardiaque une ouverture irrégulièrement circulaire de 8 à 10 centimètres de diamètre, par laquelle on peut observer les battements du cœur, de l'artère pulmonaire, de l'artère coronaire, les mouvements du diaphragme, etc. On peut même atteindre directement le nerf phrénique sur la face antérieure du cœur. Les recherches de l'auteur ont une certaine importance pour les physiologistes. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXX.)

Un nouveau cas de cystinurie, par M. Ebstein. — C'est le soixante et unième cas publié. Reconnue assez facilement, la cystinurie disparut totalement ou à peu près, pendant une cure mercurielle par des frictions d'onguent napolitain. Est-ce hasard? Est-ce action spéciale du médicament? (*Deutsch. Arch. für klin. Med.*, t. XXX.)

De l'acétonémie des diabétiques, par M. Jænicke. — Six observations, dont deux très intéressantes et très détaillées. Le coma diabétique, les symptômes nerveux plus légers qui peuvent le remplacer ou le précéder, sont attribués au corps mal déterminé qui donne dans les urines, avec le perchlorure de fer, une coloration rouge pourpre foncé (éther éthylacétique?). Or, cette substance n'apparaît que si la nourriture du malade est exclusivement animale; elle disparaît rapidement dès que l'alimentation devient mixte. Les observations ci-dessus sont assez démonstratives à ce point de vue. Cette intéressante remarque explique peut-être pourquoi le coma diabétique est inconnu en France, où l'alimentation des diabétiques n'est pas aussi sévèrement animalisée qu'à l'étranger. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXX.)

Du diagnostic ophthalmoscopique de l'artérite oblitérante, par M. Furstner. — Dans un cas d'artérite oblitérante non syphilitique (Friedländer), l'examen à l'ophthalmoscope fit constater les phénomènes suivants : dilatation uniforme des veines et des artères, sinuosités marquées, coloration rouge sombre des vaisseaux, saillie anormale du côté du corps vitré. Le dessin très caractéristique qui accompagne l'observation montre quatorze vaisseaux à peu près du même calibre émergeant du centre de la papille. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXX.)

De l'opération césarienne lécale, par M. Sommerbrodt. — Dans l'espace d'une année, l'auteur, qui est attaché à la clinique de Gussenbauer, à Berlin, a pratiqué six fois l'opération césarienne sur la femme morte (dans un cas à l'agonie), et a obtenu trois fois des enfants vivants. Il croit que la mort de la mère n'influe pas *immédiatement* sur la nutrition du fœtus, ainsi que l'avaient fait croire les expériences de Zuntz. (*Berl. klin. Woch.*, 1881, n° 30.)

De la contraction musculaire paradoxale, par M. Mendelssohn. — Ce phénomène, décrit par Westphal, consiste en ce qu'un muscle raccourci passivement par le rapprochement de ses insertions entre en contraction permanente. L'auteur a rencontré ce symptôme dans les maladies les plus diverses et conclut : 1° qu'il est le résultat de la perte de l'équilibre entre le tonus d'un groupe musculaire et celui de ses antagonistes; 2° qu'il est dû à la même cause que les tremblements pathologiques, et se rapproche des réflexes tendineux et des contractures. L'importance clinique de la contraction musculaire paradoxale ne pourra être établie qu'au moyen de recherches cliniques nombreuses. (*St. Pet. med. Woch.*, 1881, n° 10.)

De l'influence de l'écorce cérébrale sur la température, par M. Bechterew. — Expériences sur les animaux. Conclusions : 1° dans l'écorce cérébrale *de l'homme* existent des régions qui sont en relation avec le système vaso-moteur, qui ont de l'influence sur la température du corps; 2° les régions à action thermique se trouvent à proximité des centres psycho-moteurs. (*St. Pet. med. Woch.*, 1881, n° 25.)

Empoisonnement par le phosphore, par M. Friedberg. — Un décès suspect donna lieu à une exhumation suivie d'autopsie trois mois après. Le médecin chargé de l'examen ne découvrit aucune lésion caractéristique, mais l'examen chimique permit de constater une quantité d'acide phosphorique qui ne pouvait provenir que d'une oxydation de phosphore libre. L'intoxication par cet agent fut d'ailleurs mise hors de doute. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXIII.)

Des cavités anormales au sein de la moelle, par M. Langhaus. — Ce travail, basé sur six observations, a pour but de démontrer qu'une partie des cavités que l'on rencontre dans le tissu médullaire peut être due à une hydropisie par stase veineuse. Cette opinion, que l'auteur se défend de vouloir généraliser, qui diffère essentiellement de celles de Hallopeau, Leyden, etc., mérite de l'attention à cause du nom de l'auteur. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXV.)

Des températures basses dans les maladies mentales, par M. Bechterew. — Rapprochant trois observations personnelles de tout ce qui a été publié sur ce sujet, l'auteur conclut que l'abaissement *considérable* de la température au-dessous de la normale n'est pas pathognomonique de telle ou telle maladie mentale, mais doit être considéré comme un symptôme défavorable compliquant certaines affections. (*St.-Pel. med. Woch.*, 1881, n°s 33, 34.)

Anguillules dans l'urine, par M. Scheiber. — De petits animalcules microscopiques non classés, mais semblables à l'anguillule stercorale (Bavay), ont été trouvés par l'auteur, en très grand nombre, dans l'urine d'une femme. Après quelques tâtonnements, il devint évident que ces vers habitaient le vagin, et Scheiber propose de les appeler *Rhabditis genitalis*. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXII.)

Un cas de fibrinurie aigue, par M. Baumuller. — Le sujet de cette observation, femme de trente-huit ans, souffrait depuis plusieurs années de violentes coliques néphrétiques, qui se terminaient par l'émission dans l'urine de masses fibrineuses représentant exactement le moule du bassinet, de l'uretère et des calices. Toutefois, la nature fibrineuse de ces fausses membranes ne put être démontrée. On se perd en conjectures sur la nature de l'affection qui a pu donner lieu à ce singulier phénomène. (*Virchow's Archiv*, 1882, t. LXXXII.)

De la cause de la narcose, par M. Drozda. — Observations sur des opérés pendant le sommeil produit par le bichlorure de méthylène. Conclusion : l'essence de la narcose est une anémie artificielle des centres nerveux par des agents variés. (*Deutsch. Archiv für klin. Med.*, t. XXVII, p. 339.)

Recherches sur le tubercule miliaire du foie, par M. Arnold. — Dans le foie, le tubercule se présente sous la forme miliaire et sous la forme conglomérée, comme dans les autres parenchymes; dans les deux cas, il contient souvent une grande quantité de canalicules biliaires de nouvelle formation, susceptibles de se transformer en cellules géantes (?). La structure de la granulation miliaire varie, du reste, avec son siège; elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admet généralement. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXII.)

Des altérations psychiques a la suite d'accidents de chemins de fer, par M. Mœli. — Quatre observations démontrent que l'on peut observer, à la suite de pareils accidents, les altérations les plus diverses, dont le point de départ serait la peur éprouvée par le malade. (*Berl. klin. Woch.*, 1881, n° 6.)

La ligature du canal cholédoque et ses suites, par M. Popoff. — Cette opération produit infailliblement une injection des plus délicates des fines ramifications biliaires, qui peut être utile pour l'étude anatomique de l'organe. Popoff pense que les cellules hépatiques sont munies de diverticules à l'instar des cellules nerveuses, et que l'un de ces prolongements est l'origine des canaux biliaires. Chose curieuse, l'hépatite interstitielle (de Charcot et Gombault) ne s'est pas produite chez les chiens, tandis qu'elle est constante chez le lapin. (*Virchow's Archiv*, t. LXXXI.)

BIBLIOGRAPHIE

The Surgery of the Rectum, comprising the Lettsomian. Lectures on Surgery, delivered before the medical Society of London, 1875, by Henry Smith, professor of Surgery of King's College, etc. Cinquième édition. London, Churchill, 1882, in-8° de xxi-185 pages.

La première édition de ce livre parut en 1865. La cinquième est de cette année (1882); et dans ces pages, exclusivement consacrées à la chirurgie du rectum, à l'étude et surtout au traitement de la fistule et de la fissure à l'anus; du rétrécissement, du cancer, des polypes et du prolapsus du rectum; à la thérapeutique des hémorrhoïdes internes; il n'est fait mention ni de l'écrasement linéaire, ni du thermocautère. Quelques lignes à peine sont données à la ligature élastique, si vantée par Allingham. L'auteur anglais ne paraît pas se douter qu'à l'emploi du bistouri, du clamp et du fer rouge, d'autres méthodes ont été substituées pour le plus grand bien des patients, et que l'écraseur de Chassaignac

et le cautère thermique, sont aujourd'hui les modes de diérèse presque seuls employés en France, du moins à Paris, quand il s'agit du traitement des affections du rectum. La dilatation brusque du sphincter anal lui semble également inconnue. Est-ce oubli? Est-ce indifférence pour ces méthodes nouvelles? Indifférence sans doute; mais que nous ne constatons pas sans surprise et sans une certaine amertume. Smith, du reste, se borne à exprimer ses idées particulières et les résultats de sa pratique sur cette partie de la chirurgie, étudiée depuis un demi-siècle par les hommes les plus éminents, et pourtant peu connue des élèves. Un interrogatoire minutieux, un examen attentif avec le doigt et le spéculum, permettent d'établir un diagnostic précis. L'emploi du stylet rigide est dangereux, si le patient n'est pas anesthésié. Souvent il s'égare dans les tissus et produit de graves désordres.

Comment se forment les fistules à l'anus? Brodie admet qu'une ulcération de la muqueuse rectale, une ouverture interne, en est toujours le point de départ. Pour Syme, au contraire, la muqueuse est primitivement intacte et n'est jamais perforée tant qu'il n'y a pas une collection purulente extérieure. Ces deux opinions sont vraies; mais fort souvent il est difficile de trouver l'orifice interne de la fistule, qui peut être placé exceptionnellement jusqu'à 5 et 6 centimètres au-dessus de l'anus. Dans tous les cas, le chirurgien anglais emploie le bistouri, en ayant soin de diviser complètement le sphincter externe, mais sans remonter trop haut. C'est, en effet, à la section du sphincter interne et des libres circulaires du rectum, bien plus qu'à la multiplicité des incisions, qu'il faut attribuer l'incontinence, heureusement temporaire parfois, qui suit certaines opérations de fistules à l'anus. L'emploi des bougies réussit souvent contre cette impuissance.

Peu d'opérations sont aussi souvent suivies d'insuccès relatif. Ces échecs tiennent à la tuberculose, à la dysentérie et surtout à des rétrécissements méconnus, dont la dilatation suffit pour amener la guérison; ils tiennent à une opération incomplète, à des lésions osseuses passées inaperçues. Faut-il intervenir quand la phthisie est manifeste et prononcée? Smith pense que l'abstention doit être la règle, mais que dans certains cas, le chirurgien est forcé d'opérer pour épargner au malade des souffrances cruelles.

Les rétrécissements syphilitiques ou cicatriciels, le cancer, les polypes du rectum, forment l'objet de la seconde lecture. Contre les premiers, s'ils sont trop rapprochés de l'anus, l'incision simple ou double, la dilatation avec le doigt suivies de l'emploi de bougies graduées de gomme, recouvertes d'onguent mercuriel, sont les modes préférables de traitement, mais si la coarctation est plus élevée, si elle se trouve à la flexion sigmoïde (S iliaque) du gros intestin, l'incision est impossible et la dilatation lente ou forcée est difficilement applicable. Il faut alors recourir à la colotomie, et cela sans délai. De même pour le cancer du rectum, dont l'extirpation n'est possible que s'il occupe uniquement la partie la plus inférieure de l'intestin. Ici encore, Smith emploie l'instrument tranchant à l'exclusion de l'écraseur et de la ligature. Rien de spécial sur les polypes du rectum, vasculaires chez les enfants, fibreux chez les adultes, et bien plus communs qu'on ne le croit généralement.

La troisième lecture est consacrée au traitement des hémorrhoïdes et du prolapsus du rectum. S'agit-il de tumeurs externes rebelles, il faut en exciser quelques-unes. Une simple incision, en permettant l'issue du caillot qui les remplit, dégorge les hémorrhoïdes dures, tendues, très douloureuses, et soulage immédiatement les malades. Contre les hémorrhoïdes internes, l'acide nitrique fumant réussit si elles sont artérielles, mais si elles sont veineuses, il faut les enlever avec le clamp et le fer rouge, seul moyen d'éviter les hémorrhagies. A la ligature qui expose à des pertes sanguines secondaires, à la pyohémie, à des accidents nerveux, Smith préfère, dans tous les cas, l'excision avec le cautère actuel, pendant que le pédicule des tumeurs est étroitement saisi entre les mors de son clamp. Sur plus de 500 opérations d'hémorrhoïdes et de prolapsus, à tout âge, et dans les conditions les plus graves, il ne compte que trois morts, dont une par le chloroforme. Mais il est indispensable que le clamp soit bien fait, et que les cautérisations soient assez énergiques, pour obturer les vaisseaux ouverts. Quelques accidents, douleurs violentes (elles sont mieux calmées par la chaleur que par le froid), rétention d'urine, ballonnement du ventre, s'observent après ces opérations, mais ils n'offrent aucune gravité. Il n'en est pas de même des rétrécissements (3 cas), qui succèdent à des destructions trop étendues de la muqueuse et des téguments. Aussi faut-il savoir limiter les pertes de substance. De même, les cautérisations doivent être surveillées, et l'on ne saurait compter sur l'heureuse chance du chirurgien anglais, voyant guérir sans accidents, un patient chez lequel une hernie de l'intestin grêle s'était faite au travers du rectum perforé dans sa portion péritonéale.

Quelques remarques sur la fissure à l'anus, ulcère douloureux du rectum, terminent cet ouvrage. Les fissures fort variables par leur origine, par leur aspect et leur étendue, sont, neuf fois sur dix, situées en arrière et sur la ligne médiane. Quand les cautérisations légères, la pommade à l'oxyde de mercure, le passage des bougies, n'ont pas amené la cicatrisation de la plaie; quand l'affection se complique des spasmes du sphincter, il faut intervenir chirurgicalement. L'auteur anglais ne mentionne pas la dilatation forcée avec les doigts qui nous donne tant de succès. Sans accepter la section complète du sphincter anal, telle que la pratiquait *Boyer*, il se contente d'une incision limitée, mais telle que le doigt introduit dans l'anus, constate manifestement que la contraction du sphincter a perdu de sa puissance. Cette incision se fait, simplement, sur le doigt servant de guide, mais il est mieux de dilater le rectum avec le spéculum. On peut ainsi découvrir les sinus qui souvent compliquent la fissure, et les polypes, non moins fréquents que les fistules, et qu'il faut toujours rechercher. Ainsi que l'observe *Smith*, les affections du rectum, les fissures surtout, sont souvent méconnues chez la femme, et l'on croit à des lésions internes qui n'existent pas en réalité.

Tel est le plan de ce livre, reflet de la pratique personnelle de son auteur; bon à lire, mais trop éloigné des idées qui ont cours aujourd'hui dans notre pays.

D[r] J. Chauvel.

Traité théorique et pratique de la dysenterie, par le docteur Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine. — O. Doin, 1882.

Ce livre résume de longues années de pratique, dans lesquelles l'auteur a pu étudier sous toutes leurs formes les flux intestinaux qui se présentent si souvent à l'observation des médecins militaires et à ceux de la marine en particulier. C'est un traité complet, non seulement de la dysenterie proprement dite, mais de toutes les diarrhées aiguës ou chroniques qui doivent être cliniquement rapprochées dans une même étude. M. Bérenger-Féraud s'excuse des développements dans lesquels il est entré. Pour être complet, il a dû renoncer à être concis. Il serait facile d'ailleurs de résumer dans un cadre plus restreint un travail aussi étendu. Il y aurait peut-être bénéfice à simplifier des classifications dans lesquelles des formes assez difficiles à définir et surtout à séparer, sont successivement étudiées comme distinctes, bien qu'elles se confondent habituellement dans la clinique.

Ce qui caractérise ce livre, c'est moins la nouveauté des considérations, que le soin avec lequel la question a été envisagée sous toutes ses faces.

Nous signalerons particulièrement les derniers chapitres relatifs au traitement. Chaque médication rationnelle a été l'objet d'une étude particulière. L'utilité des évacuants divers, leur mode d'emploi est nettement indiqué. On remarquera les résultats que M. Bérenger-Féraud a obtenus de l'emploi de la diète lactée qui paraît être dans la plupart des cas le fond de sa médication. B.

Index bibliographique.

Des lésions syphilitiques du rachis, par le docteur Louis Levot. — Thèse de Paris, 1881. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Les différentes pièces osseuses qui composent la colonne vertébrale peuvent, chez les syphilitiques, présenter des lésions multiples, ostéite, exostose, carie, nécrose, de même que les autres os du squelette; au niveau du rachis, ces lésions acquièrent une importance toute spéciale par suite des désordres graves qu'elles peuvent entraîner dans les fonctions de la moelle épinière ou des nerfs qui en partent. C'est le mal de Pott syphilitique, dont l'auteur donne une description symptomatologique, un peu brève peut-être, édifiée avec les éléments puisés dans les observations nombreuses qu'il rapporte. Il passe en revue les troubles fonctionnels dus à la compression de la moelle: douleur, parésie ou paralysie, modifications plus tardives de la sensibilité, enfin contracture par sclérose descendante des cordons latéraux; puis il signale quelques désordres spéciaux en rapport avec le siège variable de la lésion osseuse: troubles oculo-pupillaires, dysphagie, vomissements, hoquet, accès de suffocation. Le pronostic semble dominé entièrement par cette proposition, que le traitement spécifique des accidents syphilitiques tertiaires a donné dans des cas semblables « des améliorations inespérées et de très beaux résultats ».

Recherches cliniques expérimentales sur la pathogénie de l'érysipèle, par le docteur D. Dupeyrat. — Thèse de Paris, 1881.

Après un rapide exposé des points les plus importants de l'histoire naturelle des bactéries, et en particulier de la bactérie-point, ou *bacterium punctum*, champignon de la classe des schizomycètes, tribu des microsphères, M. Dupeyrat passe en revue les diverses théories qui se sont succédé relativement à la nature et à la pathogénie de l'érysipèle. Il établit quatre périodes dans l'histoire de cette affection: la période *hippocratique*, qui comprend plus de cinq cents ans; la période *humorale*, depuis Galien jusqu'au dix-huitième siècle; la période *inflammatoire*, et enfin la période *parasitaire* ou de la *spécificité* qui s'étend du commencement du siècle jusqu'à nos jours. Wells, Velpeau, Paul Dubois, Bouillaud, Trousseau, Gosselin et Raynaud furent les défenseurs de la spécificité; Huëter et Nepveu, Orth, Cohn, Bouchard ont fait connaître le parasite, le microbe de l'érysipèle. C'est pour apporter de nouveaux arguments en faveur de cette doctrine que M. Dupeyrat a entrepris les diverses expériences de culture et d'inoculation du *bacterium punctum* relatées au cours de son travail; il a également recueilli un assez grand nombre d'observations cliniques, avec examen du sang et de la sérosité des phlyctènes chez les malades atteints d'érysipèle. Il croit pouvoir conclure que c'est une affection épidémique, contagieuse, due à un principe matériel vivant, la *bactérie-point*, cellule sphérique caractérisée par son immobilité. L'existence d'une plaie, servant de porte d'entrée au microbe, lui semble nécessaire pour amener le développement de l'érysipèle, dont la spontanéité ne peut plus être admise qu'avec de grandes réserves.

Du traitement du décollement rétinien par le nitrate de pilocarpine, par le docteur Marie Josso, ex-chef de clinique ophthalmologique à l'École de médecine de Nantes. — Thèse de Paris, 1881. O. Doin.

Ce travail comprend un exposé des diverses méthodes de traitement antérieurement employées pour la cure du décollement rétinien; les nombreux essais de traitement médical n'ont fourni que des insuccès, et les procédés variés d'intervention chirurgicale ont été presque constamment suivis de récidives: telles sont les opérations de Bowmann, déchirant la rétine décollée au moyen de deux aiguilles; de de Graëfe, employant dans le même but une aiguille à deux tranchants; de de Wecker, pratiquant la ponction aspiratrice et même le drainage avec un séton en fil d'or; de Galezowski et Poncet, ayant recours à l'iridectomie. En présence de semblables résultats, l'auteur croit devoir préconiser le traitement par les injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine, dont il a observé les heureux effets dans presque tous les cas (15 sur 16) où il l'a employé. La pilocarpine agit, d'après lui, par la spoliation rapide et énergique qu'elle exerce sur les appareils glandulaires, favorisant ainsi la résorption du liquide sous-rétinien; elle aurait encore pour effet de rendre au corps vitré son volume normal et sa tension habituelle, ainsi que de diminuer la tension vasculaire intra-oculaire, toutes conditions désirables pour éviter les récidives de l'affection. Les injections doivent se faire par séries de dix à quinze, séparées par des repos de huit à dix jours; chaque injection renferme dix à douze gouttes d'une solution de 20 centigrammes de nitrate de pilocarpine dans 4 grammes d'eau distillée.

Clinique ophthalmologique de la Faculté de médecine de Bordeaux, par le docteur Badal, chargé du cours d'ophthalmologie, — première année, 1re livraison. — Janvier, février, mars, 1881. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Cette livraison contient quatre leçons cliniques. Dans la première, l'auteur recherche les causes les plus fréquentes de la cécité, d'après une statistique portant sur 7500 malades; il arrive à cette conclusion que, sur cent aveugles, un tiers seulement peut être considéré comme incurable, étant données les ressources actuelles de la thérapeutique. Dans la deuxième, il traite de la micropsie, de la macropsie et de la métamorphopsie rétiniennes. La troisième renferme une observation de blépharospasme persistant, consécutif à une conjonctivite granuleuse, et dont la guérison a pu être obtenue au moyen de cautérisations ponctuées avec le thermo-cautère sur le front et la tempe, répétées trois fois par semaine pendant quinze jours. Enfin, la quatrième n'est que la relation d'une curieuse observation d'une forme rare de tumeur de l'orbite, sans doute un polype fibreux, implanté sur le périoste du sommet de la cavité orbitaire, et ayant expulsé au dehors le globe oculaire. L'opération fut pratiquée et la guérison pouvait, trois mois plus tard, être considérée comme complète.

VARIÉTÉS

Fièvre typhoïde. — Questionnaire dressé par le Conseil d'hygiène.

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES A CHACUN DES CAS.

A. Examen des localités. — *État de la chambre*. — Le malade demeure-t-il en garni? — Combien de personnes couchent habituellement dans sa chambre? — Cette chambre est-elle salubre? — A quel étage se trouve-t-elle? — Est-elle en façade sur la rue?

État de la maison. — D'où provient l'eau consommée habituellement dans la maison? Cette eau est-elle filtrée? — La maison est-elle en bon état d'entretien? — Ses cours intérieures sont-elles en bon état (amas d'immondices, résidus industriels ou autres causes d'insalubrité)? — Comment se fait l'écoulement des eaux de la maison (souterrainement ou par puisard, ou par ruisseau)? — Dans quel état sont les latrines? Quel est le système de vidange en usage (fosses fixes, fosses mobiles, système diviseur, etc.)?

État de la rue. — La rue est-elle pavée, bitumée ou macadamisée? — Quelle est sa largeur? — Est-elle pourvue d'égout? — A quelle distance la maison se trouve-t-elle des bouches d'égout? Ces bouches d'égout répandent-elles de l'odeur? — État des ruisseaux de la rue? — Exécute-t-on des terrassements importants dans la rue ou dans le voisinage? A quelle distance?

B. Examen de l'individu. — *Examen du malade*. — Sexe, âge, état civil et profession. — Nationalité. Lieu de naissance. — Depuis combien de temps le malade est-il à Paris? — Quelles sont les causes qui ont pu influer sur le développement de la maladie (fatigues physiques, émotions morales, changement d'habitude et de régime, etc.)?

C. Mode de contagion. — *Recherche du mode de contagion*. — A-t-il existé précédemment dans la maison ou dans son voisinage des cas de fièvre typhoïde? — Leur nombre, leur date. Préciser la date du dernier cas. — Le malade a-t-il été en contact avec un

individu atteint de fièvre typhoïde? — La transmission a-t-elle pu être faite par des déjections, des linges souillés par des matières, etc.?

Le Conseil d'hygiène et de salubrité serait reconnaissant aux commissions d'hygiène et aux médecins traitants de lui fournir tous autres renseignements qu'ils jugeraient utiles concernant l'étiologie de la fièvre typhoïde.

Une *instruction* sur les précautions à prendre concernant la fièvre typhoïde est, d'autre part, approuvée par le Conseil d'hygiène, et elle va être distribuée dans les immeubles où la maladie s'est produite.

Fièvre typhoïde. — Octobre 1882.

MOUVEMENT DES HÔPITAUX DE PARIS DU LUNDI 16 OCTOBRE AU LUNDI 23 OCTOBRE 1882

DATES.	EXISTANT LE MATIN	ENTRÉS.	SORTIS.	MORTS.	EXISTANT LE SO
Lundi, 16...	2156	52	51	24	2133
Mardi, 17....	2133	62	41	18	2136
Mercredi, 18.	2136	67	42	9	2152
Jeudi, 19....	2152	73	41	10	2174
Vendredi, 20.	2174	55	40	10	2179
Samedi, 21..	2179	50	50	8	2171
Dimanche, 22.	2171	48	31	13	2175
TOTAUX...	....	407	296	92	....

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — M. Cornil, professeur d'anatomie pathologique, commencera, le mardi 7 novembre, à dix heures du matin, à l'hôpital de la Pitié, des conférences pratiques d'anatomie pathologique qu'il continuera les samedis et mardis suivants. La leçon consistera essentiellement dans une autopsie faite devant les élèves, et suivie de la démonstration de pièces. Les étudiants qui se feront inscrire par M. Babinsky, interne du service, seront exercés à pratiquer des autopsies sous la direction de M. Cornil.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. les étudiants inscrits à l'Ecole pratique pour le cours d'automne de médecine opératoire, sont invités à demander immédiatement au secrétariat le bulletin de versement qui leur est nécessaire pour verser la somme de 40 francs à la caisse du receveur des droits universitaires. MM. les étudiants de troisième année qui sont obligés de disséquer dès le commencement du semestre d'hiver, peuvent se faire inscrire à l'Ecole pratique avant d'avoir pris leur inscription de novembre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Cazeneuve (Paul), agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de chimie organique et toxicologie à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lyon (chaire nouvelle).

NOUVEAUX HÔPITAUX. — On dit que le directeur de l'Assistance publique vient de demander au conseil municipal de Paris un crédit extraordinaire de 3 millions pour créer de nouveaux hôpitaux ou améliorer et agrandir ceux qui existent actuellement. (*Union médicale.*)

COMMISSION D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE. — Le directeur de l'Assistance publique vient d'instituer une commission prise dans le sein du corps médical des hôpitaux, pour donner son avis sur toutes les questions d'hygiène hospitalière et sur les améliorations à introduire dans les divers services des hôpitaux et des hospices. Cette commission sera présidée par le directeur de l'administration.

Voici les noms des membres de cette commission : MM. Moutard-Martin, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre du conseil de surveillance; Nicaise, chirurgien de l'hôpital Laënnec, membre du conseil de surveillance; Lailler, médecin de l'hôpital Saint-Louis; Archambault, médecin de l'hôpital des Enfants; Trélat, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Necker; Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Tenon; Tarnier, chirurgien, professeur en chef de la Maternité; Baudrimont, professeur à l'École de médecine, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux; Brelet, secrétaire général de l'administration; D'Echerac, inspecteur de l'administration; Grou, chef du bureau du personnel et du service de santé.

TRANSPORT DES VARIOLEUX. — Jusqu'ici, le transport des varioleux dans les hôpitaux s'effectuait dans des voitures publiques. La préfecture de police s'est émue de ce fait, qui, étant donné le caractère contagieux de la variole, pouvait avoir de graves inconvénients pour la santé publique. Elle a fait construire trois voitures spéciales destinées au transport dans les hôpitaux des malades atteints de la variole. Ces voitures sont remisées dans les dépendances de l'Hôtel-Dieu. Les familles des varioleux qui se trouveront dans les cas prévus pour l'envoi des malades dans les hôpitaux adresseront une demande de transport au commissaire de leur quartier. Ce magistrat se fera remettre immédiatement un certificat médical constatant la nature de la maladie, et enverra aussitôt à la préfecture un télégramme mentionnant le nom et la demeure des varioleux.

AVIS. — A céder, pour raison de santé, un excellent poste médical dans un chef-lieu de département du centre. S'adresser au bureau de la *Gazette hebdomadaire*.

MORTALITÉ A PARIS (42e semaine, du vendredi 13 au jeudi 19 octobre 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1111, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 244. — Variole, 8. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 27. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 28.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 166. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 47. — Bronchite aiguë, 12. — Pneumonie, 25. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 46; au sein et mixte, 31; inconnu, 8. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 84; de l'appareil circulatoire, 69; de l'appareil respiratoire, 61; de l'appareil digestif, 68; de l'appareil génito-urinaire, 22; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 4; infectieuse, 4; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 32. — Causes non classées, 11.

Conclusions de la 42e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1226 naissances et 1111 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient 932, 941, 1018, 1174. Le chiffre de 1111 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, donne les résultats suivants : 244 décès par fièvre typhoïde (au lieu de 250 pendant la 41e semaine), 2 par infection puerpérale (au lieu de 6), 8 par variole (au lieu de 7), 8 par rougeole (au lieu de 3), 27 par diphthérie (au lieu de 24), 6 par érysipèle (au lieu de 1). En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la fièvre typhoïde (741 malades reçus du 9 au 15 octobre, au lieu de 1001 entrés pendant les sept jours précédents), pour la variole (16 au lieu de 19), et pour la diphthérie (23 au lieu de 25).

A en juger par le nombre de 244 décès typhoïdiques, atteint cette semaine, la situation sanitaire ne se serait pas améliorée. Mais si ce nombre est à très peu près aussi élevé que celui de la 41e semaine, il n'en est pas de même du chiffre des cas d'invasion. Le mouvement des entrées dans les hôpitaux, dont l'importance donne toujours la mesure exacte de l'état général de la population, indique pour la semaine écoulée une diminution du chiffre des admissions (741 au lieu de 1001). Cette atténuation, cependant, n'est pas assez prononcée, et le chiffre de 741 malades est trop considérable pour que nous osions espérer un abaissement prochain de la mortalité.

Dr BERTILLON,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

MOTTEROZ, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — Nº 44 — 3 NOVEMBRE 1882

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 2 novembre 1882.

L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE; ORGANISATION DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE; INSTRUCTIONS DU CONSEIL D'HYGIÈNE. — DES ANTISEPTIQUES DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — LA REVISION DE LA LÉGISLATION SUR LES LOGEMENTS INSALUBRES. — LE CHOLÉRA A LA MECQUE.

Académie de médecine : L'épidémie de fièvre typhoïde. — Organisation de l'hygiène publique. — Instructions du Conseil d'hygiène.

L'accueil que l'Académie a fait mardi dernier à la lecture de M. Proust pouvait s'adresser en partie à la clarté de l'exposition et à la distinction de la forme; mais il témoignait aussi, nous voulons le croire, d'une communauté de sentiments sur les lacunes et les imperfections de l'organisation de l'hygiène publique dans notre pays. On comprend que nous renchérissions sur les marques d'approbation de l'Académie, si l'on veut bien se rappeler que les vues exprimées par M. Proust, et spécialement celles qui concernent la centralisation des services d'hygiène, l'ont été à plusieurs reprises dans ce journal, par M. Valentin Vignard, par M. A.-J. Martin et par nous-même. Aussi ne voulons-nous que signaler à nos lecteurs ce nouvel effort vers un progrès si nécessaire, ce nouvel appel à la sollicitude des pouvoirs publics, et nous joindre à l'orateur pour demander à la Compagnie de faire intervenir, dans cette grave question, et toute son autorité scientifique et toute celle qu'elle tient de sa mission officielle auprès du gouvernement.

Nous ferons pourtant une remarque. Les organisations de services publics sont longues à réaliser, surtout en France. N'y a-t-il, en attendant celle-ci, qu'à se croiser les bras? Non, et un de nos collaborateurs, M. A.-J. Martin, a montré dans un Rapport sur la création d'une Direction de la santé publique, qu'on pourrait dès à présent réaliser les idées émises par M. Proust; il a fait d'abord remarquer que les services de médecine publique doivent dépendre, d'une part, de l'administration centrale et, d'autre part, de l'administration départementale et communale. En ce qui concerne la première, M. A.-J. Martin a prouvé comment de simples changements dans les attributions assez hétérogènes de certains bureaux ministériels (changements bien faciles à faire et dont de fréquents et récents exemples montrent la possibilité) permettraient, dès aujourd'hui, d'installer, soit au ministère de l'intérieur, soit au ministère du commerce, une direction de la santé publique, comprenant : 1° un bureau de la police sanitaire et industrielle, débarrassé des poids et mesures et prenant en retour les services des établissements classés, et du travail des enfants dans les manufactures ; 2° un bureau d'assistance réunissant les diverses parties de l'assistance et de la protection de l'enfance avec l'assistance hospitalière et de bienfaisance, les unes et les autres disséminées actuellement entre un grand nombre de bureaux de la direction départementale et de celle du secrétariat et de la comptabilité. A cette direction seraient adjoints : le comité consultatif d'hygiène, la commission du travail des enfants dans l'industrie, le comité supérieur de protection des enfants du premier âge. Dans les préfectures il serait également facile de coordonner, sur les mêmes bases, les diverses attributions de médecine publique, appartenant actuellement par partie à tant de bureaux différents ; et, pour la Ville de Paris, il serait assez aisé, pour peu qu'on le voulût bien, de faire auprès de l'une des deux préfectures, celle de police assurément, qui possède la plus grande partie des pouvoirs administratifs à cet égard, la réunion de services venant s'unir à ceux qui sont déjà organisés, tels que le Laboratoire municipal de chimie et le service de la statistique. Il faudrait, en un mot, car nous ne pouvons nous étendre davantage sur ces divers projets déjà signalés et discutés ailleurs, que l'hygiène publique n'eût pas ses diverses parties fractionnées à l'infini de tous côtés dans des bureaux, pour chacun desquels ces services ne sont plus qu'un accessoire et un surcroît de besogne sans engager la responsabilité de personne.

— L'Académie n'a pas écouté avec moins de faveur une lecture de M. Léon Colin sur la part qu'il convient d'attribuer à la population militaire dans l'intensité et la propagation de l'épidémie. Les soldats sont, pour la plupart, des nou-

veaux venus, qui reçoivent, en fait de fièvre typhoïde, plus qu'ils ne donnent. Tel est le sens général de ce discours, remarquable, comme tous ceux de l'orateur, par la précision des faits et la forme serrée de l'argumentation.

— Nous avons publié (p. 685) le *Projet d'instructions* du Conseil d'hygiène sur les précautions à prendre concernant la fièvre typhoïde. Nous croyons devoir reproduire les modifications apportées à ce projet à la suite de la discussion dont il a été l'objet au Conseil d'hygiène. Le lecteur verra que ces modifications, en ce qui touche le choix des désinfectants, sont en rapport avec les *desiderata* que nous avons nous-mêmes formulés :

Instructions sur les précautions à prendre concernant la fièvre typhoïde.

Lorsqu'un malade est reconnu atteint de fièvre typhoïde, il convient de prendre les mesures hygiéniques suivantes :

1° *Isolement.* — Le malade doit être isolé, autant que possible, des autres habitants de la maison. Si le local ne permet pas un isolement suffisant, il est préférable de transporter le malade à l'hôpital. Si le malade reste dans son domicile, les personnes nécessaires pour lui donner des soins doivent seules pénétrer dans sa chambre, dont l'entrée est sévèrement interdite aux enfants et aux jeunes gens. Les personnes soignant le malade feront bien de se laver à l'eau phéniquée (10 grammes par litre d'eau).

2° *Aération de la chambre.* — La chambre doit être facile à aérer. Les tentures, rideaux et tapis doivent en être retirés. Le lit doit, autant que possible, être placé au milieu de la chambre.

3° *Désinfection des déjections.* — Toutes les déjections du malade, avant d'être portées de la chambre aux latrines, doivent être désinfectées au fur et à mesure par une solution de chlorure de zinc (50 grammes par litre d'eau). Cette solution sera également employée à laver largement les latrines chaque fois que les déjections y seront jetées.

4° *Désinfection des vêtements.* — Tous les vêtements de corps, tous les linges de literie ayant servi au malade doivent, avant leur enlèvement de la chambre, être plongés dans une solution d'acide phénique (20 grammes par litre d'eau); ils seront immédiatement donnés au blanchissage.

5° *Assainissement de la chambre.* — Lors du départ ou de la guérison du malade, on placera dans la chambre, sur un lit de sable, une terrine contenant quelques charbons allumés, sur lesquels on mettra une quantité de soufre concassé proportionnelle à la capacité de la pièce : 20 grammes par mètre cube. La chambre restera fermée vingt-quatre heures. Passé ce délai, les objets de literie et vêtements contenus dans cette chambre devront être nettoyés avec le plus grand soin. La chambre sera lavée ou lessivée à l'eau phéniquée (20 grammes par litre d'eau). La chambre ne sera réhabitée qu'après avoir été aérée pendant au moins une semaine.

A. D.

Des antiseptiques dans la fièvre typhoïde.

L'avènement, de moins en moins contesté, des doctrines parasitaires ouvre à la thérapeutique de nouveaux et larges horizons. Le jour où l'influence pathogénique des micro-organismes aura été nettement établie, il sera légitime d'espérer qu'au moyen des agents parasitaires ou antiseptiques on pourra, dans bien des cas, attaquer directement la cause morbide, au lieu d'être réduit comme aujourd'hui à une médication purement symptomatique. C'est dans cette voie que s'engagent les thérapeutes; car c'est à cette classe de substances actives seule qu'on peut demander les éléments d'une médication spécifique, l'idéal du praticien.

Mais, il faut bien le reconnaître, ces espérances n'ont guère été justifiées jusqu'à ce jour et l'arsenal thérapeutique des maladies infectieuses ne s'est pas notablement enrichi dans ces dernières années.

La fièvre typhoïde ferait-elle exception ? On put le croire un instant, lorsque plusieurs observateurs d'une autorité incontestable préconisèrent à l'envi, force statistiques brillantes à l'appui, diverses substances antiseptiques dans le traitement de cette pyrexie. Faut-il abandonner au profit de ces médications d'importation nouvelle les méthodes thérapeutiques consacrées par la tradition ? Les toniques, les évacuants doivent-ils être relégués au second plan ? Aurions-nous enfin un *traitement de la fièvre typhoïde ?* Telles sont les questions que nous posent un grand nombre de nos correspondants, en particulier ceux qui sont éloignés des grands centres ou des milieux hospitaliers.

Bientôt sans doute une enquête consciencieuse, dont les éléments ne nous font malheureusement pas défaut, et des discussions approfondies dans les sociétés savantes fixeront sur ce point l'opinion médicale; mais, en attendant, la question est d'une trop saisissante actualité, pour que, malgré les difficultés de cette tâche, nous n'essayions de résumer ici les données les mieux établies et d'indiquer, au moins succinctement, la ligne de conduite suivie par nos maîtres.

I

Premier point de droit, comme diraient les jurisconsultes : parmi ces médicaments récemment préconisés, acide phénique, phénate de soude, salicylate de soude ou de bismuth, s'en trouve-t-il qui, dans la fièvre typhoïde, répondent à l'indication causale en neutralisant ou en détruisant l'agent virulent ? Telle de ces substances antiseptiques peut-elle être considérée comme ayant une action spécifique, à la manière du mercure dans la syphilis ?

Au témoignage même de presque tous les partisans de ces médications, c'est par la négative que cette question doit être tranchée. Il est du reste facile de le comprendre à priori, pour peu que l'on considère l'évolution normale de la dothiénentérie. Que le foyer primitif de l'intoxication soit le tube digestif, le sang ou le système nerveux, il est certain que, grâce à l'insidiosité des premières manifestations morbides, l'intervention thérapeutique ne se produit qu'après envahissement de l'organisme entier. Ce n'est pas seulement dans l'intestin, mais encore dans le sang, dans toutes les humeurs, tous les tissus qu'il faudrait neutraliser la substance virulente, ou l'agent infectieux. Il n'est donc pas possible, comme on l'a essayé dans ces derniers temps, d'assimiler au point de vue des méthodes thérapeutiques la fièvre typhoïde à une plaie intestinale et de voir dans le lavage des voies digestives l'élément essentiel du traitement. C'est dans l'intimité des tissus et des humeurs qu'il faudrait porter le contrepoison, et en détergeant les ulcérations intestinales on ne répond que d'une façon fort imparfaite à l'indication causale. Or, en raison de leur toxicité à doses relativement faibles, en raison aussi de leur rapide élimination à travers les reins, les substances antiseptiques que l'on a prônées ne réalisent en aucune manière les conditions d'une médication anti-infectieuse.

Ces vues théoriques trouvent d'ailleurs dans l'expérience clinique une éclatante confirmation. Certes, comme nous le verrons ultérieurement, on peut, au moyen de l'acide phénique ou du salycilate de soude, atténuer ou même faire disparaître d'une façon plus ou moins durable certains phéno-

mènes particulièrement inquiétants et donner ainsi une physionomie plus rassurante à un processus morbide qui se présentait sous les auspices les plus fâcheux. Mais l'évolution générale de la maladie, — et là se trouve le critère d'une médication nettement spécifique, — en est-elle pour cela modifiée ? Nullement. La maladie parcourt, en dépit du traitement, ses phases successives, sans que la durée en soit abrégée, sans que l'on arrive même à impressionner d'une manière appréciable la forme qu'elle affecte. Que la note dominante soit l'adynamie ou l'ataxie, la fièvre typhoïde restera adynamique ou ataxique. Les parasiticides sont impuissants à conjurer les complications qui dérivent directement de l'infection, à prévenir les déterminations anormales du germe typhoïdique sur le système nerveux et les viscères, comme les poumons ou le cœur.

Une action spécifique n'est donc pas le fait des agents antiseptiques dont nous disposons ; est-ce à dire qu'ils ne répondent à aucune indication, qu'ils ne réalisent aucun des *desiderata* de la thérapeutique? Beaucoup s'en faut ; car ils exercent une influence incontestable sur un des éléments morbides qui, le plus fréquemment, domine la scène et commande le pronostic, sur l'état fébrile. Or, à ce redoutable adversaire, l'hyperthermie, nous ne pouvions souvent jusqu'à ce jour opposer que des armes à deux tranchants, comme la digitale, si dangereuse dans les formes cardiaques, ou les bains, si difficiles à manier en cas de complications pulmonaires. Des substances qui rempliraient l'indication antipyrétique, sans avoir autant d'inconvénients, seraient donc les bienvenues auprès du praticien qui se sent parfois désarmé. Dans quelle mesure les agents antiseptiques méritent-ils, à ce titre, leurs lettres de naturalisation dans le traitement de la fièvre typhoïde, c'est ce que nous sommes ainsi conduit à rechercher.

II

Nous ne parlerons ici que des deux médicaments antipyrétiques qui se partagent en ce moment, avec le sulfate de quinine, la faveur des praticiens, l'acide phénique et le salicylate de soude. Ce sont du reste les seuls sur lesquels on ait quelques données précises.

L'*acide phénique* a beaucoup fait parler de lui dans ces dernières années; mais tout porte à croire que cette vogue sera des plus éphémères, malgré l'autorité des cliniciens qui l'ont provoquée. Une récente discussion à la Société médicale des hôpitaux semble d'ailleurs témoigner d'un sentiment assez général de défiance à son égard.

L'acide phénique a été employé sous forme de potion, en pilules, en injections hypodermiques, et enfin administré par la voie rectale, à la dose de 0gr,50, 0gr,75, même 1 gramme. Ce dernier mode d'administration est du reste le seul pratique; c'est le seul que nous ayons expérimenté d'une manière suivie.

Qu'un lavement renfermant 0gr,50 à 0gr,75 d'acide phénique détermine une chute rapide de la température de 1 degré ou 1°,5, qu'on puisse même la maintenir à un niveau inférieur pendant plusieurs nychthémères, en administrant chaque jour deux ou trois lavements, que par suite le bénéfice de cette médication soit réel dans les cas d'hyperthermie brusque où le danger est imminent et où les bains frais sont contre-indiqués, des faits nombreux sont là pour le prouver. Mais de quel prix on paye l'effet antipyrétique! Sans parler des dispositions individuelles en vertu desquelles les doses utiles sont très mal supportées, ou des accidents de collapsus dont on a peut-être exagéré la fréquence et la gravité, peut-on bannir toute appréhension quand on assiste à la réaction qui suit, souvent de très près, la chute thermique, et, se traduisant par un frisson plus ou moins violent, ramène brusquement la température à son niveau primitif, réaction enfin qui donne lieu, suivant certains auteurs, à des raptus congestifs du côté des organes profonds, en particulier du côté des poumons ?

A un autre titre la médication phéniquée demande une surveillance incessante, irréalisable en dehors des services hospitaliers. Chez certains malades qui, au début, avaient bien supporté l'acide phénique, il se produit, après quelques jours de traitement, un abaissement parfois énorme du thermomètre, 3 ou 4 degrés, et comme la réaction est en général proportionnelle à l'hypothermie artificielle, la température remonte en quelques heures à une hauteur qu'on n'avait pas encore observée. Est-il rationnel, nous le demandons, de soumettre un organisme si profondément débilité à de semblables secousses ?

L'acide phénique n'est donc applicable que dans des cas exceptionnels. Cependant l'usage des lavements froids contenant une dose faible, 0gr,30 par exemple, est recommandable ; mais le phénol agit alors à titre, moins de fébrifuge que de désinfectant pour les matières intestinales. Mais comme antiputride, le charbon, que l'on peut employer à doses élevées, lui est encore préférable en raison de ses propriétés absorbantes et de son action sur le météorisme abdominal.

Antipyrétique bien moins actif, mais aussi moins brutal que l'acide phénique, le *salicylate de soude* est d'un maniement bien plus facile. Employé à la dose de 6 ou 8 grammes *pro die*, il détermine d'ordinaire au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures une chute appréciable de la température, et consécutivement une euphorie notable. Habituellement bien supporté, mieux même que par les rhumatisants, il peut être administré pendant quelques jours sans inconvénient sérieux. Il semble donc indiqué dans les cas où la fièvre typhoïde menace de prendre la forme hyperthermique, sans que l'on se trouve en présence d'une température excessive qui constitue un danger immédiat. Mais on s'exposerait à des mécomptes et on perdrait un temps précieux en faisant appel à ce médicament quand il faut frapper vite et fort. De plus, il est indispensable, avant de s'en servir, d'examiner les urines, car, en cas d'altérations rénales appréciables, son emploi est formellement contre-indiqué.

Je ne ferai que signaler ici le salicylate de bismuth, dont l'action semble analogue à celle du sel sodique, et qui trouverait son application lorsque les évacuations alvines sont trop abondantes ou l'estomac trop impressionnable.

Quant à l'influence que les salicylates exerceraient sur les échanges nutritifs, d'après certains auteurs, elle est encore trop hypothétique pour entrer en ligne de compte ; les expériences qui ont été faites sur ce point, surtout en Allemagne, n'ont donné que des résultats contradictoires. Leur action analgésiante n'a, dans la fièvre typhoïde, qu'une importance secondaire.

C'est donc en qualité de modérateurs de la fièvre que les salicylates trouvent leur place dans le traitement de la dothiénentérie ; sont-ils préférables au sulfate de quinine ? il est permis d'en douter. Qu'on administre à un typhoïdique, comme nous l'avons vu faire à notre maître, le professeur Hayem, 1gr,50 ou 2 grammes de sulfate de quinine, en deux

ou trois doses, à dix minutes d'intervalle, on obtiendra une chute de la fièvre aussi marquée qu'après l'emploi de l'acide phénique et une défervescence relative qui se prolonge pendant vingt-quatre ou trente-six heures, et cela sans la réaction que produit l'empoisonnement phéniqué. N'oublions pas enfin qu'en cas d'intolérance gastrique ou dans les états comateux les injections de bromhydrate de quinine au 10e peuvent donner des résultats meilleurs que les lavements de sulfate de quinine.

En résumé, si la digitale est héroïque dans les formes congestives où les bains froids sont souvent dangereux, si ceux-ci constituent l'*ultima ratio* en cas d'hyperthermie excessive, le sulfate de quinine et le salicylate de soude sont à préconiser lorsque la température monte progressivement et qu'il ne s'agit que d'enrayer l'ascension inquiétante du thermomètre.

Si nous avons tant insisté sur la médication antipyrétique, c'est parce qu'elle est à l'ordre du jour et non que nous la croyions applicable à la généralité des cas. Voir dans la fièvre, quelque modérée qu'elle soit, un ennemi qu'il faille combattre sans repos ni trêve, diriger contre elle tous ses efforts, vouloir ainsi à tout prix modifier la marche naturelle de la pyrexie, c'est une tendance contre laquelle on ne saurait trop réagir. On s'expose ainsi à négliger toutes les autres indications, à se laisser induire en erreur par des rémissions passagères qui n'ont de la convalescence que l'apparence. Peut-être même l'abus de ces médications perturbatrices absolument irrationnelles dans les cas d'intensité moyenne explique-t-il la fréquence constatée de divers côtés dans l'épidémie actuelle des rechutes, et de rechutes qui, contrairement à la règle, offrent souvent une réelle gravité.

III

C'est dans l'adynamie qu'il faut chercher la caractéristique de la fièvre typhoïde; c'est donc la dépression des forces, qui s'accuse tôt ou tard, qu'il importe de combattre sans relâche. La médication tonique et reconstituante reste la clef de voûte du traitement, et les plus chauds partisans des autres médications eux-mêmes le reconnaissent d'une manière plus ou moins explicite. A cet égard la tradition fait toujours loi.

Mais la faveur dont jouissent les doctrines parasitaires d'une part, la renaissance bien plus féconde encore de l'humorisme d'autre part, ont eu pour résultat de nous montrer l'importance capitale de la médication dépurative.

Du fait de l'imprégnation parasitaire ou de la combustion fébrile, l'économie se surcharge de déchets qui, lorsqu'ils ne sont pas rejetés au dehors, jouent le rôle de substances peccantes et viennent encore entraver le fonctionnement, déjà si troublé, de tous les organes. Impuissant à enrayer le processus si actif de l'assimilation, le médecin est du moins en état d'activer le mouvement d'élimination. Or, la dépuration organique ne peut se faire que par deux voies : le tube digestif et l'appareil rénal. Ainsi est légitimé l'emploi classique des purgatifs ou des laxatifs; mais pourquoi ne surveille-t-on pas généralement la diurèse avec autant de soin que la fonction intestinale?

Et cependant nul n'ignore que le rein est l'organe excrémentitiel par excellence. L'urine est la lessive du sang, a dit Vieussens, et la chimie biologique confirme chaque jour la justesse de cette définition, particulièrement applicable aux dyscrasies aiguës et chroniques. L'expérience montre que, plus un typhoïdique urine, moins il est exposé aux complications secondaires, moins sa convalescence sera lente et torpide.

Rien n'est d'ailleurs facile comme de remplir cette indication d'intérêt majeur, en faisant boire les malades autant que cela est possible et surtout en leur administrant *larga manu* le lait, cet aliment précieux d'une assimilation si aisée, d'une action reconstituante si nette, d'une influence diurétique si évidente. A ces moyens diététiques peuvent s'ajouter les lavements froids, utiles à bien des titres, en détergeant l'intestin, en abaissant, légèrement il est vrai, la température, enfin en favorisant la diurèse.

Certes rien n'est nouveau dans les préceptes ainsi formulés; mais quand on voit de divers côtés préconiser telles substances actives qui ne s'adressent qu'à l'un des éléments du processus morbide, on en vient à craindre que, donnant à ces recherches une portée trop absolue, les praticiens perdent de vue les règles diététiques qui dominent le traitement ou mieux l'hygiène de la fièvre typhoïde. Soutenir les forces en fournissant aux tissus les matériaux de leur réparation, favoriser l'élimination des produits de la dénutrition, voilà les indications capitales; les médications actives ne trouvent leur emploi que quand la maladie revêt une forme anormale ou qu'il surgit une complication inquiétante.

L. Dreyfus-Brisac.

La revision de la législation sur les logements insalubres.

Dans le précédent numéro (pages 697 et 698), à propos de la discussion pendante à l'Académie de médecine sur l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde à Paris, et surtout à l'occasion du vœu émis par plusieurs orateurs en faveur de l'exécution intégrale de la loi du 13 avril 1850 sur les logements insalubres, nous avons brièvement rappelé les articles essentiels de cette loi et montré comment, dans l'état actuel des choses, son application était souvent impossible, son action nécessairement lente et partant presque toujours inefficace. Beaucoup de personnes ignorent peut-être que de divers côtés on s'efforce, depuis quelque temps, d'y porter remède; c'est ainsi que M. Martin Nadaud a saisi, dans la séance du 3 décembre 1881, la Chambre des députés d'une proposition de loi rédigée dans ce but; cette proposition de loi a été approuvée par la commission d'initiative parlementaire et renvoyée à une commission spéciale dont les délibérations vont être prochainement résumées par le rapporteur qu'elle a désigné avant les vacances, M. Hippolyte Maze. D'autre part, un contre-projet de MM. Couturier et Brugère, députés, lui a été renvoyé, et elle a également à tenir compte d'un mémoire, suivi d'un projet de loi ayant même objet, et présenté par M. Emile Laurent, président du Conseil de préfecture de la Seine, à l'Académie des sciences morales et politiques, le 4 février dernier; et, enfin, la Commission des logements insalubres de la ville de Paris avait antérieurement déposé, entre les mains de M. le Préfet de la Seine, un très important *Projet de revision de la loi du 3 avril 1850 sur les logements insalubres*, sur le rapport de l'un de ses membres, M. Devillebichot.

Les propositions de MM. Martin Nadaud, Couturier et Brugère et Émile Laurent, ont principalement pour but d'assurer l'existence et le fonctionnement des commissions des

logements insalubres dans les diverses communes de France où leur organisation n'est jusqu'ici que facultative, si bien qu'on ne compte plus aujourd'hui que trois villes où elles fonctionnent régulièrement ; à cet égard, ils comprennent des dispositions législatives d'obligation et de sanction pénale qui ne nous paraissent rien enlever aux lenteurs inévitables de l'action légale. Tandis que le projet de la Commission de la ville de Paris entre dans les détails pratiques que sa grande expérience autorisait assurément à indiquer, car les résultats de son action se chiffrent par une moyenne de 2 000 logements insalubres visités chaque année, soit 60 000 logements assainis, grâce à elle, depuis trente ans. A cet égard, il est remarquable que le nombre des cas où elle a dû entrer en conflit prolongé avec des propriétaires ou des locataires récalcitrants, ou bien lorsqu'elle a été en désaccord avec l'interprétation que le Conseil de préfecture a cru devoir donner à la loi de 1850, se sont trouvés en assez petit nombre, puisqu'on en compte seulement 1,5 pour 100 des affaires examinées ; il est vrai que c'est alors souvent que la salubrité était la plus nécessaire à déterminer et à obtenir promptement, comme, par exemple, dans ces cités insalubres, dont la navrante description a été encore une fois retracée, il y a huit jours, devant l'Académie. Les causes d'insalubrité ont tout d'abord besoin d'être définies avec une certaine précision, car l'oubli de l'une d'elles entraîne fréquemment l'impossibilité d'entraver toutes les autres, et les questions de propriété qu'elles soulèvent nécessitent une scrupuleuse attention ; on en trouve dans ces divers projets et surtout dans l'article 3 de la Commission de la ville de Paris une énumération très complète :

« Sont réputés insalubres les habitations urbaines ou rurales, les établissements industriels, commerciaux ou agricoles et leurs dépendances qui, soit par leur installation primitive ou par leur insuffisance, soit par leur aménagement ou par des modifications consécutives, quel que soit l'auteur des constructions ou de l'aménagement, soit par le défaut d'air ou de lumière, soit par l'absence ou par l'insuffisance ou par la difficulté du puisage de l'eau, soit par toute autre cause, se trouvent dans des conditions de nature à porter atteinte à la santé ou à la vie des personnes qui les habitent, y sont occupées ou y séjournent, à quelque titre que ce soit, de jour et de nuit. Doivent notamment être considérés comme dépendances des maisons : 1° les voies privées de toute nature, les cours, courettes, terrains vagues ou terrains desservant des habitations, soit que les voies privées ou terrains de ces habitations appartiennent aux mêmes propriétaires, soit qu'ils constituent des propriétés différentes ; 2° les allées, couloirs, escaliers et caves ; 3° les cabinets d'aisances, urinoirs, fosses, puisards, écuries et basses-cours, dépôts d'ordures ou de fumier, les cuvettes, tuyaux de descente, tuyaux de chute, caniveaux, gargouilles, ruisseaux et généralement tout conduit servant à l'écoulement des eaux-vannes des fosses, des eaux pluviales, ménagères ou industrielles ; 4° les puits et les canalisations privées d'eau et de gaz, les appareils de chauffage et d'éclairage et les conduits de fumée. »

Le projet de M. Devillebichot ne se borne pas à désigner ces difficultés signalées par l'expérience et à aplanir les obstacles accumulés par trente années de résistance ; il s'efforce aussi de régler la procédure, tout en maintenant assez étroitement le système de la loi de 1850, de manière à abréger les délais et aussi en permettant aux Conseils d'hygiène, trop oubliés dans cette loi, de former comme un corps d'experts contrôlant au second degré les propositions faites par les Commissions des logements insalubres. Toute une série de dispositions sont ensuite proposées dans le but de régler l'exécution des travaux et d'assurer la sanction de la loi : c'est ainsi que l'exécution est surveillée par le pouvoir municipal ; dans le cas d'urgence extrême, elle peut être immédiate, mais toujours après décision du conseil municipal, soumise au tribunal de simple police. Dans toute autre circonstance, à l'expiration des délais fixés, dans le cas de refus ou d'impossibilité d'exécution de la part du propriétaire, la municipalité fait exécuter les travaux, et les frais sont recouvrés par privilège sur l'immeuble et ses produits. Les pénalités proposées sont, pour les cas ordinaires, plus faibles que celles établies par la loi de 1850 ; l'infraction la plus grave, la plus préjudiciable à la salubrité publique, est punie de un à cinq jours de prison et d'une amende ; c'est celle que commet un propriétaire en faisant ou en laissant habiter un logement interdit pour cause d'insalubrité ou bien en mettant en location une maison neuve avant d'avoir accompli les formalités prescrites, « car l'expérience a démontré qu'en matière de salubrité les peines personnelles sont seules efficaces, le bénéfice qui résulte de la violation des lois et règlements de police sanitaire indemnisant largement des peines pécuniaires. » Notons encore un excellent article consacré à l'organisation d'un système préventif appliqué aux maisons neuves, afin qu'aucune construction ne puisse être occupée avant que le propriétaire n'ait reçu de l'administration municipale un *permis d'habitation* constatant que les règlements ont été observés ; et aussi un article des plus importants aux termes duquel, chaque année, le conseil municipal inscrira à son budget un crédit qui aura pour objet l'édification et l'appropriation de constructions destinées uniquement à abriter, d'une manière provisoire, des locataires nécessiteux expulsés en masse d'immeubles ou de groupes d'immeubles, dans les cas d'interdiction totale à titre d'habitation pour cause d'insalubrité ; « le séjour dans ces abris des locataires expulsés ne pourra dépasser un délai de six mois ».

La Société de médecine publique de Paris s'est à son tour occupée de ces diverses propositions et, dans sa séance du 20 février, à la suite d'un intéressant rapport de M. A.-J. Martin, elle a approuvé en principe les articles du projet de la ville de Paris, mais « convaincue que l'assainissement des habitations insalubres ne pourra être obtenu d'une manière générale en France qu'autant qu'il dépendra d'une manière effective des attributions de médecine publique », elle a insisté de nouveau sur la prompte organisation de ces services sur les bases qu'elle a déjà indiquées dans un rapport de M. A.-J. Martin. Enfin, il y a huit jours, la même Société a entendu la lecture d'une remarquable communication de M. le docteur Du Mesnil sur l'habitation du pauvre à Paris, et cette communication lui a fourni, une fois de plus, l'occasion d'insister sur l'urgence, de plus en plus grande, d'une solution à cet égard. Tels sont les renseignements que nous avons cru devoir faire connaître sur une des questions qui nous paraissent le plus intéresser la salubrité publique.

Le choléra à La Mecque. — Au dernier moment, nous apprenons de source certaine que le choléra sévit à La Mecque depuis au moins le 24 du mois d'octobre, nous ne pourrions dire avec quel degré d'intensité.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

RECHERCHE DE LA GLYCOSURIE CHEZ LES PALUDIQUES, par le docteur F. SOREL, médecin-major de 1re classe.

Troisième série de faits (formes anormales et fièvres pernicieuses).

Des recherches persévérantes sur la glycosurie chez les paludiques n'ont fait que confirmer les résultats négatifs antérieurement constatés, et je crois inutile de grossir le nombre des observations insérées dans la *Gazette*. Je me bornerai aujourd'hui à rapporter quelques faits relatifs aux formes anormales ou pernicieuses du paludisme, qui déjà intéressants par eux-mêmes serviront de complément à nos examens.

Mes précédentes observations échappent à l'objection de M. Burdel (de Vierzon), d'une situation plus favorisée dont jouiraient les soldats (*Union médicale* du 25 février 1882), car elles ont été principalement recueillies sur des condamnés militaires et des malades civils soumis à de dures conditions d'existence, privés, loin de tout centre, de soins immédiats ou suffisants, et chez qui les atteintes du paludisme ont été telles qu'ils sont restés de longs mois à se rétablir, et que quelques-uns ont succombé. D'autres fois c'étaient des malades complètement abandonnés que la police amenait à l'hôpital.

Je dois faire une rectification au sujet du malade de l'observation LX (*Gazette hebdomadaire* du 14 avril 1882), qui est noté comme tuberculeux. Or, dans les premiers jours du mois de mars, apparaissait au côté droit de la poitrine, en arrière, une tumeur née dans la fosse sous-scapulaire et soulevant l'omoplate, indice d'une périostite gommeuse. Le malade, évacué dans le service des blessés, est soumis au traitement par l'iodure de potassium, et la tumeur se résout rapidement en même temps que disparaît l'induration constatée au tiers supérieur du poumon gauche; c'est là un bel exemple de syphilis pulmonaire. J'ai revu cet homme il y a peu de temps, la guérison ne s'est pas démentie et l'état général est devenu très bon.

Les observations actuelles comprennent surtout des malades civils, et chez la plupart se trouvent réunies d'aussi mauvaises conditions que précédemment.

J'ai eu l'occasion d'examiner l'urine d'un certain nombre de cachectiques à long terme, porteurs d'une rate en gâteau occupant tout le flanc gauche, dont plusieurs infiltrés, et toujours mes recherches sont restées négatives; je relaterai seulement le cas suivant, où la cachexie prit une marche aiguë.

OBS. I. *Cachexie tellurique à marche aiguë.* — B... (Théodore), âgé de cinquante-deux ans, en Algérie depuis trente-deux ans, ouvrier terrassier et jardinier, ancien paludéen, sujet à des accès très fréquents, en 1881, dans l'endroit malsain où il réside, repris d'accès depuis un mois, épistaxis nombreuses, entre à l'hôpital le 11 mai. Cachexie profonde, teinte jaune paille généralisée; l'urine ne contient pas de bile et les fèces sont colorées. Exacerbations fébriles quotidiennes irrégulières, mais en général apyrexie le matin. Épistaxis répétées, œdème pulmonaire et congestion passive, rate volumineuse. Aggravation continue, tombe dans le coma le 23 mai, et meurt vers cinq heures de l'après-midi.

Températures. — Le 22, matin, 37°,2; soir, 38°,4. — Le 23, matin, 39°,2; soir, 40°,2.

L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

Autopsie. — La teinte subictérique est bornée au tégument externe.—*Cerveau* très anémié, vacuité des vaisseaux, hydropisie des plexus choroïdes, abondance marquée du liquide céphalo-rachidien.

Poumons emphysémateux; œdème et congestion passive des bases. — *Cœur* normal, le tissu en est peu consistant.

Abdomen : léger épanchement dans le péritoine. —*Foie* volumineux, pesant 2kil,760; à la coupe apparence muscade. La vésicule contient une petite quantité de bile.—*Rate* triplée de volume, elle pèse 730 grammes; pas d'épaississement marqué de la capsule; son tissu est consistant et a un certain degré de sécheresse. — *Reins :* congestion du rein droit. L'*intestin* est pâle et ne présente rien de notable.

Voici des exemples de formes plus ou moins anormales.

OBS. II. *Fièvre marquée par l'exagération des symptômes habituels au début de l'accès.* — V... (Cyrille), vingt-deux ans, jeune soldat du train des équipages, entre à l'hôpital le 27 juillet, au sixième jour d'accès fébriles intermittents; apyrexie à dater du 29 juillet.

Céphalalgie les 14 et 15 août, laissée ignorée par le malade, qui n'accuse rien encore à la visite du 16 au matin. Vers dix heures, accès débutant par des frissons violents avec vomissements bilieux, cardialgie; douleur spontanée dans la région splénique, sensation d'engourdissement dans les membres; l'accès prend fin dans la soirée. L'urine, examinée à divers moments de l'accès, ne contient pas de sucre.

OBS. III. *Fièvre marquée par l'exagération des mêmes symptômes et la durée de l'acmé.* — D... (Honoré), vingt-deux ans, sous-officier au 34e de ligne, engagé volontaire, dans sa quatrième année de service, deuxième d'Afrique, sans antécédents palustres, mais ayant eu la fièvre typhoïde en 1881, entre à l'hôpital le 31 août, au quatrième jour d'accès fébriles intermittents. L'accès de ce jour a débuté par des vomissements et une douleur lombaire très vive qui persistent encore. La température du matin est de 40°,2; prolongation de l'acmé; température du soir, 40°,6; apyrexie le 1er septembre au matin. L'urine ne renferme ni sucre ni albumine.

Dans ce cas, comme dans le précédent, une injection sous-cutanée de 1 gramme de sulfate de quinine a été faite au commencement de l'accès.

OBS. IV. *Fièvre marquée par du délire au début de l'accès.*— H... (Eugène), vingt-trois ans, ajourné d'un an, jeune soldat au 34e de ligne, indemne de tout accès antérieur, part aux manœuvres de brigade le 4 septembre, rentre le 8 septembre au matin bien portant; il a fait l'étape sans peine et mange de bon appétit. Vers deux heures de l'après-midi, reposant sur son lit, il se réveille en sursaut, se débat en proie au délire, et injurie ses camarades qui l'approchent. Le médecin du corps appelé parvient à lui faire avaler 1 gramme de sulfate de quinine et le fait conduire à l'hôpital. A trois heures il est plus calme, frissonne, et se plaint d'un violent mal de tête; ses réponses sont nettes, et il ne se souvient pas des incidents qui l'ont fait diriger sur l'hôpital.—60 centigrammes de sulfate de quinine sont injectés sous la peau.

Températures.—A trois heures, 40°,8; à six heures, 40 degrés. Apyrexie le 9 septembre.

L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

Le délire subit, dans le cas actuel, trouve en partie son explication dans les conditions de surexcitation par la marche où se trouvait le soldat, et le réveil subit au moment de l'accès. On eût pu croire tout d'abord à un accès pernicieux, et beaucoup de ceux qu'on guérit facilement rentrent dans cette catégorie.

Ces divers degrés dans la déviation du type normal ne sont pas très rares; mais comme chez aucun je n'ai rencontré de glycosurie et je m'abstiens de plus nombreuses citations pour passer à d'autres anomalies.

OBS. V. *Fièvre tellurique; convulsions cloniques des muscles fléchisseurs de la cuisse; anesthésie limitée aux membres inférieurs.* — L... (Joseph), vingt-cinq ans, soldat au 126e de ligne, dans sa quatrième année de service, deuxième d'Afrique, entre à l'hôpital le 22 juillet. Aucun antécédent palustre; malaise plus ou moins fébrile depuis trois jours. En l'absence de tout frisson, le 22 juillet, vers deux heures de l'après-midi, ses jambes fléchissent et il ne peut se relever; porté sur son lit, les membres inférieurs présentent des secousses convulsives; on le conduit dans cet état à l'hôpital.

A droite aussi bien qu'à gauche les muscles fléchisseurs de la cuisse sur le bassin sont animés de mouvements alternatifs de con-

traction et de relâchement, mouvements rythmés assez lents et isochrones pour les deux membres; c'est là un véritable tic convulsif. Les jambes suivent passivement, sur le plan du lit, le relèvement des cuisses. Les mouvements vont en s'atténuant et prennent fin dans la soirée pour ne plus se reproduire. Température : soir, 40°,4.

Le 23, tendance au refroidissement des membres inférieurs, surtout autour des articulations des genoux; en même temps anesthésie limitée à ces mêmes membres, plus complète aux cuisses qu'aux jambes, et plus marquée aux faces externes (innervées par la branche inguino-cutanée du plexus lombaire) qu'aux faces internes. La motilité est conservée, mais les membres semblent lourds. Il n'y a pas de fourmillements. L'excitation plantaire provoque le réflexe habituel. Température : matin, 38 degrés; soir, 38°,8.

Le 24, la sensibilité reparaît aux faces internes des membres, et plus promptement à gauche qu'à droite. Température : matin, 37°,8; soir, 38 degrés.

Le 25, apyrexie; retour complet de la sensibilité le 27 à gauche, et à droite le lendemain.

L'urine ne contient pas d'albumine; tache punctiforme d'oxyde cuivreux avec ou sans défécation préalable.

Cette observation, sous le rapport des troubles de la motilité, est à rapprocher du cas de fièvre tellurique, avec tic convulsif des muscles droits de l'abdomen, que j'ai publié dans la *Gazette hebdomadaire* (numéro du 21 mai 1881).

Obs. VI. *Antécédents rhumatismaux; fièvre tellurique avec hémicranie.* — B... (Louis), vingt-trois ans, soldat au 100e de ligne, dans sa deuxième année de service, onzième mois d'Algérie, entre à l'hôpital le 5 août. Varioloïde et plus tard rhumatisme articulaire en 1880; pneumonie en 1881; n'a jamais eu de migraine; absence d'antécédents palustres. Il est pris de malaise avec céphalalgie, bourdonnements d'oreille et diminution de l'ouïe le 31 juillet. Le 1er août, la céphalalgie est localisée à gauche, et les paupières de ce côté sont œdématiées. Le 4 août, hémicranie à droite avec gonflement du même côté de la face; fièvre vive.

Même état le 5 août, à l'entrée à l'hôpital. La migraine et la tuméfaction du côté droit de la face disparaissent le 9 août, avec la chute de la fièvre; mais jusqu'au 15 août le globe oculaire droit reste douloureux, et la vue est troublée sans production de scotome. Les gaines tendineuses qui limitent les creux poplités sont le siège d'une certaine douleur; celle-ci reparaît plus tard à nouveau; elle est influencée par le salicylate de soude.

Les examens de l'urine ont toujours été négatifs.

Températures. — Le 5, matin, 40°,6; soir, 40°,4. — Le 6, matin, 38°,2; soir, 38°,8. — Le 7, matin, 38°,6; soir, 37°,8. — Le 8, matin, 38 degrés; soir, 38°,5.—Le 9, matin, 37 degrés; soir, 37°,5.

C'est là un fait intéressant au point de vue de l'étude encore peu avancée de l'association des divers états morbides; les antécédents rhumatismaux ne sont sans doute pas sans avoir exercé une influence sur les localisations sensitives et vaso-motrices aux côtés gauche, puis droit de la face.

Il n'est pas toujours facile, surtout devant une forme délirante et quand il s'agit d'un indigène, chez qui les nuances échappent forcément, de trouver les limites qui séparent un accès pernicieux d'un accès anormal. Dans le cas suivant, mon diagnostic reste incertain, tout en présumant un accès pernicieux et l'ayant traité comme tel.

Obs. VII. *Fièvre tellurique; accès délirant; guérison.*—Bouba (David), israélite indigène, âgé de vingt-cinq ans, exerce la profession de ferblantier au village de Saint-Arnaud; ancien paludéen, se trouve malade depuis une quinzaine de jours, et arrive à l'hôpital le 6 septembre.

Accès marqué le jour de l'entrée; température: soir, 41°,4. Apyrexie le 7; température : matin, 36°,6; soir, 36°,5. La fièvre reparaît dans la nuit du 7 au 8; agitation délirante; plus calme le matin; il divague encore toute la journée; sudation abondante dans la soirée; température : matin, 38°,2; soir, 38 degrés; la nuit est bonne. Apyrexie le 9, et retour à l'état normal. Les divers examens de l'urine sont restés négatifs.

Le délire n'est pas toujours, comme Hirtz l'a écrit, en rapport avec l'élévation de la température; il apparaît dans bien des cas où celle-ci reste modérée, et paraît le résultat de l'action directe du poison tellurique sur l'encéphale. D'autre part, dans les accès simples, j'ai souvent constaté une température dépassant 41 degrés sans le moindre trouble dans l'idéation. Il faut tenir compte de la prédisposition individuelle et des conditions d'excitation où se trouve le malade au moment de l'accès.

J'arrive aux fièvres pernicieuses. Celles-ci, malgré un été des plus modérés, ont été plus précoces cette année et par là même plus nombreuses et plus graves; c'est que, devançant l'époque habituelle, les pluies d'orage qui mouillent superficiellement la terre échauffée et favorisent ainsi l'activité du miasme, quelle que soit sa nature, sont survenues dès le mois de juillet.

Cependant le sol même de Sétif a été réfractaire à ces influences; tous les cas sont de provenance extérieure; la garnison est restée indemne, et le seul militaire atteint venait du dehors.

Les fièvres pernicieuses sont loin de constituer des entités morbides définies; elles prennent leur dénomination particulière d'un symptôme prédominant; mais les divers états qui font la perniciosité peuvent être associés ou se présenter successivement chez le même malade; c'est pourquoi il est souvent difficile de les faire rentrer dans le cadre tracé par les auteurs, qui du reste varient sur le nombre des formes à y admettre, ce qui a conduit Dutrouleau à les ranger en quatre grands groupes : les *ataxiques*, les *comateuses*, les *algides* et les *bilieuses*; mais, si simplifiée qu'elle soit, cette division est encore arbitraire.

Avec notre regretté maître le professeur Hirtz (article Fièvre intermittente du *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*, t. XIX, p. 204), il ne faut voir dans ces diverses formes que les déterminations cliniques variées d'un même processus, l'intoxication tellurique.

Le symptôme surajouté : coma, délire, algidité, etc., qui révèle la perniciosité, n'est pas autre que le collapsus de la septicémie, du choléra, de la péritonite, de la dysentérie; il n'est autre que le délire ou le coma de la fièvre typhoïde, des fièvres éruptives, et des autres maladies dans lesquelles on ne s'est pas cru obligé d'imposer un nom spécial à des localisations symptomatiques diversifiées.

S'il en est différemment pour la fièvre tellurique, c'est que l'algidité, le coma, le délire, etc., constituent un épisode aigu au cours de la maladie, qui frappe par l'invasion presque instantanée et inattendue au milieu d'un état jugé peu inquiétant d'abord, par la gravité immédiate, la rétrocession plus ou moins rapide (caractère absent dans la malignité), ou la terminaison à bref délai par la mort. Certains de ces symptômes, comme les convulsions, le délire, ne sont même pas, nous l'avons vu, l'apanage des formes pernicieuses.

J'ai observé des malades qui rentrent dans les quatre groupes admis par Dutrouleau. Le fait qui suit appartient au groupe des ataxiques; mais, comme il arrive souvent, une courte période de coma a précédé la mort.

Obs. VIII. *Fièvre pernicieuse délirante.* —Mohamed ou Mati, moissonneur, Kabyle âgé d'environ quarante-cinq ans, est amené à l'hôpital le 16 août. Il serait malade depuis cinq jours environ. Fièvre subcontinue tellurique sans particularités; la rate, augmentée de volume, est douloureuse à la pression. Température : soir, 38°,1. 1 gramme de sulfate de quinine, qui, je l'ai su plus tard, a été vomi.

Le 17, température : matin, 39 degrés; soir, 39°,4. Injection sous-cutanée de sulfate de quinine à 1gr,20. Dans la nuit du 17 au 18, agitation délirante.

Le 18 au matin, température : 40°,2; excitation modérée, langue sèche, injection sous-cutanée de 1gr,50 de sulfate de quinine. Vers midi, état comateux, et mort à deux heures de l'après-midi. Examens négatifs de l'urine.

Autopsie. — *Cerveau* pâle, anémié; œdème de la pie-mère. *Poumons* un peu congestionnés. *Cœur* flasque. *Foie* pigmenté, pesant 1800 grammes. *Rate* volumineuse, noire, diffluente; son poids atteint près de 500 grammes.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

De la fièvre typhoïde a Paris. L'épidémie actuelle, du 22 septembre au 19 octobre 1882. Mémoire de M. *de Pietra Santa*. — Considérations statistiques sur la répartition des décès dans les divers arrondissements et quartiers de Paris, d'après les statistiques officielles, et particulièrement d'après celles de M. Bertillon.

L'auteur a recherché l'influence nocive que l'on a cru pouvoir attribuer à la voirie de Bondy, aux trois grands égouts collecteurs, aux grands travaux de Paris, aux foyers épidémiques dans les établissements hospitaliers. Il se borne à dire que, indépendamment de ces conditions générales, il faut surtout se préoccuper de l'aménagement défectueux de l'habitation, du mauvais état de la maison, qui se résument dans trois facteurs puissants d'auto-infection, l'encombrement, la malpropreté, l'installation malsaine des escaliers et des lieux d'aisance.

Sur l'action convulsivante du curare. Note de M. *Couty*. — En utilisant, sur des chiens, des extraits peu actifs de *strychnos triplinervia*, ou de petites doses de certains produits des Indiens, l'auteur a, pour ainsi dire, isolé les phénomènes d'excitation que le curare peut déterminer. D'abord, l'animal s'agitait, sautant, se grattant, se léchant, criant comme s'il était hyperesthésié; puis il était en proie à des secousses quasi-choréiques ou à des tremblements; son cœur se modifiait, ralenti ou accéléré; ses pupilles se dilataient ou présentaient des alternatives de dilatation et de rétrécissement; il se produisait quelquefois des vomissements, des mictions ou des défécations, et toujours du larmoiement ou de la salivation, etc. Avec certains curares des Indiens, on ne peut prolonger cette période d'excitation; après un peu d'agitation, un commencement d'hypersécrétion et quelques secousses, les chiens sont paralysés des membres et de la respiration, et les muscles et les nerfs sont devenus rapidement moins excitables; mais les deux ordres de symptômes ont alors coexisté pendant plus ou moins longtemps, et, comme l'ont vu Schiff, Vulpian, Bert, les chiens déjà paralysés présentaient des secousses fibrillaires ou tremblées dans les membres, dans la face ou sous la peau; et l'on observait de la salivation, du larmoiement, comme aussi les mêmes troubles cardiaques et pupillaires.

L'auteur a constaté par des expériences sur le sciatique et sur le crural que la section des nerfs fait disparaître les secousses dans les muscles correspondants.

« Je fus ainsi, ajoute-t-il, amené à répéter pour le curare les expériences classiques de Magendie sur la strychnine. Si l'on découvre rapidement la moelle dorsale sur un chien agité par le curare, et si l'on détruit le fragment dorso-lombaire, les secousses du train postérieur disparaissent; si l'on enfonce la tige de baleine dans le fragment antérieur, on voit les secousses des membres antérieurs cesser à leur tour; si l'on enfonce davantage en pratiquant au préalable la respiration artificielle, la face elle-même devient immobile. Si l'on fait ensuite l'autopsie de la moelle, on constate souvent que la destruction a été incomplète; la baguette de verre ou de baleine laissée en place a produit une compression qui a suffi à arrêter les contractions des muscles.

» On peut réaliser d'une autre façon des constatations plus précises : ainsi, sur cinq chiens, j'ai lié la moelle dorsale; deux d'entre eux conservèrent des fonctions à peu près normales dans les deux fragments médullaires, et sur ceux-là l'injection par la saphène de très petites doses de curare détermina des secousses à peu près égales dans les diverses arties du corps; chez les trois autres, la réflectivité du segment postérieur diminua, tandis que le segment antérieur devint plus excitable, et dans ces conditions la même injection du même curare laissa le train postérieur complètement immobile, tandis que l'antérieur était agité de tremblements très forts, véritablement choréiques.

» Les phénomènes d'excitation musculaire produits par le curare dépendent donc du bulbe, de la moelle et de l'état de leurs fonctions; mais cette dépendance très intime présente des caractères spéciaux qui distinguent l'excitation curarique de celle de l'asphyxie ou de la strychnine. Ces derniers agents déterminent des convulsions tant que la moelle est capable de réflexes, tandis que les secousses curariques disparaissent dès que l'on distribue l'excito-motricité par d'assez fortes doses de chloral, par la ligature de la moelle ou même par d'autres lésions nerveuses. De même les convulsions violentes de l'asphyxie et de la strychnine sont suivies de paralysie, tandis que, comme on le sait, les légers phénomènes d'excitation curarique laissent à peu près intactes les fonctions des centres nerveux. »

Hôpital de Panama. — M. *Larrey* transmet à l'Académie, de la part de M. de Lesseps, quelques documents, extraits du *Star and Herald*, sur la construction de l'hôpital de Panama, par la Compagnie du canal.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

M. le docteur *Bézard de Wonves* (de Paris) adresse la copie d'un mémoire qu'il a lu en 1853 sur *le traitement spécifique de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine.* (*Commission des épidémies.*)

M. le docteur *Ch. Pigeon* (de la Nièvre) envoie un mémoire intitulé : *Le choléra est-il contagieux ?* (*Même commission.*)

M. *C. Husson* (de Toul) transmet une note sur *la présence du chromate de plomb dans des timbres d'albums à décalcomanie.* Renvoi à M. Armand Gautier.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : les *Rapports* de MM. *Burlet* et docteur *Mazade* sur *le service des enfants assistés et de la protection du premier âge en 1881 dans les départements de la Drôme et du Tarn* (*Commission de l'hygiène de l'enfance*); 2° une brochure de M. *Smitt* (de Lille) sur *la posologie des toxiques ;* 3° une note de M. le docteur *J. Teissier* (de Lyon) sur *un rythme cardiaque à trois temps avec albuminurie dans le cours de la fièvre typhoïde;* 4° une brochure de M. le docteur *Zinnis* (d'Athènes) sur *le rôle de la dentition dans la pathologie infantile;* 5° un travail de M. *Delamotte* (d'Alger) sur *la fièvre maligne des bœufs européens importés en Algérie.*

M. *Noel Gueneau de Mussy* présente : 1° une brochure de M. le docteur *Barety* intitulée : *De l'action du climat de Nice dans le traitement de la phthisie pulmonaire;* 2° des mémoires de M. le docteur Desplats (de Lille) ayant pour titre : *Traitement de la fièvre typhoïde par l'acide phénique, Note sur l'emploi de l'acide phénique comme agent antipyrétique, De l'acide phénique appliqué au traitement de la fièvre*; 3° au nom de M. le docteur *Van Oye* (de Lille), une brochure concernant un travail sur *le traitement de la fièvre typhoïde par l'acide phénique.*

M. *Méhu* fait hommage, au nom de M. *Gille* (de Bruxelles), d'une série de brochures sur la pharmacie.

M. *Larrey* dépose une note de M. le docteur *Tholozan* (de Téhéran) sur *les éclosions de la peste dans le Kurdistan pendant les douze dernières années.*

M. *Hardy* présente une lettre de M. le docteur *Michel* (de Chaumont, Haute-Marne) sur *la fièvre typhoïde dans cette ville.*

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose : 1° une note de M. *Tanret* sur des *trochisques désinfectants* et 2° une brochure de M. *Hu hard* sur *l'emploi de la caféine dans les maladies du cœur.*

M. *Chatin* fait hommage, au nom de M. *L. Marchand*, du deuxième fascicule de sa *Botanique cryptogamique ;* ce fascicule est consacré aux *ferments végétaux.*

M. *Brouardel* présente l'article de M. le docteur *M. Laugier* sur les MALADIES SIMULÉES dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

M. *Jules Guérin* offre, au nom de M. le docteur *Rozat* (de Bordeaux), un travail sur *la spontanéité de la contagion du choléra.*

M. *Léon Colin* présente un mémoire de M. le docteur *Lardier* sur *l'endémie tellurique dans le canton de Rambervilliers.* (*Commission des épidémies.*)

Physiologie de la vision. — M. *Giraud-Teulon* expose la doctrine de Th. Young, relative à la formation des sensations colorées, théorie fondée sur l'hypothèse de l'existence dans la fibre nerveuse élémentaire de l'organe de la vue de trois fibrilles affectées chacune exclusivement à l'une des trois couleurs fondamentales : le rouge, le vert et le violet. Rappelant les nombreux faits qui, dans l'étude des

altérations du sens chromatique, viennent contredire cette théorie, il s'attache à ramener le mécanisme de la production des sensations des couleurs aux mêmes lois générales de fonctionnement qui régissent les actes des autres modes de sensibilité générale et spéciale. Cette conclusion, ainsi qu'il le démontre, est d'ailleurs celle à laquelle ont dû se ranger la quasi-unanimité des physiologistes.

Fièvre typhoïde. — La discussion sur l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde s'est continuée par un important discours de M. *Proust* dans lequel il s'est surtout efforcé de montrer combien il est nécessaire d'établir une organisation sanitaire permanente qui permette d'établir à l'avance des mesures de prophylaxie au lieu d'avoir à les improviser en hâte, comme on le fait en ce moment, alors que l'épidémie est en pleine effervescence. Il rappelle d'abord que dès 1879 il rédigea, au nom du Comité consultatif d'hygiène publique, un programme de recherches ayant pour but d'élucider le problème si obscur de l'étiologie de la fièvre typhoïde; mais en l'absence d'une autorité s'intéressant à ce genre de recherches, les ballots envoyés à destination des Conseils départementaux d'hygiène sont restés dans les coins des préfectures; d'autre part, il a pu obtenir que chaque fois qu'un malade atteint de fièvre typhoïde meurt dans son service, M. Pasteur fût immédiatement prévenu afin qu'un de ses élèves puisse venir recueillir le sang avec les précautions convenables; jusqu'ici aucun microbe spécial n'a pu être découvert. Cependant, comme l'étiologie de cette affection est encore obscure, M. Proust croit qu'il faut suivre autant que possible les conseils formulés par le Conseil d'hygiène de la Seine; il pense toutefois que l'isolement n'est pas rigoureusement nécessaire et qu'il suffit d'éviter l'encombrement; or, dans son propre service depuis longtemps déjà il a constamment un nombre de malades de beaucoup supérieur à celui qui est fixé par le règlement. Pour l'avenir, M. Proust, afin d'éviter des circonstances aussi fâcheuses que celles que Paris subit en ce moment, estime qu'il y a lieu avant tout de créer une meilleure organisation sanitaire; voilà plus de deux mois que MM. Du Castel et Besnier ont signé l'épidémie actuelle et ce n'est que de ces derniers jours que des mesures efficaces de préservation commencent à être prises.

Rappelant à ce propos les bases légales des pouvoirs de salubrité en France, pouvoirs qui appartiennent au maire dans toutes les communes, sauf à Paris où ils sont malheureusement partagés entre les préfets de la Seine et de police, M. Proust compare ce qui existe chez nous à cet égard avec les institutions sanitaires que possèdent divers pays étrangers; après avoir renvoyé à ce sujet à l'étude spéciale présentée par M. A.-J. Martin à la Société de médecine publique, il prend pour exemple particulier l'organisation du Bureau d'hygiène de Bruxelles, créé et dirigé par M. le docteur Janssens, et fait connaître en détail les mesures qu'il peut prendre dans chaque cas d'affection contagieuse : dès qu'un médecin en a constaté, aussitôt il en prévient le Bureau d'hygiène qui envoie sur-le-champ un inspecteur divisionnaire dans la maison où il a été signalé, celui-ci prend immédiatement toutes les mesures de préservation nécessaires et en instruit le Bureau d'hygiène; s'il s'agit d'un malade dont la présence dans la maison peut devenir dangereuse, une voiture spéciale vient le prendre et le conduit à l'hôpital; dans le cas de variole, on vaccine toute la famille et quelquefois toute la maison, s'il est nécessaire; un conducteur des ponts et chaussées et son équipage sont à la disposition constante du service afin de constater tout de suite la salubrité de la maison, d'y pratiquer d'office la désinfection et de faire tous les travaux commandés par l'état des locaux et de leurs dépendances, etc. On a donc ainsi à Bruxelles un intermédiaire compétent entre le corps médical d'un côté et l'administration municipale de l'autre; aussi toutes les mesures nécessaires sont-elles prises immédiatement; de fait la mortalité par les affections contagieuses a diminué de moitié à Bruxelles depuis que ce service existe.

M. Proust montre combien une telle organisation fait défaut à la ville de Paris, et il souhaite que le Conseil municipal ne tarde pas à l'établir; indiquant en outre quelles sont les conditions capitales pour assurer l'hygiène d'une grande ville, il fait voir comment il faut se préoccuper de les réaliser, non seulement dans ces taudis insalubres dont a parlé M. Marjolin, et qui sont fatalement la conséquence de la misère sociale, mais encore dans diverses parties des plus somptueuses demeures; les logements insalubres sont la plaie des grandes cités comme des campagnes, et l'on s'efforce de tous côtés d'assurer plus complètement l'action efficace de la législation de 1850 à cet égard; mais ce qui importe avant tout, pour avoir une organisation hygiénique convenable, c'est un pouvoir compétent, autonome, ayant la direction avec la responsabilité, soustrait aux fluctuations de la politique, en rapport direct avec les autorités municipales ou avec le ministre et le parlement, afin de permettre à celui-ci, comme en Angleterre et en Allemagne, par exemple, de discuter publiquement chaque année l'organisation des services administratifs de la santé publique. L'exemple des résultats obtenus par le corps médical affecté en France à l'administration de la police sanitaire maritime, montre bien la possibilité et l'efficacité d'une organisation ayant de telles bases et un tel caractère.

M. *Léon Colin* ne croit pas que les casernes de Paris aient été, comme on l'a dit, le point de départ de l'épidémie actuelle, car la mortalité par cette cause dans la garnison n'a pas été plus élevée que les années précédentes, et d'ailleurs les quartiers les plus atteints sont précisément ceux où il n'y a pas de casernes. « Faudrait-il admettre que certains vents aient pu favoriser le transport d'émanations de certaines casernes installées dans des conditions de salubrité défectueuses vers les régions où sévit l'épidémie », mais il semble que cette affection se circonscrit plutôt en épidémie de maisons, de quartiers, s'étendant par étapes bien plus que par bonds. Du reste, on reconnaît dans les quartiers atteints des causes typhoïgènes bien plus certaines : travaux de terrassement récents, malpropreté des rues, ceinture d'usines insalubres, etc. Il convient donc de s'efforcer de détruire toutes ces causes bien certaines d'insalubrité, de prémunir à cet égard l'atmosphère urbaine et de rendre ainsi aussi peu périlleuse que possible la période d'acclimatement des nouveaux venus dans le milieu militaire.

Parmi les dispositions prises depuis quelques années par les ingénieurs de la ville de Paris pour les communications des conduits d'eaux pluviales et ménagères des maisons avec les égouts, M. *Léon Le Fort* signale comme tout particulièrement fâcheuse celle qui consiste à faire construire par les propriétaires pour chaque maison des branchements d'égout communiquant avec l'égout principal de la rue, et à faire également aboutir à ce branchement les conduits secondaires aboutissant à l'intérieur des appartements, et qui dès lors ne coulent plus au ruisseau, de sorte que devant chaque maison la conduite d'eau pluviale forme une sorte de cheminée d'appel, haute de cinq étages, qui aspire en été l'air de l'égout et le jette dans l'atmosphère de la rue, et aussi par les branchements secondaires dans les appartements, surtout lorsque l'eau de la cuvette inférieure, devant former soupape, s'est évaporée. C'est là une des causes principales des odeurs de Paris; on pourrait la supprimer en interrompant le tuyau au niveau du trottoir, et le faisant arriver dans un tuyau inférieur plus large, évasé en entonnoir et mieux, car ce ne serait qu'un palliatif, en irriguant abondamment tout le système d'égouts.

M. *Lagneau* constate d'abord de nouveau que les améliorations réalisées grâce aux médecins militaires dans les ca-

sernes de Paris, sont encore insuffisantes; il appuie ensuite les idées exprimées par M. Proust au sujet de l'organisation des services de médecine publique, et signale quelques-unes des difficultés qu'il a éprouvées de la part de l'administration en montrant l'insuffisance des services actuels.

M. *Jules Guérin* est d'avis que ces leçons à l'administration n'ont pas grande chance de succès, et il demande à l'Académie de s'occuper plutôt de la question de savoir quelle est l'étiologie de l'épidémie actuelle, si la fièvre typhoïde a vraiment une mortalité moindre qu'à l'ordinaire, s'il s'agit là d'une atténuation initiale de la maladie ou des résultats de quelque progrès dans la thérapeutique; quelle est enfin la forme dominante dans les cas observés, et s'il y a eu des fièvres typhoïdes abortives, si l'on a pu arrêter la maladie à ses débuts?

M. le docteur de *Pietra Santa* reproduit ensuite une communication qu'il a faite précédemment à l'Académie des sciences sur le même sujet (voy. p. 720).

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

A propos des baraquements de Lourcine : M. E. Besnier. — Des lésions des bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses dans la syphilis. Hypertrophie amygdalienne syphilitique : M. Martineau. — Désinfectants et désinfection : M. Vallin. — Gangrène symétrique chez une albuminurique : M. Roques. — Élections.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *E. Besnier* fait savoir que la Commission d'hygiène a été convoquée et que le directeur général de l'Assistance publique a déclaré que jamais il n'avait eu l'intention de placer des typhoïdiques dans les baraquements de l'hôpital de Lourcine. Quant aux baraquements récemment construits dans divers autres hôpitaux, aucune destination spéciale ne leur a été, jusqu'ici, assignée. M. E. Besnier ne veut pas engager davantage une question que la Société s'est réservée de discuter en comité secret.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait remarquer qu'il y aurait bien des inconvénients à placer dans les baraquements de Lourcine des malades atteintes d'affections générales, ou même des incurables; un grand nombre de femmes refuseraient d'entrer à Lourcine, à cause de la réputation de cet hôpital.

M. *Martineau* se range entièrement à l'avis de M. Dujardin-Beaumetz et se réserve de faire valoir, dans le comité secret, des arguments de divers ordres contre l'introduction à Lourcine de malades autres que des syphilitiques.

M. *E. Besnier* fait observer que la question soulevée par M. Dujardin-Beaumetz n'est plus de la compétence de la Commission d'hygiène et que, dès lors, il attend le comité secret pour continuer la discussion.

— M. *Martineau* dépose sur le bureau la thèse inaugurale d'un de ses élèves, intitulée : *Des lésions des bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses dans la syphilis.* Pendant la période des accidents secondaires, les bourses séreuses sous-cutanées, principalement les bourses séreuses prérotulienne et trochantérienne, sont le siège de lésions spéciales, se révélant brusquement, la nuit, par une douleur vive; on peut dès lors constater, au niveau de la bourse séreuse malade, une sorte de crépitation neigeuse manifeste. Parfois ces accidents disparaissent en quarante-huit heures; s'ils persistent, il se produit un épanchement de sérosité dans la bourse, et la peau qui la recouvre prend une coloration rouge plus ou moins foncée. — Il présente également, au nom de son interne M. Hammonic, un travail sur l'*hypertrophie amygdalienne syphilitique.* Au moment où commencent à apparaître les adénopathies syphilitiques, vers la cinquième ou la sixième semaine, il se produit parfois une lésion amygdalienne qui peut se présenter sous trois formes distinctes : hypertrophie simple; angine et hypertrophie; hypertrophie avec lésions syphilitiques.

— M. *Vallin* fait hommage à la Société du livre qu'il vient de publier et qui a pour titre : *Traité des désinfectants et de la désinfection.* Cet ouvrage se compose de deux parties. La première traite des désinfectants au point de vue de la chimie et de la physiologie expérimentales; ils sont classés en désinfectants absorbants, antiseptiques et antivirulents. La seconde partie comprend un chapitre consacré à la désinfection nosocomiale, c'est-à-dire la désinfection de la plaie et de l'organisme; des linges, des vêtements, de la literie destinés au malade; des mains du médecin et de ses aides. Enfin un dernier chapitre est consacré aux désinfections quarantenaire, vétérinaire, des habitations collectives et à la désinfection municipale.

— M. *Roques* rapporte un cas de *gangrène symétrique des extrémités chez une albuminurique.* Il s'agit d'une femme de quarante ans, entrée le 1er décembre 1881 dans le service annexe de l'Hôtel-Dieu. Cette malade présentait à ce moment l'aspect caractéristique de l'asystolie; on constatait une congestion pulmonaire intense, surtout du côté gauche, et une tuméfaction notable du foie; l'urine était fortement albumineuse; les battements cardiaques énergiques et précipités; la vue était troublée par une sorte de brouillard. Cette femme disait avoir éprouvé de la dyspnée et des troubles de la vision depuis un an environ, à la suite d'un dernier accouchement; en outre, depuis trois mois, elle souffrait parfois d'une sensation très marquée de froid au niveau des mains, ses doigts devenaient pâles et paraissaient *morts.* En effet, trois jours après son entrée à l'hôpital, on constatait des phénomènes analogues au niveau du gros orteil du pied droit, puis quatre jours plus tard au niveau du même orteil du côté gauche. La peau de ces orteils présentait des plaques violacées livides, s'effaçant par la pression pour reparaître ensuite lentement; elle était froide au toucher et n'offrait qu'une sensibilité obtuse avec d'assez vives douleurs spontanées. On voyait, en outre, sur la face dorsale des pieds et la face externe des jambes et des cuisses, des marbrures irrégulières bleuâtres; il n'y avait aucune trace d'œdème. Ces lésions absolument symétriques étaient cependant un peu moins marquées du côté gauche. On constatait des pulsations, peut-être un peu affaiblies, dans les deux artères pédieuses. Au niveau des membres supérieurs existaient des phénomènes analogues; tous les doigts, sauf le pouce, étaient froids, insensibles et violacés; l'auriculaire droit était racorni et comme desséché; des marbrures livides sillonnaient les mains et les avant-bras. Quelques jours plus tard le petit doigt de la main droite et l'orteil du même côté étaient entièrement sphacélés. Par moments la chaleur reparaissait aux extrémités, les plaques violacées s'effaçaient et la sensibilité se montrait de nouveau, mais, peu après, une nouvelle crise d'asphyxie locale ramenait les mêmes phénomènes. La malade prévoyait ces rémissions momentanées, car elle avait remarqué qu'elles coïncidaient avec une aggravation de son amblyopie. L'examen ophthalmoscopique, pratiqué par M. Abadie, a révélé l'absence de rétinite albuminurique et de toute lésion appréciable du fond de l'œil. Les artères de la rétine semblaient un peu plus grêles qu'à l'état normal; elles ne présentaient sur leur trajet aucun renflement. La dyspnée et l'asystolie firent de rapides progrès, et le 29 décembre la malade succombait. Tous les moyens employés pendant la vie pour combattre l'asphyxie des extrémités (oxygène, électricité, etc.) étaient restés absolument sans effet. A l'autopsie on constatait une splénisation étendue du poumon droit; le cœur était volumi-

neux ; la mitrale saine. Au niveau des valvules aortiques on trouvait une couronne de végétations villeuses, faciles à détacher. Le foie offrait les caractères du foie muscade ; la rate était saine. Les reins présentaient les lésions de la néphrite interstitielle la plus manifeste. Les artères radiales et pédieuses, examinées jusqu'à leurs divisions terminales, ne paraissaient nullement altérées. — Comment expliquer les phénomènes observés dans ce cas? On ne peut admettre ici des embolies artérielles multiples et symétriques; la marche de l'affection, l'absence d'infarctus viscéraux, l'intégrité des artères constatée à l'autopsie ne permettent pas une semblable hypothèse. Faut-il donc voir entre la lésion rénale, l'albuminurie, et les symptômes d'asphyxie locale et de gangrène symétrique des extrémités, une relation de cause à effet ? Il est regrettable que dans la plupart des observations d'asphyxie locale symétrique on n'ait pas mentionné l'analyse de l'urine. Cependant Maurice Raynaud et Debove ont signalé l'albuminurie dans plusieurs cas semblables. On sait d'autre part qu'au cours du mal de Bright on observe certains troubles fonctionnels qui paraissent être sous la dépendance directe de phénomènes vaso-moteurs : tels sont les œdèmes localisés à apparition et disparition brusque, se montrant parfois sur une moitié du corps et correspondant, le plus souvent, en semblable circonstance, à une néphrite traumatique d'un seul rein ; tel est encore le phénomène du doigt mort, ou les diverses variétés de prurit signalées récemment par Dieulafoy. Ne peut-on dès lors voir, dans la réunion de l'albuminurie et de l'asphyxie locale avec gangrène symétrique chez un même malade, autre chose qu'une simple coïncidence? Telle est l'hypothèse émise par M. Roques qui reconnaît d'ailleurs que de nouvelles recherches sont nécessaires pour autoriser une affirmation plus précise.

Élections. — M. *Frémy* est nommé membre honoraire ; MM. *Barth* et *Tapret* sont nommés membres titulaires de la Société médicale des hôpitaux.

— A quatre heures et demie, la Société se constitue en comité secret.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1882.—PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

De la perforation dee artèree dans les foyers purulents. — Fracture compliquée de la voûte du crâne. — Kyste tendineux à grains rizifomee du poignet. — Synovite tendineuse tuberculeuee. — Ligature de l'iliaque externe. — Présentation d'une pièce.

M. *Charles Monod* a fait quelques recherches sur la perforation des artères dans les foyers purulents. Voici le résultat de ces recherches. Quatre fois l'hémorrhagie survint pendant l'amygdalite primitive. Un homme, sujet aux amygdalites suppurées, avait dans l'arrière-gorge une tumeur fluctuante qui s'ouvrit spontanément; bientôt survint une hémorrhagie suivie de mort. Il y a d'autres faits semblables. Mentionnons un travail d'Ehrmann sur les perforations de la carotide dans l'amygdalite suppurée.

L'amygdalite suppurée, comme la parotidite, peut survenir dans le cours des fièvres graves, et être suivie de l'ulcération de la carotide. Citons un cas d'adénite cervicale suivie de la perforation de la carotide et du pharynx (Fraser). De même, ulcération de l'aorte, suite d'abcès du médiastin dans la fièvre typhoïde (Breschet).

M. Monod cite ensuite les adénites suppurées du cou, ou de l'aine. Observation de Liston : adénite cervicale ; abcès non ouvert à l'extérieur, communiquant avec la carotide ; incision, hémorrhagie, ligature de la carotide, mort. Observation de Savory : adénite inguinale ; ouvertures spontanées multiples, hémorrhagie, destruction de l'artère et de la veine fémorale.

Dans les suppurations diverses, M. Monod range l'observation de Dolbeau rapportée par M. Labbé dans la précédente séance ; hémorrhagie par la linguale. Deux observations de perforations de l'artère axillaire (Mackensie, Morel-Lavallée). Hémorrhagie par une artère intercostale dans une opération d'empyème avec résection de côtes. A la main et à l'avant-bras, deux cas (Demarquay, Chaux). Enfin, hémorrhagie par l'artère temporale profonde (Denucé).

Dans une seconde classe, M. Monod range les abcès par congestion ou d'origine osseuse; il a relevé 48 cas d'hémorrhagie. Pour l'artère poplitée, 9 cas sans séquestres : tumeurs blanches suppurées avec foyer poplité. Dans 5 autres cas, l'hémorrhagie fut due à une perforation par séquestre. Pour la fémorale et ses branches, 12 cas. Pour l'humérale, 2 cas (Cras, Monod avec Pozzi).

Les cas de carie vertébrale peuvent être discutés, comme ceux de carie du rocher; c'est peut-être le séquestre qui produit la perforation. M. Marcé dans sa thèse montre cependant que la carotide a été ulcérée par le pus.

Ainsi donc le fait de l'ulcération des artères par le pus est démontré, une cause mécanique est admise pour quelques cas. Comme cause générale, on ne trouve que deux exemples de septicémie. Toutes les observations devraient être revisées au point de vue de la cause de l'hémorrhagie.

Tableaux résumant les observations publiées dans les journaux.

Amygdalites primitives			1
Suppurations secondaires..		Amygdale	1
Fièvres..	scarlatine / typhoïde	Parotide	2
		Cou (adénite)	1
		Médiastin (aorte)	1
Adénites.	Cou	1 (septicémie) / 4	5
	Aine	Simple	1
		Bubons	4
		Gomme	1
Suppurations diverses.	Linguale		4
	Axillaire		2
	Intercostale		1
	Cubitale. Radiale		2
	Temporale profonde		1
Abcès par congestion ou d'origine osseuse.	Art. poplitée...	sans séquestre. / 1 (septicémie)..	9
		par séquestre...	5
	Fémorale et branches		12
	Humérale		2
	Nécrose du maxillaire infér.	dentaire	1
		carotide interne.	1
	Carie vertébrale	artère vertébrale.	1
		aorte	2
	Carie du rocher	carotide interne..	15
		Total	78

— M. *Chauvel* lit un rapport sur une observation de M. *Schwartz :* fracture compliquée de la voûte du crâne, relèvement des fragments, application du trépan, grande amélioration. Formation d'un abcès, incision ; méningo-encéphalite, mort.

— Nomination de la commission chargée de dresser la liste des candidats à la place déclarée vacante de membre titulaire de la Société de chirurgie.

Sont élus MM. Marchand, Pozzi et Périer.

— M. *Nicaise* lit un rapport sur une observation de M. *Humbert :* kyste tendineux du poignet, à grains riziformes, incision, pansement antiseptique, guérison.

Le kyste occupait la gaine des fléchisseurs. La guérison a été obtenue sans suppuration. La doctrine de la suppuration

nécessaire ne peut se maintenir devant les faits; le pus est le résultat d'un processus pathologique. On ne peut affirmer que l'oblitération de la gaine soit indispensable à la guérison définitive. Les tendons peuvent s'altérer dans les synovites, d'où l'utilité d'une prompte intervention. Les grains riziformes sont formés le plus souvent de matière fibrineuse (Velpeau), rarement de tissu conjonctif provenant des parois du kyste (Virchow).

— M. *Terrier* lit une note sur la tuberculisation des synoviales tendineuses.

On peut affirmer que la tuberculisation des gaines synoviales est rare; Lancereaux, le premier, cite une observation. M. Bouilly a rapporté un cas de synovite fongueuse de la gaine des péroniers latéraux, de nature probablement tuberculeuse, mais il n'y eut pas d'autopsie. M. Jamain en a recueilli un exemple dans le service de M. Trélat. M. Terrier ajoute trois observations, dont deux avec examen histologique.

On a trouvé les lésions anatomo-pathologiques de la tuberculisation, toutefois on n'a pas constaté la présence des noyaux caséeux. L'oblitération des capillaires, les cellules géantes et les foyers embryonnaires plaident en faveur des tubercules.

M. Terrier reconnaît trois types de synovite tuberculeuse.

Premier type. — Synovite fongueuse classique (Bidard). Observations de Lancereaux, Trélat et Bouilly ?

Deuxième type. — Deux observations de M. Terrier. La gaine n'est pas envahie dans sa totalité et s'abcède rapidement; se rencontre surtout chez les sujets tuberculeux ou suspects.

Troisième type. — Un seul cas de Terrier. Synovite aiguë, accidents aigus.

La synovite tendineuse tuberculeuse peut donc être aiguë ou chronique. Le diagnostic est difficile et on confondra souvent avec la synovite fongueuse simple. Etudier l'état général et rechercher les tubercules dans les autres organes.

Le pronostic est bénin si la tuberculose est localisée; grave, si la tuberculose est généralisée. Dans le premier cas, on enlèvera les fongosités tuberculeuses; dans le second cas on se contentera d'un traitement palliatif.

— M. *Berger* présente un homme sur lequel il a pratiqué il y a quatre mois la ligature de l'artère iliaque externe pour un anévrysme de la partie supérieure de la fémorale. Il y a trois ans, cet homme avait un anévrysme poplité qui guérit par la compression digitale exercée pendant douze heures au pli de l'aine. Quinze jours plus tard, survint une dilatation de la fémorale au niveau du point comprimé. L'anévrysme grossit et le membre devint le siège des troubles trophiques. Ligature de l'artère iliaque externe en juillet dernier au moyen d'un gros fil de catgut. Guérison.

— M. *Nicaise* présente une pièce. Le malade a été présenté il y a dix ans à la Société; M. Nicaise avait réséqué 12 centimètres de la diaphyse humérale. L'os se reproduisit, il avait 2 centimètres de moins que l'autre humérus.

Le malade reprit son travail de tailleur de pierres, il survint une arthrite scapulo-humérale, et bientôt une fracture spontanée de l'humérus à sa partie supérieure. Désarticulation de l'épaule le 15 octobre 1882, l'opéré va bien. M. Nicaise présente l'os reproduit.

— La Société de chirurgie ne tiendra pas séance le mercredi 1er novembre, jour de la Toussaint.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Maladie parasitaire des organes génitaux du lapin : M. Mégnin. — Ascarides et scolex du phyllobotrium chez un Dauphin : M. Mégnin. — Appareil pour la respiration artificielle : M. Regnard. — Anesthésie du larynx par l'injection d'acide carbonique et d'oxygène : M. Brown-Séquard. — Examen d'un monstre xiphodyme : M. P. Bert. — Modifications des perceptions auditives par la tension de la membrane du tympan : M. Gellé. — Innervation du muscle interne du marteau : M. M. Duval.

M. *Mégnin* montre un lapin atteint d'une maladie parasitaire des organes génitaux externes, maladie transmissible par le coït. La nature de l'affection sera déterminée par un examen histologique ultérieur.

— M. *Mégnin* présente ensuite l'estomac d'un dauphin, qui renferme une quantité considérable d'ascarides simples, complètement développés; dans le canal biliaire on trouve des larves d'ascarides, fait intéressant en ce que le lieu où se fait le développement de ces parasites, ainsi que les diverses phases du développement étaient jusqu'ici complètement ignorés. Dans les muscles du même animal, on a rencontré des vers vésiculaires, semblables à des filaires, et que l'examen histologique fait reconnaître pour des scolex de *phyllobotrium*. Il est remarquable de voir chez un animal aussi carnassier que le dauphin, une telle quantité de vers cystiques, et c'est une nouvelle exception à la règle posée autrefois, d'après laquelle les herbivores seuls devaient posséder de ces vers, et les carnassiers nourrir les cestoïdes parfaits.

— M. *Regnard* montre un appareil pour la respiration artificielle, dans lequel l'insufflation se fait par le déplacement d'air qu'entraîne l'arrivée de l'eau sous une pression qu'on peut régler. L'expiration, toute passive, résulte du départ de l'eau emmenée par un siphon qui s'amorce quand le vase est presque plein.

— M. *Brown-Séquard* a communiqué il y a un mois à l'Académie des sciences le résultat de ses recherches sur l'anesthésie du larynx obtenue par l'injection d'acide carbonique pur dans les premières voies respiratoires. Depuis cette époque, de nouvelles expériences lui ont montré qu'un mélange à parties égales d'oxygène pur et d'acide carbonique produit le même effet.

Dans des expériences pratiquées sur lui-même, l'auteur a constaté que la tolérance pour l'insufflation du gaz est beaucoup plus grande quand le tube vient s'ouvrir dans la cavité buccale, en arrière des lèvres. Quand on a pratiqué l'insufflation depuis sept à huit minutes, l'anesthésie du larynx est suffisamment établie pour qu'on puisse engager le tube jusqu'à son niveau sans produire aucune douleur.

Cette accoutumance graduelle du larynx par l'injection d'acide carbonique faite dans la cavité buccale, permet d'éviter un certain nombre de troubles nerveux (inhibition de la respiration, du cœur, des échanges) qui se sont produits quelquefois quand l'insufflation a été pratiquée d'emblée, avec une grande violence, dans les voies respiratoires.

On entrevoit, parmi les applications de cette méthode d'anesthésie du larynx, le moyen de faire sans produire d'accidents, des injections médicamenteuses dans le poumon. Quand on songe à la facilité avec laquelle les liquides sont absorbés par la muqueuse respiratoire, on conçoit qu'il sera possible d'intervenir, par exemple dans les cas d'hémorrhagie pulmonaire, en faisant des injections d'ergotine par le larynx.

— M. *Paul Bert* a eu l'occasion d'examiner un monstre xiphodyme, pourvu de deux têtes, deux bras et deux thorax; les thorax sont indépendants jusqu'au niveau des sixième ou septième côtes; il n'y a que deux membres inférieurs. Ces enfants, âgés de cinq ans, présentent deux cœurs, quatre

poumons, un seul anus et des organes génitaux externes communs. Malgré l'unité anatomique d'une grande partie du corps, la dualité physiologique est évidente pour un grand nombre de fonctions. C'est ainsi que chaque jumeau commande à l'un des deux membres inférieurs; les impressions périphériques unilatérales provoquent soit des réflexes, soit des perceptions indépendantes; la faim ou la soif chez l'un n'est pas apaisée quand l'autre a bu ou mangé, etc.

M. Bert développe une série de vues intéressantes sur la dualité morbide de ces deux sujets, et rappelle par exemple que l'un des jumeaux ayant eu une bronchite avec fièvre, l'autre est resté normal.

— M. *Gellé* indique le rôle de la tension de la membrane du tympan sur l'acuité de la perception auditive : dans les expériences où l'on communique les vibrations d'un diapason aux os propres du nez, si l'on vient à provoquer la contraction soutenue du muscle interne du marteau d'un seul côté, la perception des sons s'atténue notablement dans l'oreille correspondante.

A propos de cette contraction du muscle interne du marteau qui s'opère par synergie en même temps que celle du masséter du même côté, M. Gellé examine les opinions relatives à la source d'innervation du muscle interne du marteau.

— M. *Mathias-Duval* indique à ce sujet les déductions qu'inspire l'étude du développement des arcs branchiaux. La question de l'innervation du muscle interne du marteau n'est pas encore tranchée : pour les uns ce muscle est animé par le petit pétreux superficiel venant du nerf facial; pour les autres par un filet de la branche masticatrice du trijumeau. C'est à cette dernière opinion que conduit l'examen du développement, l'appareil dont fait partie le muscle interne du marteau appartenant à l'arc branchial antérieur, innervé par le nerf masticateur.

REVUE DES JOURNAUX

Des plaies du cœur et de leur traitement, par M. Block.

Quatre causes expliquent la mort dans les plaies du cœur. La plus fréquente est l'asphyxie à la suite de l'accumulation du sang dans le péricarde (dans une observation personnelle en dix, vingt minutes); puis vient l'hémorrhagie (un cas de Heusner, en soixante-trois heures); la destruction des ganglions automoteurs, et enfin l'occlusion des artères coronaires.

Puisque les médecins continuent à laisser mourir tranquillement ces blessés, lorsqu'une simple incision du péricarde suffirait à empêcher l'asphyxie, et une simple suture l'hémorrhagie, l'auteur a cherché à montrer sur les animaux l'innocuité de ces opérations. On peut les faire en trois ou quatre minutes : les instruments sont dans toutes les trousses.

L'ouverture des deux cavités thoraciques et du péricarde est supportée parfaitement pendant quelque temps : quatre lapins vivants à l'appui. L'ouverture du ventricule droit et gauche, l'écrasement (*zerquetschen*) du cœur en totalité est de même supporté : quatre autres animaux vivants le démontrent. Une déchirure du cœur avec ouverture des cavités thoraciques, avec suture du poumon pour fermer les ouvertures de la plaie, a été supportée par un chien encore vivant.

Pour empêcher l'hémorrhagie gênante pendant la suture, on pince le cœur à la pointe et on le tord en tirant à soi pour faire cesser le pouls et la respiration : on opère alors sur un cœur parfaitement tranquille (pas un animal n'a succombé à cette manœuvre!), ou bien l'on s'arrange de façon à ce que la traction ferme simplement la déchirure. Le pouls et la respiration se rétablissent aussitôt après. L'auteur a présenté au 11e Congrès de la Société de chirurgiens allemands, quatre animaux ayant supporté cette opération et vivant depuis plusieurs mois. (*Centralblatt für Chirurgie*, suppl. du numéro 29, 1882, p. 46.)

Des arthropathies syphilitiques, par M. Schuller.

Résumé d'un travail étendu qui sera publié ultérieurement. Il distingue les arthropathies de la syphilis acquise et de la syphilis héréditaire.

1° *Syphilis acquise.* — Voici les formes que l'on peut observer :

A. Inflammation séreuse aiguë de la syphilis secondaire, apparaît en même temps que l'exanthème et frappe plusieurs articulations à la fois : c'est une simple synovite séreuse. On a essayé, mais en vain, de caractériser cette manifestation bénigne, on a même mis en doute sa nature syphilitique. Schüller pense que c'est bien une manifestation du processus infectieux sur les articulations.

B. Arthrites séreuses, aiguës ou plutôt subaiguës ou chroniques dans la syphilis tertiaire. Affection généralement monoarticulaire amenant un épaississement de la capsule et une prolifération de franges papillaires de la synoviale, reconnues par un frottement caractéristique. Synovite panneuse ou papillaire, caractérisée par la douleur relativement intense, le frottement, l'insuccès de la thérapeutique ordinaire, et l'absence de suppuration. Forme fréquente.

C. Arthrite gommeuse. La gomme peut siéger dans l'articulation ou autour d'elle. La synovite, d'abord séreuse, puis papillaire, peut devenir purulente.

Cliniquement ces formes se reconnaissent aisément par les symptômes caractéristiques de la gomme. Souvent on observe des pertes de substances ulcéreuses du cartilage.

D. Arthrite provenant d'une périostite, ostéite ou ostéomyélite syphilitique d'un os voisin. Cas rares, faciles à reconnaître.

2° *Syphilis héréditaire.* — On observe les formes suivantes :

A. Arthrites subaiguës séreuses avec faible exsudat. Décrite chez les enfants syphilitiques, par Hueter, qui considérait comme caractéristiques des pertes de substances arrondies, à bord taillés à pic dans le cartilage. Dans un cas observé par l'auteur, terminé par la résection, où les symptômes généraux avaient fait craindre une suppuration articulaire, on ne trouva qu'une injection de la synoviale remplie d'un peu de liquide louche. Il y a là une indication de ne pas intervenir hâtivement.

B. Arthrites gommeuses. Mêmes phénomènes que dans la syphilis acquise.

C. Arthrites provenant d'une périostite, ostéite ou ostéomyélite voisine. Les auteurs ne fournissent sur ce point que des données incertaines. Schüller a vu un cas de ce genre chez une fillette qui souffrait d'une ostéite syphilitique du fémur.

D. Arthrite dépendant d'une lésion épiphysaire spécifique. Pendant que les formes signalées plus haut sont suffisamment claires dans leur pathogénie, il n'en est pas de même de cette dernière. Ces cas commencent par une tuméfaction importante et rapide d'une épiphyse, puis apparaît de la synovite : la capsule s'épaissit, l'articulation est fléchie et douloureuse, pas de fièvre. Parfois il se fait un décollement du périoste et une suppuration articulaire. Toute l'épiphyse peut être séparée de la diaphyse par la suppuration (l'ostéochondrite de Wegner). (*Archives de Langenbeck*, t. XXVIII.)

BIBLIOGRAPHIE

Index bibliographique.

LA SYPHILIS, SON HISTOIRE ET SON TRAITEMENT (MÉTHODE ANGLAISE), par le docteur James TARTENSON. — Paris, 1880. J.-B. Baillière et fils.

L'auteur, se conformant au titre qu'il a choisi, traite surtout avec détails l'historique de la syphilis et la thérapeutique de cette affection. Ses opinions sur ces deux points spéciaux peuvent se résumer dans les deux propositions suivantes : antiquité d'origine du mal vénérien; inutilité et même inconvénients graves de l'emploi du mercure dans son traitement. Cet ouvrage se divise en trois parties. Dans la première, consacrée à l'historique, se trouve la description des différentes épidémies de nature syphilitique qui ont reçu, lors de leur apparition, les dénominations les plus diverses, suivant les pays : maladie de Brünn, sibbeus d'Écosse, radesyge de Suède, boutons d'Amboine, pian de Nérac, etc....; enfin une étude de la syphilis chez les différents peuples. Dans la seconde, l'auteur décrit l'affection, qu'il divise en quatre périodes : accidents primitifs, accidents secondaires, accidents tertiaires, accidents viscéraux. La troisième partie renferme une discussion intéressante des divers procédés de traitement, et quelques considérations au point de vue de la prophylaxie générale et privée.

LA LUTTE POUR L'EXISTENCE ET L'ASSOCIATION POUR LA LUTTE, par le docteur DE LANESSAN, professeur agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de médecine. — Paris, 1881. O. Doin.

C'est une dissertation plus philosophique que médicale sur un point spécial de la théorie de Darwin, *le combat pour la vie*, dans laquelle l'auteur invoque, en faveur de la thèse qu'il soutient, des arguments empruntés aux trois règnes : association pour la lutte chez les minéraux, les végétaux et les animaux. Mais cette *association* n'a donné jusqu'ici, dans l'espèce humaine, que des résultats « désastreux, les races fortes et dominatrices s'arrogeant seules l'usage des droits qu'elles interdisent aux classes dominées, s'associant pour les opprimer, et les empêchant de se grouper et de s'unir pour la lutte ». L'auteur, en terminant, formule le remède à cet état de choses en quelques propositions succinctes, au nombre desquelles « la suppression de la propriété familiale, obstacle redoutable à la disparition des castes, par suite des altérations qu'elle apporte dans la lutte sexuelle ».

L'EXAMEN DE LA VISION AU POINT DE VUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE, par le docteur Aug. CHARPENTIER, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. — Paris, 1881. O. Doin.

L'examen de la vision comporte deux modes d'investigation : 1° l'ophthalmoscopie, qui permet de constater les lésions matérielles du fond de l'œil et le degré de transparence de ses milieux; 2° l'exploration méthodique des fonctions visuelles. Au point de vue de la médecine générale, les renseignements fournis par ce dernier mode d'examen sont, à coup sûr, les plus précieux : aussi l'auteur se borne-t-il à étudier les procédés variés qui permettent de les obtenir. Après quelques considérations anatomo-physiologiques sur l'appareil dioptrique, il étudie successivement les méthodes pratiques au moyen desquelles on pourra rechercher l'étendue du champ visuel et les scotomes qu'il renferme, la sensibilité lumineuse et la sensibilité chromatique, les champs visuels des diverses couleurs, enfin l'acuité visuelle d'un œil emmétrope ou affecté d'amétropie régulière (myopie, hypermétropie, astigmatisme régulier). Passant ensuite à la vision binoculaire, l'auteur en détermine les conditions; puis il indique le mode d'exploration de l'étendue du champ du regard, ou plus justement, selon lui, des *limites du regard*, et les procédés de mensuration de l'angle de déviation d'un œil strabique.

ÉTUDE SUR LE SYCOSIS, par le docteur CATOIS. — Thèse de Paris, 1882. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Après une étude historique assez complète sur les mentagres, les sycosis et les affections dartreuses qui s'y rapportent, l'auteur se range à l'opinion de Bazin et de Hardy, réunissant sous la dénomination de Trichophytie circinée, Trichophytie sycosique et Trichophytie tonsurante les trois éventualités morbides possibles d'un agent dermophyte, qui est le *Trichophyton tonsurans*. Il reconnaît cependant qu'il existe un sycosis non parasitaire, et il en donne la description au point de vue de l'étiologie, des symptômes et du diagnostic différentiel. Il étudie d'ailleurs le sycosis en tant qu'affection générique, caractérisée par l'inflammation des follicules pileux, avec éruption de pustules à base indurée, entourant le point d'émergence des poils, et pouvant s'accompagner de complications phlegmasiques du tissu cellulaire sous-cutané. Quant au sycosis parasitaire, il est de nature contagieuse, et ordinairement comporte un pronostic plus sérieux que le sycosis non parasitaire. Un dernier chapitre est consacré au traitement des différentes formes du sycosis et de ses complications phlegmasiques. Enfin l'auteur rapporte vingt-quatre observations, dont un grand nombre sont personnelles.

VARIÉTÉS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Le manque d'espace nous empêche de publier aujourd'hui une circulaire que M. le ministre de l'instruction publique vient d'adresser à MM. les recteurs, sur un projet de création d'un grade supérieur à celui du doctorat en médecine. Ce sera pour le numéro prochain.

ALLOCATIONS AU PERSONNEL DES HÔPITAUX.

M. le directeur de l'Assistance publique vient d'écrire à MM. les directeurs des hôpitaux généraux pour prescrire des allocations extraordinaires au personnel des hôpitaux où sont traités les typhiques. Les employés de service recevront à ce titre, et suivant les besoins, du vin de quinquina, du café, des boissons toniques, des suppléments de viande et de vin. On distribuera aux internes, externes et stagiaires, avant leur entrée dans les salles, du bouillon ou du lait, du vin, du café ou du thé au rhum. Des allocations de même nature seront accordées aux employés des bureaux chargés d'un service extraordinaire ou de la réception des malades, et aux journaliers attachés au service de la buanderie.

SÉANCE SOLENNELLE DE LA SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

La Société de médecine vétérinaire a tenu sa séance solennelle le 26 octobre, dans les salons de la Société d'acclimatation, mise à sa disposition par M. H. Bouley, qui est à la fois secrétaire général de la première Société et président de la seconde. L'assistance, dont les dames formaient une notable partie, était très nombreuse. On y remarquait quelques médecins, les uns comme invités, les autres comme membres ; car, par une heureuse modification de ses premiers statuts, la Société réserve, depuis 1852, quatre places de titulaires à des personnes s'occupant spécialement des sciences naturelles. C'est à ce titre que M. Pasteur était présent.

La séance était présidée justement par un de nos confrères, M. le docteur O. Larcher, qui s'est trouvé naturellement dans son rôle en faisant ressortir les avantages de l'alliance de la médecine humaine et de la médecine vétérinaire : c'était la pensée principale de son discours, élégamment écrit, lu avec une simplicité distinguée, et plusieurs fois applaudi. Voici le passage où cette pensée est principalement mise en relief.

Autrefois, messieurs, l'un des plus estimés d'entre vous faisait justement remarquer que « si, pour se constituer, la vétérinaire a eu recours à la médecine humaine et lui a fait souvent de nombreux emprunts, elle lui a toujours offert et livré, en retour, le fruit de ses observations, de ses recherches et de ses expériences ». La Société fait mieux encore : tout à l'heure, un de mes confrères en médecine humaine (M. Hocquard, médecin major au 99e régiment de ligne) s'entendra décerner, en votre nom, l'une de nos médailles d'or, comme récompense d'un important travail fait en collaboration avec l'un des laborieux vétérinaires de l'armée

(M. Bernard, vétérinaire en premier au 3e régiment d'artillerie). L'alliance est donc complète entre les vétérinaires et les médecins de l'homme, et les uns et les autres courent ensemble, bien mieux qu'en rivaux, au travail autant qu'à l'honneur.

Le mouvement d'expansion se fait toutefois, en dépit de ce que pourrait faire présumer la différence du nombre, bien plutôt des vétérinaires vers les médecins que des médecins vers les vétérinaires; et l'on peut dire qu'il n'est guère aujourd'hui de réunion médicale, réputée complète, dans laquelle l'élément vétérinaire ne figure pour une certaine part. Cela dénote chez vous, messieurs, un ardent désir d'approprier à la science qu'ici nous cultivons ensemble, tout ce qu'elle peut puiser avec fruit dans la médecine de l'homme; mais l'empressement qu'on montre partout à vous accueillir ou, pour mieux dire, à vous appeler, fait voir davantage encore combien votre concours nous est devenu utile pour éclairer, autant que possible, les voies ouvertes par le regrettable fondateur de la pathologie expérimentale (Claude Bernard).

Selon la juste remarque que présentait naguère, seulement sous une forme conditionnelle, un des membres de notre Société, M. A. Sanson (voy. *Rev. de méd. vét.*, année 1858, p. 1033), « l'étude générale des modifications accidentelles de la vie peut, en effet, se poursuivre encore mieux en vétérinaire qu'en médecine humaine, parce que la vétérinaire embrasse plus de sujets », et, s'il m'est permis de compléter aujourd'hui sa pensée, j'ajouterai : parce que les vétérinaires sont ainsi préparés à l'étude des maladies, similaires ou dissemblables, non pas seulement chez des sujets différents, mais chez des êtres appartenant à des espèces différentes. C'est pour cela, messieurs, qu'il est désirable que les médecins de l'homme viennent plus souvent étudier parmi vous.

Ce n'est pas qu'il faille, comme on tend quelquefois à le faire, confondre la pathologie comparée avec la vétérinaire. La première a des visées plus étendues : elle a pour objet l'histoire comparative des maladies des êtres organisés (animaux et végétaux), aux divers âges du monde, de l'espèce et des individus, dans les sexes différents et dans les régions variées du globe. Mais une entreprise de ce genre est immense et menace de rester longtemps à l'état de programme sur bon nombre des points qu'elle touche. La vétérinaire, plus modeste, s'occupe, à proprement parler, des maladies des bestiaux, et, par extension, de l'ensemble des connaissances relatives aux divers animaux domestiques; et c'est avec raison que, dans un pays voisin du nôtre, un des membres associés de notre Société, établissant bien, avec une compétence indiscutable, la différence qui existe entre les deux sciences autant qu'entre les deux mots qui servent à les désigner, rappelait récemment, comme je suis heureux de le faire à mon tour, les services réels que peuvent rendre les études vétérinaires à ceux qui veulent faire de la pathologie comparée.

M. H. Bouley a lu ensuite l'éloge de Renault (père du membre actuel de la Chambre des députés), qui a exercé une si grande et si heureuse influence sur les destinées de la médecine vétérinaire. Dans ce discours, souvent interrompu par les marques de sympathie de l'auditoire, l'orateur a heureusement rattaché au tableau de la vie scientifique et administrative de Renault, à la peinture de son caractère élevé, doux et ferme tout ensemble, des considérations sur la dignité toujours croissante d'une profession qu'anime maintenant la culture élevée de la science, et qui rend de si éminents services à la société.

Assistance publique : Instruction sur les mesures de désinfection a prendre dans les services hospitaliers au cours de l'épidémie de fièvre typhoïde.

Pour guider les Directeurs des hôpitaux et hospices dans l'exécution des mesures de désinfection à prendre afin de prévenir le développement de la fièvre typhoïde, il y a lieu de prescrire, sur l'avis de la Commission d'hygiène hospitalière, l'ensemble des dispositions suivantes :

L'effort principal des pratiques de désinfection au cours de l'épidémie actuelle doit porter sur les matières fécales et autres produits des malades : urine, — crachats, — vomissements, etc.

1° *Désinfection dans les salles.* — Toute matière destinée à être jetée dans les fosses d'aisances ou à l'égout sera mélangée au préalable avec une solution de chlorure de zinc. Chlorure de zinc, 30 grammes; eau, 1 litre.

De grandes jarres tenues à proximité des cabinets, ou mieux, des pots largement ouverts où l'on puisera avec une louche la quantité nécessaire pour chaque vase, contiendront la solution.

Chaque vase vidé sera lavé de nouveau avec une certaine quantité de la solution, puis avec un peu d'eau pure pour l'approprier et le débarrasser du chlorure de zinc en excès. Les urinoirs seront traités comme les bassins à matières fécales.

Des étiquettes larges et colorées porteront ces mots en lettres de 2 centimètres : Solution désinfectante au chlorure de zinc. On apprendra au personnel que les solutions sont assez caustiques pour qu'il faille éviter d'y laisser plonger les mains ou d'en laver la peau d'un malade.

Dans les salles, on fera fonctionner une ou deux fois le jour un pulvérisateur dont le liquide à pulvériser sera le suivant : Acide phénique cristallisé, 50 grammes; glycérine, 50 grammes; eau, 1 litre.

Les chefs de service devront être consultés sur le point de savoir s'ils ne préfèrent pas un autre mode de désinfection de l'atmosphère, quelques-uns pouvant estimer que le brouillard phéniqué a des inconvénients pour leurs salles. Dans le cas où ils l'accepteraient, les solutions destinées à la pulvérisation porteraient l'étiquette : Solution à 5 pour 100 pour pulvérisation.

Dans les salles, tout le lessivage de murs, de parquets, de lits, souillés par déjections ou malpropretés quelconques, sera fait à l'aide d'une solution à 3 pour 100 d'acide phénique. Acide phénique, 30 grammes; glycérine, 30 grammes; eau, 1 litre.

Tout balayage sera précédé du passage d'un linge légèrement humecté de ladite solution, de façon à ce que les coups de balai, le cirage, le plumeau, ne soulèvent pas de flots de poussière qui rendent ensuite toute désinfection des parois difficile.

Dans les cabinets, tous les sièges souillés par des matières fécales ou de l'urine seront lavés avec ladite solution.

Cette solution phéniquée sera en outre destinée au lavage des mains et on apprendra aux gens de service qu'il est intéressant pour leur sécurité de se laver les mains contaminées avec ladite solution. Cette solution placée dans des vases fermés portera une étiquette colorée avec ces mots : Solution désinfectante à l'acide phénique à 3 pour 100.

2° *Désinfection des vêtements et objets mobiliers.* — La literie et les linges employés pour les typhiques devront subir une désinfection spéciale et séjourner dans des chambres closes où l'on aura brûlé du soufre à la dose de 15 grammes par mètre cube. La combustion du soufre doit être faite dans des terrines au-dessus d'un bassin d'eau. Le soufre placé en terrine sera enflammé à l'aide d'alcool versé sur les morceaux. Cela aurait lieu sans préjudice du lessivage de toutes les pièces de vêtement susceptibles d'être lessivées.

Il sera procédé régulièrement à la désinfection des vêtements appartenant aux typhiques — soit par l'eau bouillante, soit par l'acide sulfureux. — Le retour en ville de ces malades ne doit être autorisé que lorsqu'on pourra mettre à leur disposition leurs vêtements suffisamment désinfectés. Il en sera de même pour les objets qu'ils auraient conservés avec eux.

3° *Désinfection des fosses.* — Les fosses d'aisances seront l'objet d'une surveillance spéciale. Selon les conditions diverses des fosses, elles devront être désinfectées avec le sulfate de fer, le chlorure de zinc, l'huile lourde de houille, etc., etc.

4° *Désinfection des cadavres.* — A l'amphithéâtre, toutes les parties des corps autopsiés seront lavées avec soin avec une solution aqueuse de chlorure de zinc neutralisée par l'ammoniaque à 10 pour 100 spécialement destinée à l'amphithéâtre. L'intérieur du corps, les viscères examinées seront lavés de la sorte et tous les liquides employés au lavage et entraînant des débris seront mélangés avec soin à cette solution. Le garçon d'amphithéâtre sera prévenu qu'il ne doit pas plonger les mains dans cette solution.

Aucune pièce en macération ne devra séjourner dans les amphithéâtres. Cela n'empêchera pas de garder les pièces, mais les bocaux nécessaires pour leur conservation devront être sans odeur de putréfaction et bouchés.

Pour les cadavres infiltrés et qui se vident, le garçon d'amphithéâtre devra avoir à sa disposition de la poudre de tan à placer sur les viscères et pour jeter sur les tables de la salle des morts.

5° *Désinfection spéciale pour les serviteurs.* — Il serait à désirer que les gens de service changeassent complètement de vête-

ments et de linge de corps avant de rentrer dans le dortoir ou dans les chambres. En tout cas, cette précaution devrait être réglementaire pour les sorties au dehors. Le lavage des mains sera obligatoire à l'entrée du réfectoire.

Dans la journée, les parois de l'amphithéâtre et de la salle des morts seront aspergées à l'aide d'une pompe à main avec une solution d'acide phénique au vingtième.

Paris, le 23 octobre 1882.

Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique,

CH. QUENTIN.

FIÈVRE TYPHOÏDE DANS LES HÔPITAUX. — Nous avons donné, dans nos deux derniers numéros (p. 695 et 712), jour par jour, du 10 au 22 octobre, le mouvement de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris. Des renseignements moins détaillés, allant jusqu'à la même date du 22, mais commençant au 2 octobre, fournis au conseil municipal par M. le directeur de l'Assistance publique, il résulte que le nombre des entrées va en diminuant. Pour la ville, le chiffre des décès a été de 93, du 22 septembre (date du début de l'épidémie) au 5 octobre; de 130, du 6 au 12; de 123, du 13 au 19.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les inscriptions du premier trimestre de l'année scolaire 1882-1883 seront reçues du lundi 23 octobre au samedi 18 novembre inclusivement, de midi à trois heures, dans l'ordre ci-après : 1° les inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, du lundi 23 octobre au jeudi 9 novembre; 2° les inscriptions de troisième et de quatrième années de doctorat, et des deuxième et troisième années d'officiat, du vendredi 10 novembre au samedi 18 du même mois.

Passé le 18 novembre, aucune inscription ne pourra être prise sans une autorisation spéciale accordée, suivant le cas, soit par M. le recteur, soit par M. le ministre de l'instruction publique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. le docteur Taguet est chargé du cours supplémentaire de clinique des maladies mentales en remplacement de M. Lagardelle, décédé.

CHOLÉRA DE COCHINCHINE. — On écrit de Saïgon à la date du 1er septembre : « Une grave épidémie de choléra sévit en Cochinchine; elle semble ménager les Européens, car on ne cite que 3 décès parmi ces derniers, alors que 10 000 indigènes ont déjà succombé. »

VIDANGES. — Par arrêté préfectoral en date du 25 octobre, il est institué à la préfecture de la Seine une commission technique chargée : 1° de rechercher, au moyen des expériences faites et des documents et renseignements qui lui seront fournis, le meilleur procédé à employer pour substituer au système actuel de la vidange le mode d'évacuation des matières fécales le plus conforme aux lois de l'hygiène; 2° d'indiquer les modifications à apporter, au point de vue de la salubrité, dans les procédés employés pour la construction et le curage des égouts, pour l'écoulement des eaux ménagères et l'enlèvement des détritus de toute nature déversés sur la voie publique. Les médecins qui font partie de cette commission sont MM. Bourneville, Brouardel, Fauvel, Gueneau de Mussy (Henry), Loiseau (Charles), Lamouroux, Vallin, Marié-Davy, Proust, Robinet, Royer et Napias.

HÔTEL-DIEU. — *Clinique des maladies des femmes.* — M. le docteur T. Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, reprendra ses cours de clinique des maladies des femmes, le samedi 11 novembre 1882, à neuf heures du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, dans l'amphithéâtre Desault. — Les jeudis, consultations avec examen au spéculum.

COURS D'OPHTHALMOLOGIE. — Le docteur Ch. Abadie commencera ses leçons cliniques d'ophthalmologie mardi 7 novembre, à deux heures (boulevard Saint-Germain, 172).

Il les continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

MORTALITÉ A PARIS (43e semaine, du vendredi 20 au jeudi 26 octobre 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1077, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 173. — Variole, 5. — Rougeole, 5. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 7. — Diphthérie, croup, 29. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 44.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 180. — Autres tuberculoses, 6. — Autres affections générales, 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 65. — Bronchite aiguë, 20. — Pneumonie, 50. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 52; au sein et mixte, 39; inconnu, 5.— Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 86; de l'appareil circulatoire, 58; de l'appareil respiratoire, 62; de l'appareil digestif, 46; de l'appareil génito-urinaire, 26; de la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 26.

Conclusions de la 43e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1112 naissances et 1077 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient 941, 1018, 1174, 1111. Le chiffre de 1077 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir une atténuation pour la fièvre typhoïde (173 décès (dont 8 militaires) au lieu de 244 (dont 12 militaires) pendant la 41e semaine). A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 5 décès par variole (au lieu de 8), 5 par rougeole (au lieu de 8), 7 par coqueluche (au lieu de 4), 29 par diphthérie (au lieu de 27), 4 par érysipèle (au lieu de 6), et 2 par infection puerpérale. En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la fièvre typhoïde (406 malades reçus du 16 au 22 octobre, au lieu de 741 entrés pendant les sept jours précédents), et pour la variole (8 au lieu de 16), et supérieur pour la diphthérie (28 au lieu de 23).

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité des désinfectants et de la désinfection, par M. le docteur E. Vallin, médecin principal de 1re classe de l'armée. 1 vol. in-8 de 800 pages. Paris, G. Masson. 12 fr.

Etude sur la goutte et sur ses différents modes de traitement, par M. le docteur Souligoux, médecin consultant à Vichy. 1 vol. in-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 5 fr.

Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales, amblyopie croisée et hémianopsie, par M. le docteur Féré. 1 vol. in-8 avec 49 figures dans le texte. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Du pansement à l'iodoforme et de ses dangers, par M. le docteur Le Dentu. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 50 c.

Étude clinique sur l'absinthisme chronique, par M. le docteur Gautier. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Du vaccin de génisse, étude comparative du vaccin animal et du vaccin humain surtout au point de vue préservatif, par M. le docteur Ciaudo. In-8 avec 5 planches. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr.

Étude sur les vices de conformation de l'urèthre chez la femme, par M. le docteur Nunez. In-8 avec 1 planche. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 3 fr. 50

Étude sur le poids de l'encéphale dans les maladies mentales, par M. le docteur Bra. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr. 50

Contribution à l'étude de l'albuminurie survenant dans le cours des accidents secondaires de la syphilis, par M. le docteur Cohadon. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 2 fr.

Les eaux de Châtel-Guyon, par M. le docteur E. Voury. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 50

Des dyspepsies constitutionnelles et de leur traitement par les eaux sulfureuses, par M. le docteur Senac-Lagrange. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 1 fr. 40

Syphilis et alcool. Les inviteuses, par M. le docteur Barthélemy et L. Devillez. In-8. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier. 75 c.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

MOTTEROZ, Adm.-Direct. des imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 9 novembre 1882.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE. — ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE. — L'ENSEIGNEMENT DE L'HYGIÈNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : L'épidémie de fièvre typhoïde.

La discussion sur l'allaitement des nouveau-nés est toujours tenue en suspens par celle qui s'est engagée intercurremment à propos de l'épidémie de fièvre typhoïde. C'est surtout la prophylaxie qui avait été en cause jusqu'ici ; mardi dernier est venu le tour de la thérapeutique. Après une revendication de M. Legouest, en sa qualité d'inspecteur général du service de santé militaire, en faveur des nombreuses améliorations introduites depuis quelque temps dans l'hygiène du soldat, — revendication qui visait directement M. Lagneau, et que celui-ci a discutée en quelques points, — M. Hérard a exposé les résultats de sa pratique dans le traitement de la fièvre typhoïde, et plus particulièrement ceux que lui ont donnés certaines médications spéciales, telles que l'emploi de la quinine et de l'acide salicylique. Cet exposé, qui a du reste été présenté avec toute la réserve qu'on devait attendre d'un praticien expérimenté, a soulevé de vives objections de la part de M. Dujardin-Beaumetz et de M. Blot.

Nous avons commencé, on l'a vu dans le dernier numéro, une étude sur le traitement de la fièvre typhoïde; nous nous proposons de la continuer. C'est alors que nous aurons occasion de nous expliquer sur quelques-uns des points débattus dans la dernière séance de l'Académie. La discussion continuera mardi prochain.

— Nous avons reçu de M. le docteur Pécholier, sur le même sujet, et à propos d'un article de la *Gazette hebdomadaire*, une lettre parvenue trop tard pour être insérée dans le présent numéro. Nous la publierons vendredi prochain.

Enseignement de la médecine.

Des projets de réorganisation plus ou moins étendue de l'enseignement médical couvent évidemment au ministère de l'instruction publique. On peut en juger par les deux circulaires récemment adressées par le ministre à MM. les recteurs et que nous publions plus loin. Relever, dans son expression scientifique, le titre de médecin; concourir plus

FEUILLETON

Lettres médicales.

Mon cher confrère,

Étranger à la pratique médicale, un peu au courant seulement de quelques questions scientifiques, je regarde avec une entière placidité couler devant moi, *turbantibus æquora ventis*, le flot des opinions qui traversent la thérapeutique et l'hygiène. La placidité n'exclut pas toute impression, et le débat actuellement engagé à l'Académie de médecine sur l'allaitement des nouveau nés m'en fait une que peut-être vous ne partagerez pas. Quand je lis dans la *Gazette* qu'on ne s'entend pas à merveille sur l'action d'un remède contre l'épilepsie, ou sur la manière de tuer les microbes qui infestent le sang, je le comprends volontiers; c'est que l'épilepsie est fort capricieuse et entêtée, et que les petites bêtes de notre corps sont bien retranchées dans leur campement. Mais je m'étonne, et, sans être personnellement intéressé dans la question, je m'afflige un peu de voir que l'alimentation des nouveau-nés soit le thème le plus controversé, le plus inextriqué qui se soit présenté depuis longtemps devant l'Académie de médecine. Dieu sait si c'est l'expérience qui a manqué! Bertillon serait capable de vous dire approximativement combien de millards d'enfants ont vu le jour sur la surface de la terre depuis Abel, Caïn et Seth. Dans tous les temps et tous les pays, ils ont sucé le sein de leur mère ou bu du lait d'animaux, comme vache, chienne, jument, ânesse, chamelle, chèvre, biche, truie, etc. On cite même une louve. Eh bien, voici une des plus triomphantes démonstrations de la faiblesse de la raison humaine. A l'heure qu'il est, on ne sait précisément, ni quand l'allaitement maternel doit commencer, ni quand il doit finir; ni quand il doit être combiné avec l'allaitement artificiel ou avec des aliments légers; à quel sein se vouer, entre ceux de vache, de chèvre ou d'ânesse; si le lait de ces

efficacement à la décentralisation de la science médicale en ne multipliant que « des œuvres de sérieuses études », tel est le double but poursuivi. Nous croyons devoir attendre, pour nous occuper de ces projets, qu'ils soient mieux dessinés et que l'enquête prescrite ait donné des résultats.

L'enseignement de l'hygiène à la Faculté de médecine de Paris.

Les événements semblent favorables, à divers titres, pour examiner ce qu'est l'enseignement actuel de l'hygiène à la Faculté de médecine de Paris ; s'il répond au caractère que l'hygiène revêt de plus en plus d'après ses progrès eux-mêmes; comment enfin, et d'après quels exemples, s'il est devenu nécessaire de le modifier, cette réforme peut être entreprise et effectuée. L'épidémie de fièvre typhoïde qui occupe en ce moment l'attention publique à Paris montre assez combien il importe que la prophylaxie des affections contagieuses ne soit pas improvisée à la hâte, à la fin des épidémies, au lieu d'être en tout temps assurée par une administration spéciale et compétente, aussi bien que par l'enseignement approprié que les hygiénistes doivent avoir préalablement reçu. Or, où cet enseignement existe-t-il dans la capitale? Est-il quelque part une Ecole, une Faculté où l'on étudie, à l'aide de recherches expérimentales et d'inductions théoriques, tout cet ensemble de mesures qui permettent à l'homme de vivre, même au milieu des agglomérations urbaines, dans des conditions favorables de salubrité, et qui apprennent à une administration soucieuse de la santé publique à arrêter dès le début la propagation des maladies contagieuses? Sans doute, il arrivera quelque jour qu'on créera un Institut spécial, une sorte d'Ecole supérieure d'hygiène publique qui fournira aux diverses « compétences techniques » utilisées par la science sanitaire, l'enseignement complet que celle-ci exige aujourd'hui ; mais, en attendant qu'on puisse ainsi réunir des médecins, des architectes, des ingénieurs, des chimistes, etc., désireux de faire des études spéciales d'hygiène et de conquérir un diplôme particulier conduisant à des fonctions déterminées, il n'en est que plus urgent d'encourager les diverses Écoles à perfectionner leur enseignement de l'hygiène; car celui-ci est devenu d'autant plus nécessaire qu'il pourrait être pour quelques-uns une préparation à l'enseignement supérieur et répondrait pour tous aux exigences futures de la profession. Or, il n'est pas besoin de démontrer combien le médecin est appelé à jouer un rôle important, le rôle capital à coup sûr, dans les développements que la prophylaxie prend de plus en plus; aussi convient-il qu'il puisse être à même d'en étudier suffisamment les préceptes et les indications.

I

Lorsque l'éminent professeur d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris prit possession de son enseignement à la suite d'un très brillant concours — le dernier de la Faculté — où il eut pour concurrents Béclard, Guérard, Marchal de Calvi, Sanson et Tardieu, l'hygiène, comme l'avait fait remarquer son prédécesseur H. Royer-Collard, était restée stationnaire « au milieu de ce progrès général qui s'accomplissait dans les différentes branches de la médecine»; Hallé, le premier titulaire de la chaire, s'était borné à en tracer l'histoire, il n'avait véritablement abordé « que l'introduction à son étude », et ceux qui lui avaient succédé, au milieu de vicissitudes de tous genres que nous n'avons pas à rappeler ici, n'avaient pas fait effort pour constituer à l'hygiène cette unité de direction que lui souhaitait Royer-Collard, cette méthode, « cette pensée générale », comme il disait, que ses forces chancelantes ne lui permirent pas de réaliser lui-même. En donnant pour base rigoureuse à l'hygiène, pour fondement de ses recherches, « l'étude des causes », M. Bouchardat a accompli cette grande réforme ; il en a conquis le mérite par trente années d'un enseignement à propos duquel il a pu justement dire qu'il espérait « avoir ouvert une voie féconde en fondant l'étiologie synthétique ». Pour peu qu'on étudie, en effet, avec lui, dans son récent *Traité d'hygiène*, les points principaux du mouvement considérable qu'il a su, le premier, imprimer à la science sanitaire, on ne tarde pas à être convaincu de l'excellence de sa méthode et de la variété comme de l'importance des résultats de celle-ci ; mais c'est précisément parce que l'hygiène est désormais en possession d'un bon « instrument de progrès » que ses développements ne sauraient sans danger être ignorés de ceux qui peuvent avoir à un degré quelconque mission d'en déterminer les applications. Or, dans l'état actuel des choses, M. le professeur Bouchardat, quel que soit le zèle qu'il déploie, ne saurait assurément, ainsi qu'il l'a déclaré lui-même, terminer son cours dans l'espace de temps qui lui est assigné; en réalité, il doit consacrer tous les ans les trois leçons qu'il professe chaque semaine

---

animaux doit être donné au pis ou trait, pur ou coupé, chaud ou froid? Si trait, doit-il être pris à la cuiller, au verre ou au biberon? Si coupé, avec quoi? Si chaud, à quelle température? Autant de mystères qui attendent l'exégèse des cinq ou six orateurs inscrits. Ce sera l'affaire de quelque collaborateur expert de débrouiller ici, s'il le peut, ce petit chaos. Pour ma part et dans mon inexpérience, je m'imagine que tout le monde a raison et que tout le monde a tort; que le bon devient mauvais et le mauvais bon, selon les circonstances; et je voudrais bien, pour plus d'éclaircissements, que MM. les vétérinaires de l'Académie fissent entrer les veaux en ligne; car il me semble, sauf erreur, que les veaux ont eu, à cet égard, plus de chance que les enfants, et qu'on a sur leur élevage des principes mieux arrêtés. Certains agriculteurs, on le sait, n'emploient que l'allaitement artificiel, et graduent l'alimentation ultérieure selon une méthode générale, modifiée par les indications particulières. Du lait pendant les deux ou trois premières semaines, puis de la graine de lin bouillie ou de la farine d'avoine avec du petit-lait, puis du tourteau de lin, etc. Cette méthode de M. Carrington est, paraît-il, suivie aujourd'hui par nombre d'éleveurs, qui s'en trouvent bien et ne discutent pas entre eux. En changeant un peu ce menu, serait-il possible d'arriver à des résultats analogues pour l'espèce humaine? Je n'en sais rien, et la chose n'est pas nécessaire. Dieu a donné les roses aux rosiers pour sentir bon, des nuages au ciel pour arroser la terre, et le sein à la femme pour nourrir son enfant. Si les agriculteurs font échec à ces vues de la Providence en faisant servir la même vache à l'alimentation de plusieurs veaux, afin de rendre au travail le plus grand nombre de mères possible, le calcul n'est ni moral, ni applicable à l'égard de nos épouses. Mais, quand elles ne peuvent être nourrices, ne serait-il pas fâcheux que la destinée des enfants fût aussi chanceuse que le feraient supposer la dissidence actuelle des opinions et la divergence des pratiques?

pendant le semestre d'été à une toute petite partie de son programme. Si bien qu'on peut affirmer que les très nombreux docteurs en médecine que reçoit chaque année la plus importante et la plus fréquentée de nos Facultés n'ont suivi aucun enseignement de l'hygiène, et qu'ils ont dû en apprendre à la hâte quelques notions générales dans un manuel, « à grand renfort de mémoire », pour celui de leurs examens dont elle fait partie, se fiant beaucoup plus encore sur l'indulgence du jury ou sur les conditions particulièrement fâcheuses dans lesquelles se fait trop souvent cet examen.

L'hygiène cependant, qui comporte les applications des diverses sciences à la préservation de la vie humaine, doit former, on l'admet de plus en plus, l'une des branches les plus importantes des sciences médicales et elle ne saurait se passer des recherches expérimentales de divers ordres dont elle utilise les éléments; c'est ce qu'exprimait avec grande autorité M. le docteur Vallin lorsqu'il disait dans le premier numéro de la *Revue d'hygiène et de police sanitaire* en 1879 : « De même que l'étudiant qui se destine à la chirurgie donne une plus grande attention à l'anatomie et à la médecine opératoire, de même celui qui voudrait suivre la carrière de l'hygiène, sans négliger les autres parties de la médecine, s'appliquerait surtout à la physiologie et à l'épidémiologie; les études préliminaires terminées, il visiterait les établissements industriels, les habitations collectives, hôpitaux, casernes, écoles, prisons, pour étudier sur place les questions d'encombrement, d'isolement, de ventilation, de chauffage, d'insalubrité provenant des égouts, des latrines, etc. En visitant les habitations privées signalées à l'autorité comme insalubres, il apprendrait à juger, à prévenir ou à corriger ces causes multiples d'insalubrité. Ces expertises sur place, qui sont à l'hygiène ce que la clinique est à l'étude de la pathologie comparée, nécessiteraient une fréquentation des laboratoires de chimie et de physiologie, en rapport sans doute avec les aptitudes individuelles. L'étude de la statistique médicale et de la législation sanitaire de la France, les voyages ou les missions à l'étranger pour connaître les institutions hygiéniques des autres pays et pour se familiariser avec les exigences et les difficultés pratiques de la police sanitaire internationale, tel serait le complément d'une éducation vraiment professionnelle. » Sans doute un tel programme ne saurait être appliqué entièrement pendant l'espace de temps qu'un étudiant en médecine peut consacrer à l'étude de l'hygiène; mais il n'en indique pas moins quelle variété de connaissances il est devenu nécessaire d'acquérir pour se prévaloir avec quelque raison du titre d'hygiéniste. Sans doute aussi l'on pourrait concevoir qu'un séjour plus ou moins prolongé et successif dans divers laboratoires, à certaines cliniques, etc., pourrait permettre de posséder ces diverses connaissances. Il nous paraît toutefois, et cela n'a jamais été contesté, qu'il serait préférable de donner à l'hygiène une unité définitive d'enseignement, même dans nos Facultés de médecine, et que l'art, comme la science, de prévenir les maladies méritent bien qu'on leur fournisse les moyens pratiques d'en rechercher et d'en démontrer expérimentalement les règles, sans être obligé de demander en quelque sorte une hospitalité humiliante de côté et d'autre. D'ailleurs toute science ne repose-t-elle pas sur l'expérience? N'est-ce pas là aujourd'hui comme un axiome? Or, l'hygiène ne pourrait-elle donc pas être mise sur le même pied que la physiologie, l'anatomie, la chimie, etc.? « Les progrès des sciences physiques, faisait récemment remarquer M. Wurtz, ont considérablement agrandi son domaine et lui ont prêté des méthodes exactes pour l'observation et pour l'expérimentation. Elle a subi ainsi une véritable transformation et s'est détachée de la pathologie et de la physiologie, comme celle-ci s'est séparée elle-même de l'anatomie. » On n'a pas encore pu oublier les objections que l'on faisait il n'y a pas bien longtemps à la physiologie expérimentale lorsqu'on lui déniait le droit de se faire une place à part, sous le prétexte quelle n'avait pas encore fait ses preuves, lorsqu'on lui refusait des chaires et des laboratoires spéciaux; est-ce que l'hygiène, ainsi que le déclarait M. le docteur Putzeys il y a deux ans, n'a pas déjà donné des preuves de vitalité; n'a-t-elle pas laissé déjà pressentir ce qu'on est en droit d'attendre d'elle? Qu'on accorde donc généreusement à ceux qui l'enseignent et la pratiquent ces installations indispensables aux recherches, qu'on la fasse enfin et partout sortir de l'ère contemplative et platonique pour l'introduire hardiment dans la voie de la recherche positive; que pour elle aussi « les laboratoire de recherches se greffent en quelque sorte sur les laboratoires d'enseignement et s'y recrutent d'eux-mêmes ».

II

Le pays où cet enseignement a été le mieux, sinon conçu, du moins réalisé, est assurément la Bavière; depuis 1879, l'Institut d'hygiène de l'Université de Munich fonctionne, en effet, avec une parfaite régularité dans l'importante construction qui lui est spécialement affectée. M. Wurtz, dans

---

— Dans le cimetière de l'Est, entre la tombe de Th. Barrière et celle de Daniel Stern, on remarque une chapelle surmontée d'une niche. La niche est vide et la tombe aussi : le futur mort prémédite son buste; mais comme son image a été diverses fois reproduite en plâtre ou en marbre, il se propose vraisemblablement de faire son choix quand il sera installé dans cet appartement définitif. En attendant (*Di omen avertant!*), il a fait graver sur sa tombe, dans un couplet bien rimé, non pas une épitaphe, ce qui eût été par trop anachroniste, mais un souhait qu'il se forme à lui-même pour son dernier moment. On a comme cela ses jours de gaieté :

> Aux portes de l'éternité,
> Quand j'aurai fini ma carrière,
> S'il me reste un peu de poussière
> De cette triste humanité,
> *Que le tombeau seul s'en empare*,
> Et que de mon âme il sépare
> Cette cause de nos douleurs!
> Car l'âme pure et sans matière
> Doit être un rayon de lumière
> Que ne troubleront plus les pleurs.
>
> Dr Philippe Ricord.

Il est évident, d'après le vers souligné, que M. Ricord a eu peur d'être disséqué, et que dès lors il ne fait pas partie de cette Société d'autopsie mutuelle, dont tous les membres s'engagent à livrer leur corps à l'amphithéâtre. Soyez rassuré, homme célèbre; votre poussière appartiendra au *tombeau seul*, et votre âme s'envolera; mais on ne peut, en conscience, vous promettre que leur divorce sera définitif, et qu'elles ne se marieront pas de nouveau quelque jour. Bien au contraire, saint Augustin, saint Justin et beaucoup d'autres Pères vous sont garants que votre âme se revêtira encore de votre chair, *novissima die!* — Je serais fâché que cela vous contrariât; mais vous ressusciterez avec vos che-

son deuxième *Rapport officiel sur les hautes études pratiques dans les Universités d'Allemagne et d'Autriche-Hongrie* (1) a décrit en détail cet établissement; il comprend : 1° une grande salle de cours pour les leçons de démonstrations faites aux étudiants en médecine et en pharmacie, et aux aspirants à certaines fonctions administratives, ainsi qu'une petite salle de cours pour l'exposé par des *privat-docenten* de certaines branches spéciales de l'hygiène; 2° un laboratoire pour la préparation du cours; 3° un grand laboratoire avec annexes pour les travaux pratiques des aspirants aux fonctions de médecins de districts; 4° des laboratoires de recherches pour le professeur, les assistants et un certain nombre de docteurs ou d'étudiants avancés; 5° des salles de collections de produits chimiques, d'instruments de physique, d'objets usuels, de plans et de modèles; 6° des logements pour le concierge, les gens de service, les assistants; un cabinet pour le directeur; des magasins et services généraux établis dans un sous-sol bien éclairé. L'éminent créateur et directeur de cet Institut avait depuis longtemps déjà montré par ses importants travaux en hygiène et en physiologie tous les services qu'un enseignement de l'hygiène, ainsi entendu, pouvait rendre; c'est dans un mémoire d'un intérêt tout particulier, publié en 1877, sous le titre de : *Ueber Hygiene und ihre Stellung an den Hochschulen* qu'il avait indiqué comment les laboratoires d'hygiène peuvent agrandir le domaine de celle-ci en lui prêtant des méthodes exactes pour l'observation et l'expérimentation; nul n'était donc mieux préparé que lui pour organiser cet enseignement, et de fait aujourd'hui les nombreux travaux effectués dans cet Institut, que reproduit pour la plupart le *Zeitschrift für Biologie*, et dont quelques-uns d'une nature spéciale sont depuis cette année réunis dans une publication, dirigée par M. le docteur E. Egger, l'un des assistants, sous le titre de *Jahresbericht der Untersuchungs-Station des hygienischen Instituts*, ces nombreux travaux, disons-nous, dénotent combien cet Institut est devenu un véritable centre scientifique. L'école épidémiologique de Munich, dont M. de Pettenkofer était et est encore l'illustre chef, est aussi devenue l'école d'hygiène dont les recherches et les travaux ne sauraient être négligés par ceux qui aspirent véritablement au titre d'hygiénistes. Le personnel de l'Institut se compose, outre les deux professeurs et les privat-docenten, d'un premier assistant, recevant un traitement de 1500 marcs et ayant le logement gratuit, d'un second assistant au traitement de 1000 marcs avec logement, d'un mécanicien au salaire de 1200 marcs, et d'un concierge au salaire de 1000 marcs; les autres dépenses de l'Institut se montent à environ 6000 marcs par an. Le programme des cours comprend trois sections : dans la première on traite particulièrement de l'hygiène de l'habitat, c'est-à-dire de l'eau, du sol, de l'éclairage, du chauffage, de l'emplacement des habitations, des réservoirs d'eau, du drainage, des égouts, des écoles, des hôpitaux, des abattoirs, etc.; dans la seconde, on s'occupe des aliments et de l'alimentation; et dans la troisième, de la police sanitaire des denrées alimentaires ainsi que de la police des maladies des animaux pouvant se transmettre à l'homme autrement que par la consommation. Des privat-docenten enseignent, en outre, un certain nombre de questions spéciales. Les cours se donnent chaque semestre d'été et comptent de soixante à quatre-vingts auditeurs; le plus grand nombre d'élèves sont des médecins qui se destinent à devenir médecins de districts, c'est-à-dire les médecins chargés de donner les soins aux malades indigents et de s'occuper des questions d'hygiène dans leurs circonscriptions; il y a aussi de dix à douze élèves architectes qui, dans leurs examens de sortie, sont interrogés sur l'hygiène des habitations (1).

L'Institut d'hygiène de Munich est actuellement le mieux organisé et le plus complet de l'Europe, surtout au point de vue de l'enseignement; mais comme nous le faisions remarquer plus haut, une telle école, s'adressant à toutes les compétences scientifiques dont l'hygiène utilise les aptitudes, ne saurait empêcher les Facultés de médecine, en particulier, d'installer sur des bases analogues, mais moins étendues, un enseignement spécial; dans le mémoire de M. le docteur W. Roth, on voit qu'il en est ainsi dans un très grand nombre d'Universités allemandes, autrichiennes et suisses. En Italie, nous avons pu constater nous-même les grands progrès réalisés dans cette voie depuis quelques années, et nous avons décrit ailleurs le laboratoire d'hygiène du distingué professeur de l'Université de Turin, M. le docteur Luigi Pagliani (2). En Hollande, en Suède, en Portugal et dans un certain nombre d'Universités anglaises existent aussi

(1) Paris, G. Masson, 1882.

(1) Les renseignements qui précèdent proviennent de plusieurs publications, notamment d'un Rapport de M. Mœller (de Nivelles) sur l'institution de laboratoires spéciaux d'analyses qui seraient mis à la disposition des administrations locales, rapport présenté à l'assemblée nationale scientifique d'hygiène et de médecine publique de 1880 à Bruxelles, et à un mémoire du docteur W. Roth (de Dresde) intitulé : *Ueber die Behandlung der Hygiene als Lehrgegenstand*, et lu au Congrès d'hygiène tenu à Dresde en 1878.

(2) Rapport sur le Congrès international d'hygiène à Turin en 1880. — Imprimerie nationale, 1881.

---

yeux presque noirs, avec vos dents presque entières, avec vos pieds toujours mignons, et c'est sur ces orteils estropiés naguère par un pédicure mal habile que vous irez... en paradis.

— J'ai le plaisir de vous annoncer le premier numéro de la première année de la *Quinzaine médicale de la France et de l'étranger*. Nous avions déjà la *Semaine*, trois ou quatre gazettes *hebdomadaires*, et nombre de feuilles *mensuelles* ou *bi-mensuelles*. Les ressources de cette méthode du calendrier grégorien commencent à s'épuiser; mais on n'a pas encore touché à un calendrier qui serait tout à fait de circonstance : le calendrier républicain. On aura la *Décadienne médicale;* ou, si l'on veut indiquer le jour de la publication des numéros, la *Primidienne*, la *Duodienne*, la *Tridienne*, etc., en ayant soin de réserver le nom de *Sansculottidiens* aux numéros qui pourraient paraître pendant les *sans-culottides*, autrement dit les jours complémentaires. C'est une idée que je me permets de suggérer aux fondateurs de journaux, sans y attacher autrement d'importance.

Que l'Eurus favorable enfle les voiles de tous sur la mer infidèle de l'abonnement!

— Si vous étiez, très estimé confrère, de ces mauvais Français qui, pour trouver des guérisseurs de maladies des yeux, tournent les leurs vers l'Allemagne, je me permettrais de recommander à votre bienveillance, afin que vous l'indiquiez à vos malades, un très honnête praticien. Je suis sûr qu'il vous en sera profondément reconnaissant. Inscrivez bien son nom sur vos tablettes : *Duc Charles Théodor*, propre frère de l'impératrice d'Autriche et de la ci-devant reine de Naples. Destiné, comme c'est l'usage dans ces sphères élevées, à la carrière militaire, le duc Charles était né, je veux dire était vite devenu major général; mais, comme Fulton qui se sentait mécanicien en faisant de la peinture, ou comme Sixte-Quint qui se sentait

depuis quelques années des laboratoires d'hygiène ouverts à l'enseignement. Dans ce dernier pays, une Société particulière, qui a su prendre une très grande extension et acquérir un crédit considérable grâce à la valeur de ses membres, le *Sanitary Institute of Great Britain*, fait même passer des examens spéciaux aux médecins et ingénieurs qui se destinent à exercer les professions de *local surveyors, inspectors of nuisances;* elle confère, en effet, un diplôme très apprécié par les administrations locales pour le choix de ces divers fonctionnaires. Aux États-Unis également cet exemple a été suivi par plusieurs des *States Boards of health*, notamment par celui du Michigan (1).

IV

Ces divers exemples ont été aussi suivis en France dans ces dernières années; nous avons eu l'occasion dans un travail récent, de signaler, à l'aide des renseignements que les professeurs d'hygiène de nos diverses Facultés nous ont fait l'honneur de nous adresser, à M. le docteur Napias et à nous (2), quels progrès avaient été réalisés, surtout au point de vue expérimental et pratique, dans leur enseignement. A Bordeaux, M. le docteur Layet sera prochainement en possession d'un laboratoire complet d'hygiène dans les bâtiments en cours d'achèvement de la Faculté; actuellement il a installé un laboratoire avec quelques instruments et ceux qu'il emprunte aux services de ses collègues, de façon à y pouvoir faire son cours et à effectuer les expériences directement sous les yeux des élèves; nos lecteurs savent que M. Layet a rédigé pour son cours un programme des plus complets et des plus remarquables, qui a eu l'assentiment unanime du Congrès international d'hygiène de Turin en 1882.

C'est à Nancy que cet enseignement possède, en France, depuis la séparation de la chaire d'hygiène d'avec celle de la physique, l'installation la plus parfaite; le matériel est déjà très nombreux et doté de ressources budgétaires relativement importantes; les exercices pratiques s'y font assez régulièrement, sous la direction de M. le docteur Poincaré, pour que les élèves puissent venir, dans le laboratoire, s'exercer tous les jours, par groupe de six, au maniement des instruments et des modèles, à la détermination des falsifications et à l'examen microscopique des pièces anatomiques relatives aux maladies professionnelles. A Montpellier, M. le docteur Bertin, grâce à l'outillage du musée d'hygiène qu'il a eu le mérite et la bonne fortune de créer dans la Faculté, a pu organiser de son côté un enseignement pratique très digne d'attention, et qui rend de nombreux services. A Lille, M. le docteur Arnould est dans de moins bonnes conditions, il est vrai, parce que son laboratoire n'est encore que projeté dans le plan de de la nouvelle Faculté; mais il n'en possède pas moins, provisoirement, une pièce affectée aux recherches de son enseignement, et il ne manque pas, comme ses collègues des autres Facultés, de montrer par des expériences à ses élèves, les éléments des recherches expérimentales de la science sanitaire, telle qu'il en a développé le programme si précis dans ses *Nouveaux éléments d'hygiène;* de même que dans des visites aux établissements publics et industriels de Lille, il les met en état de juger par eux-mêmes les desiderata les plus importants de l'hygiène dans le milieu particulier où ils doivent exercer la profession médicale. A Lyon, M. le docteur Rollet a dû se borner jusqu'ici à organiser son enseignement dans des conditions analogues à celles de son collègue de Lille. Nous devons enfin signaler qu'un grand nombre de travaux originaux ont été effectués dans ces divers laboratoires non seulement par les professeurs, mais par leurs élèves, qui sont déjà nombreux. En résumé, l'hygiène s'est depuis quelques années enrichie de thèses très remarquables, faites sur divers points pour lesquels elle nécessite des recherches expérimentales spéciales; ces thèses proviennent surtout des Facultés de Lille, de Bordeaux et de Nancy.

V

Dans cette brève indication des ressources pratiques mises à la disposition des professeurs d'hygiène dans les Facultés de médecine françaises, nous n'avons pu mentionner la Faculté de médecine de Paris; et cependant le nombre des étudiants qui la fréquentent dépasse à lui seul de beaucoup celui de toutes les autres réunies. De plus, Paris est le siège des Conseils les plus importants et les plus autorisés que l'État, le département et la ville appellent à leur fournir des avis sur les questions sanitaires les plus graves. Sans doute, les médecins qui sont au service de l'État sont appelés à leurs fonctions sur la présentation de leur diplôme; mais aussi, comme le faisait remarquer M. Wurtz, « ils n'ont reçu aucune éducation particulière, aucune instruction pratique qui puisse leur donner compétence et autorité dans les questions spéciales qu'ils seront appelés à résoudre ». Aussi est-ce surtout pour ceux-là qu'il est de toute nécessité de leur four-

(1) Voy. à ce sujet les volumes annuels des *Transactions of the Sanitary Institute of Great Britain* depuis 1880.

(2) *L'Étude et les progrès de l'hygiène en France* de 1878 à 1882. — Paris, G. Masson, 1882.

---

pape en gardant les pourceaux, le duc Charles fut saisi de bonne heure d'une si violente vocation pour la médecine, qu'il s'y jeta à corps perdu malgré toutes les sollicitations de sa famille. Et ceci, par parenthèse, me rappelle que, suivant un bruit, le brave père de notre Bernard, se désolant un jour auprès de Magendie de voir son Claude engagé dans un *état* où l'on risquait de mourir de faim, le rude vivisecteur le précipita à genoux devant son fils. Donc, le duc Charles fit ses études médicales, fut reçu docteur il y a une dizaine d'années, devint en 1877 président de la *Société des sciences naturelles*, subit un peu plus tard les examens d'aptitude pour l'exercice de la médecine, et se donna d'abord pour clients les pauvres de ses domaines. Mais bientôt prenant un goût particulier à l'ophthalmologie, il l'étudia spécialement à l'hôpital général de Vienne, sous la direction de Arlt, dans le service duquel il pratiqua sa première opération. C'était sur une personne de soixante ans, atteinte d'un cancer épithélial de la paupière supérieure, dont l'ablation fut suivie d'une autoplastie au moyen d'un lambeau pris sur la tempe. Le tout fut dextrement exécuté et la réussite fut complète. Le professeur Arlt fait grand cas du savoir et de l'habileté de son auguste élève et a même écrit à son sujet une lettre enthousiaste au Collège des médecins. Comme on aime assez, quand on choisit son Esculape, à connaître sa situation personnelle et que le mariage du médecin a été le sujet de plusieurs dissertations, ainsi que je viens de le lire dans l'article Déontologie du *Dictionnaire encyclopédique*, je vous dirai, cher confrère, que le duc est marié en secondes noces à la belle-sœur de l'archiduc Charles-Louis, frère de l'Empereur ; sa première femme était fille du roi Jean de Saxe. Vos clients devront le demander sous le nom de *duc-médecin*. C'est ainsi qu'on le désigne ordinairement.

— Vous n'êtes pas sans avoir lu dans les journaux politiques et même de médecine, que certains pharmaciens refusant de recevoir dans leur officine les blessés ou malades relevés sur

nir des moyens d'études. L'enseignement pratique est organisé de telle sorte, aujourd'hui, à la Faculté de médecine de Paris, que le médecin qui veut devenir un anatomiste, un anatomo-pathologiste, un physiologiste, même un histologiste, ou qui désire poursuivre ses études vers la chimie biologique, la physique médicale, voire l'histoire naturelle médicale, etc., y trouve tous les éléments dont il peut avoir besoin; il peut s'y livrer à des recherches personnelles sous la conduite d'éminents maîtres, plus aptes que ceux des autres ordres d'enseignements, à connaître les habitudes de son éducation scientifique; n'y a-t-il donc pas intérêt à permettre à ceux qui ont la légitime ambition de rechercher « l'influence si complexe des lieux, des milieux et du régime sur la conservation de la santé », de poursuivre leurs études, comme dans toutes les autres Écoles médicales du monde entier, avec les moyens si libéralement mis aujourd'hui à la disposition de la science médicale? N'y a-t-il pas intérêt aussi à pouvoir indiquer à tous les futurs médecins, grâce à cet enseignement et en quelques leçons de démonstration, les notions pratiques qui leur sont indispensables pour surveiller et conseiller tout au moins en connaissance de cause l'hygiène publique dans les pays où ils doivent exercer? Poser ces questions, c'est, il nous semble, les résoudre.

A.-J. Martin.

Contributions pharmaceutiques.

DES LAVEMENTS AU CAMPHRE

Par le temps de fièvre typhoïde qui court, nous recevons souvent des prescriptions de lavements camphrés. Généralement, on nous recommande d'ajouter un jaune d'œuf pour faciliter le mélange et obtenir une préparation à l'abri de tout reproche.

La raison qui a fait choisir cet intermédiaire est bien simple :

Le camphre se dissout facilement dans les huiles; or le jaune d'œuf contient une huile très lubréfiante; en outre, c'est un agent employé fréquemment dans les émulsions; il doit donc réussir dans ce cas-là. Eh bien, il n'en est rien.

Cette assertion va certainement causer quelque surprise; mais elle n'en est pas moins exacte, et j'ai tous les jours l'occasion de le constater.

Effectivement, le jaune d'œuf se délaye avec facilité dans l'eau; mais il ne contient aucune substance susceptible de maintenir le camphre en suspension dans ce véhicule. La mixture que l'on obtient ainsi, n'est jamais homogène. Bien plus, quelle que soit la ténuité du camphre, il arrive souvent qu'en le triturant avec le jaune d'œuf, il se forme des grumeaux que l'on ne peut plus diviser, et qui rendent la préparation encore plus défectueuse.

Il était donc nécessaire de trouver un agent qui permît de respecter la formule, c'est-à-dire l'addition du jaune d'œuf, et qui fournît un mucilage capable de donner une émulsion parfaite.

Cet adjuvant, c'est la gomme arabique en poudre.

Elle remplit toutes les conditions désirables. Son rôle ne se borne pas seulement à la bonne confection de l'émulsion et à sa conservation; elle est un intermédiaire précieux pour la division préalable du médicament.

Voici donc la formule que je propose :

Camphre	1	gramme.
Gomme pulvérisée	2	—
Jaune d'œuf n° 1		
Décoction de graines de lin	250	—

F. s. a.

Tout ce qui précède s'applique également au musc; mais je préfère, pour ce dernier produit, le procédé que j'ai donné dans le précédent numéro.

Picrre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Remarques sur quelques points relatifs a l'histoire de la fièvre scarlatine, par M. le docteur Ch. Viry, médecin en chef de l'hôpital de Milianah.

En 1880, j'ai observé à Aumale (Algérie) une épidémie de scarlatine qui a sévi sur la population civile et sur la population militaire de cette ville (1). Cette épidémie a présenté quelques faits qui m'ont paru assez intéressants pour être rapportés ici.

(1) Dans un travail présenté au Conseil de santé des armées et à l'Académie de médecine et intitulé : *Observations et remarques relatives à une épidémie de scarlatine*, j'ai étudié cette épidémie dans tous ses détails et exposé l'histoire de chaque malade en particulier.

la voie publique, le directeur de l'Ecole de pharmacie venait de leur rappeler qu'ils manquaient ainsi à l'une des conditions d'ouverture de toute officine. Cette note ne pouvait être exacte. Quel droit s'arrogeait le directeur de l'Ecole de pharmacie? Participe-t-il des pouvoirs du préfet de police? En fait, il n'a transmis sur ce sujet aucun avis à ses confrères, et, s'il l'eût fait, nous avons d'excellentes raisons de penser que c'eût été pour soutenir leur prétention au point de vue exclusif de la légalité. La condition d'exercice dont on parle est imaginaire; de plus, l'exercice de la médecine est interdit aux pharmaciens, et c'est le principe sur lequel ils appuient leur refus de secours.

La difficulté est facile à éclaircir. Ce n'est pas parce qu'on prête au pharmacien un droit de pratique médicale qu'on lui amène un patient relevé dans la rue; c'est parce que les moyens de secours se trouvent dans les pharmacies, et non chez les concierges ou les épiciers. La pharmacie, c'est la charpie, c'est la bande, c'est le diachylon, c'est le cordial, c'est l'éther, c'est le perchlorure de fer, ce sont tous les agents de cette médecine d'urgence que la loi n'atteint jamais, dont les municipalités font quelquefois afficher les préceptes dans les mairies, et qui forme le fond des instructions sanitaires journellement répandues par l'autorité. Je ne sache pas qu'on ait poursuivi le roi Louis-Philippe pour avoir pansé et, qui plus est, saigné son cocher. Cela étant, on ne peut s'empêcher de considérer comme un devoir d'humanité, pour le pharmacien, d'ouvrir sa porte à la souffrance en détresse, sauf à n'agir que dans la mesure tracée par ses lumières et par sa conscience.

Aurait-on le droit de l'y contraindre? Je ne le pense pas. Ce ne pourrait être qu'en vertu de l'article 475 du Code pénal, relatif à la réquisition judiciaire. Le paragraphe 12 de cet article vise le cas d'*accident;* mais il paraît définitivement établi en jurisprudence que, pour justifier la réquisition, l'accident ne doit pas être individuel et privé, mais revêtir le caractère d'une calamité publique. Ce bénéfice, du reste,

I

Au cours de cette épidémie j'ai noté 11 cas d'otorrhée : 4 d'entre elles se sont montrées chez des sujets bien positivement scarlatineux, mais seulement à la fin de la maladie, alors que l'angine scarlatineuse était depuis longtemps guérie ; ces otorrhées, par conséquent, ont été absolument indépendantes de toute inflammation du pharynx ; les 7 autres se sont manifestées chez des malades qui n'ont offert à l'observation que quelques phénomènes fébriles sans éruption ni desquamation appréciables et qui n'avaient pas d'angine. Sur ces 11 otorrhées, 9 ont été observées dans les salles même de l'hôpital d'Aumale dans un espace de temps de quatre mois ; c'est là évidemment un chiffre indiquant une fréquence inusitée de l'otorrhée, car me reportant aux statistiques établies pour les années précédentes, je trouve pour les mois correspondants : 2 otites ou otorrhées en 1877, 3 en 1878 et 4 en 1879. Je suis cependant plus frappé de la coïncidence de ces otorrhées avec une épidémie de scarlatine que de leur nombre même et je me demande s'il n'y a pas, entre la fièvre scarlatine et l'inflammation de l'oreille, une relation plus intime qu'une simple juxtaposition de faits pathologiques, s'il n'existe pas, dans l'intoxication scarlatineuse, une détermination morbide spéciale vers les oreilles.

L'otite a été signalée par tous les observateurs comme une complication assez fréquente de la rougeole. On conçoit qu'elle ne soit pas rare dans la scarlatine, par le fait de la propagation possible jusqu'à l'oreille de l'inflammation spécifique de l'arrière-gorge, et pourtant les auteurs n'en font guère mention. En tout cas ils n'en parlent pas comme d'une inflammation isolée, sans lien avec l'angine scarlatineuse ; ils ne rapportent aucun fait semblable à ceux que j'ai recueillis.

Mais s'il est possible que, au cours d'une scarlatine, il survienne une inflammation de l'oreille absolument indépendante des inflammations de voisinage, si, en d'autres termes, l'otite peut être un symptôme spécial de la scarlatine, tout comme l'angine, avec cette seule différence que l'otite est plus rare que l'angine, pourquoi les malades que nous avons vus porteurs d'otorrhées, pendant ou immédiatement avant l'épidémie, n'auraient-ils pas été atteints de scarlatine fruste ? A priori, chacun le reconnaîtra, cette hypothèse n'a rien d'invraisemblable. Au cours d'une maladie dans laquelle la suppuration est aussi fréquente que dans la scarlatine il n'est pas surprenant que l'oreille suppure quelquefois. Les otites, du reste, ont été observées dans presque toutes les maladies infectieuses et puisque des formes frustes de la scarlatine ne se manifestent souvent que par un seul des symptômes de cette maladie, on ne voit pas pourquoi ce ne serait pas par l'inflammation de l'oreille.

Pour prouver d'une façon irréfragable l'existence d'une scarlatine fruste caractérisée par l'otite ou l'otorrhée seule, il serait nécessaire de démontrer qu'un individu souffrant d'otorrhée a, par contagion, transmis la scarlatine, en dehors de tout foyer scarlatineux. Ceci je ne l'ai pas vu, et l'on imagine quelles singulières combinaisons du hasard seraient nécessaires pour réaliser semblable expérience. Mais l'étude des formes frustes des maladies virulentes et infecto-contagieuses est relativement récente et il est pour le moins licite de réunir les observations qui tendent à l'élucider : les hypothèses basées sur les faits sont bien souvent, dans les sciences d'observation, le point de départ d'une connaissance nouvelle : les faits d'Aumale prouvent que l'*otite ou l'otorrhée peut apparaître chez les scarlatineux en dehors de toute relation entre l'otite et l'angine spécifique*, et ils nous engagent à nous demander *si des scarlatines frustes ne peuvent pas se manifester par le seul symptôme otite ou otorrhée.*

L'otite scarlatineuse indépendante de toute lésion de l'arrière-gorge vient d'être observée au cours d'une épidémie qui, il y a quelques mois, a sévi à Romorantin sur les chasseurs à pied du 6e bataillon et qui fera l'objet d'un très intéressant travail que M. le médecin-major de première classe Geschwind, dont j'avais éveillé l'attention sur cette question de l'otorrhée scarlatineuse, a bien voulu me communiquer avant de le publier.

« Une scarlatine normale d'intensité moyenne, dit le docteur Geschwind, s'est compliquée subitement d'otorrhée violente avec perforation du tympan. Cette complication n'est certainement pas née par propagation de l'inflammation du pharynx qui était guérie. »

D'autre part, M. Massonnaud (*Recueil des mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, 1881, 3e série, t. XXXVII, p. 241 et suiv.), relatant trois cas de méningite cérébro-spinale épidémique survenus dans un même régiment, du 17 mars au 28 avril 1880, fait remarquer que ces cas de méningite cérébro-spinale ont été accompagnés d'angines et d'otorrhées bien plus fréquentes que d'ordinaire, puisqu'il compte 76 angines et 26 otorrhées, du mois de janvier au mois de mai, sur un effectif de 1440 hommes.

Ne semble-t-il pas que ces très nombreuses angines et otorrhées sont en relation étroite avec la méningite cérébro-spinale, et si cette dernière est, comme le soutient M. A. Laveran et comme tout me le fait croire, de nature scarlatineuse, les observations de M. Massonnaud, recueillies dans une autre région et en dehors de toute idée doctrinale préconçue, viennent singulièrement corroborer mon opinion sur la réalité de l'existence d'une scarlatine fruste à manifestation localisée dans l'oreille.

---

pourrait n'être pas grand pour le pharmacien ; car il serait souvent obligé d'obéir à un autre genre de réquisition, qui est celui de la foule amassée.

— Permettez-moi de vous signaler une trouvaille archéologique qui fera battre le cœur de MM. les hydropathes ; c'est celle des thermes de Sanxay, dans le Poitou, trouvaille due au P. Camille de La Croix, datant déjà de plusieurs années, mais rendue de plus en plus précieuse par la continuité des fouilles, et qui vient d'être l'objet d'une étude approfondie de la part d'un très distingué collègue de la presse, expert en archéologie comme en médecine, et aussi connu à l'Académie des inscriptions et belles-lettres qu'à celle de la rue des Saints-Pères : je parle de M. Ferdinand Delaunay. Je ne puis vous faire ici la description de ces ruines magnifiques. Qu'il vous suffise de savoir qu'on est en présence de : 1° un temple dédié à Apollon, dieu guérisseur ; 2° de vastes thermes comprenant six piscines, dont trois ont été surajoutées ; 3° un cirque ; 4° très probablement des hôtelleries. Cet ensemble serait unique dans l'histoire des balnéaires de l'antiquité. De plus, le défaut d'encroûtement des conduites d'eau, l'absence de toute eau minéralisée dans la région, donnent à penser que ces thermes étaient alimentés par de l'eau ordinaire, dont les sources, au nombre de cinq ou six, ont pu être déterminées. Les piscines, d'ailleurs, étaient chauffées par des hypocaustes, sortes de calorifères en sous-sol, et les dispositions toutes particulières des diverses piscines tendent à démontrer que ces réservoirs d'eau étaient chauffés à des degrés différents, jusqu'à une pièce enduite de ciment de haut en bas, recevant l'eau de la piscine tiède et servant à l'administration de douches. Bref, un grand établissement hydrothérapique. M. Delaunay le décore du nom de *Vichy du Poitou ;* par esprit de contrariété, je l'appellerais la *Divonne des Celtes*, et ce pour plusieurs raisons. A Divonne, l'eau n'est pas minéralisée ; elle est d'ordinaire employée froide, mais chaude

II

M. A. Laveran, précisant les idées déjà émises par son père (1), le savant professeur d'épidémiologie du Val-de-Grâce, a affirmé avec un grand luxe de preuves qui nous ont paru convaincantes (2) que la méningite cérébro-spinale épidémique est une scarlatine anormale.

Il me semble que cette théorie trouve un nouvel appui dans l'observation que je vais résumer du nommé Challard, Pierre, soldat au 1[er] régiment de chasseurs d'Afrique, entré à l'hôpital d'Aumale le 19 avril 1880 (3). Il nous est apporté les quatre membres complètement paralysés du mouvement: cette paralysie était survenue brusquement pendant la nuit. La sensibilité tactile est diminuée mais non abolie, la sensibilité à la douleur est absolument anéantie comme la sensibilité à la température; il est impossible au malade de s'asseoir; les muscles de la face, du cou, et les muscles respirateurs seuls remplissent leurs fonctions. La miction ne peut se faire volontairement. L'intelligence est nette et les organes des sens, sauf le toucher, fonctionnent normalement.

Le 21, des eschares commencent à se former au sacrum. Le 22, un frisson et le soir température 40 degrés. Le 23, apparition d'un exanthème scarlatineux nettement caractérisé qui disparaît le 24, puis reparaît le 27 et se termine le 2 mai par desquamation en larges plaques.

La mort survient le 5 mai dans l adynamie.

A l'autopsie (quoique le cadavre ait été couché sur le ventre pour éviter tout afflux du sang dans le rachis *post mortem*) on trouve dans toute la longueur du rachis une quantité énorme de sang entre les vertèbres et la dure mère; le sang est en quelques endroits rassemblé en caillots plus ou moins volumineux, dont le plus gros, situé au niveau de la sixième vertèbre cervicale, mesure deux centimètres de long. La dure-mère est très épaisse et rouge dans toute la longueur du rachis Entre la dure-mère et l'arachnoïde il y a du sang liquide et quelques petits caillots. Les vaisseaux de la pie-mère sont fortement dilatés et gorgés de sang On ne constate de pus nulle part. L'examen microscopique après durcissement, pas plus que l'examen à l'œil nu au moment de l'autopsie, n'ont démontré d'altération de la substance de la moelle ni du bulbe.

(1) L. Laveran, *Recherches statistiques sur les causes de la mortalité de l'armée servant à l'intérieur* (*Revue d'hygiène publique et de médecine légale*, 1860, 2e série, t XIII). — Article MÉNINGITE, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

(2) A. Laveran, *De la nature de la méningite cérébro-spinale épidémique* (*Gazette hebdomadaire*, 16 mai 1873. — *Traité des maladies et épidémies des armées*, Paris, 1875, p. 435 et suiv).

(3) L'observation complète de ce malade se trouve dans notre mémoire cité plus haut. Elle a été recueillie par M. le docteur Wissemans, médecin aide-major. Le même jour entrait à l'hôpital un militaire venu d'un autre casernement et chez lequel l éruption scarlatineuse apparut le 24: ces deux malades sont les premiers qui prouvèrent l'existence d'une épidémie de scarlatine.

Le début brusque de la maladie, la paralysie frappant les membres mais épargnant tous les organes innervés par les nerfs encéphaliques, l'absence de fièvre imposaient, malgré la rareté des observations et bien que certains symptômes, tels que la rachialgie et les douleurs irradiées, fissent défaut, le diagnostic d'*apoplexie méningée* (1). L'autopsie l'a confirmé en montrant du sang liquide et des caillots en dehors de la dure-mère et dans la cavité arachnoïde.

Mais ce malade a eu certainement la *scarlatine;* l'éruption caractéristique et la desquamation l'ont attesté. On ne saurait nier une relation intime entre les symptômes de l'apoplexie méningée et la scarlatine, parce que l'éruption n'est apparue que le 23, alors que la paralysie date du 19 ou bien parce que la fièvre ne s'est allumée que le 22. Il est certain, cette vérité est aujourd'hui banale et les faits abondent pour le prouver, qu'il existe des scarlatines fébriles et la fièvre qui apparaît le 22 chez notre malade est attribuable tout aussi bien à la formation d'eschares qu'à la naissance de la scarlatine. D'autre part, les accidents nerveux du début de la scarlatine sont fréquents et trop souvent graves, les hémorrhagies, en outre, ne sont pas rares dans la scarlatine, et il ne serait vraiment pas rationnel de recourir à l'hypothèse, étrange dans le cas particulier, de deux maladies qui, sans relations entre elles, se seraient succédé en se confondant chez un même individu. Nous croyons bien que Challard a eu une scarlatine qui, anormale dès le début, s'est manifestée par des symptômes nerveux résultant de lésions hémorrhagiques intra-rachidiennes et qui s'est affirmée ensuite par l'exanthème qui, étant venu apposer sa signature, a prouvé la nature vraie de la maladie.

Mais alors notre observation devient comme un trait d'union remarquable entre la scarlatine et la méningite. Nous avons en affaire à une véritable scarlatine attestée par l'exanthème et se reliant par la lésion constatée des méninges, aux inflammations spécifiques scarlatineuses de ces membranes. L'histoire de notre malade est un chaînon de cette longue chaîne de manifestations morbides diverses qui, commençant par la scarlatine fruste, aboutit à la forme la plus complexe de la scarlatine, la méningite cérébro-spinale avec ou sans exanthème. Chez Challard, il n'y a pas eu d'inflammation des méninges, mais bien congestion et hémorrhagie des méninges, et il n'y a certes pas une bien grande distance entre ces différents processus : la détermination morbide vers les méninges du virus scarlatineux est ici dé-

(1) Voy sur cette question : Ollivier d'Angers, *Traité de la moelle épinière et de ses maladies*. Paris, 1837, t. II, p. 112 et 129; Hayem, *Des hémorrhagies intra-rachidiennes*, thèse de concours 1872; Leyden, *Traité clinique des maladies de la moelle épinière*, traduction française par E. Richard et Ch. Viry. Paris, 1879, p. 272 et suiv.

quelquefois, et il n'est pas dit que les bains froids aient été exclus des pratiques de Sanxay. Divonne n'a peut-être pas de temple, l'église du village était proche; mais Divonne a un théâtre dont les malades sont les acteurs; Divonne enfin est entouré d'hôtels. Je vous dis en vérité que Sanxay et Divonne sont tout un.

— Un bachelier ès sciences comme vous doit connaître cette « leçon de physique *expérimentale* » sous un bosquet, à laquelle Candide assista sans la chercher? On y songe malgré soi en ouvrant un opuscule qui a pour titre : *Bréviaire de l'amour expérimental.* Et c'est bien de cela qu'il s'agit dans ce coquet petit livre, de près de 200 pages, dont j'ai eu la faveur de recevoir une édition elzévirienne, avec reliure d'amateur. Seulement la méthode pédagogique suivie par le séducteur de tout à l'heure à l'égard de sa jeune élève était celle qui date du paradis terrestre, tandis que l'auteur du *Bréviaire*, le docteur Jules Guyot, en apporte une autre, ou plutôt perfectionne la première, d'après les données de la science anatomo-physiologique, afin de mieux régler, pour le bien de l'humanité et des ménages en particulier, l'exercice de la fonction par laquelle les deux sexes se rendent des services réciproques (1). « Chacun des sens de l'homme, dit l'auteur, est devenu la base d'une science et d'un art dont les progrès ont suivi, d'âge en âge, les progrès de l'esprit humain Le sens générateur seul, le plus puissant et le plus redoutable de tous pour le bien et pour le mal..., est resté sans enseignement scientifique, sans principes *artistiques*, sans analyse *technique.* » Pour ce qui est de l art et du *modus faciendi*, Ambroise Paré avait, il est vrai, dans la *Génération de l'homme*, donné quelques bons conseils en termes assez clairs, que je reproduirais

(1) Jules Guyot, *Bréviaire de l'amour expérimental; méditations sur le mariage, selon la physiologie du genre humain*, avec un *Discours préliminaire*, etc., publié par les soins de MM. Georges Barral et Ch. Dufaure de la Prade. 1 vol. in-18. Paris, Marpon et Flammarion.

montrée et l'on conçoit que la congestion pourra très bien, un jour ou l'autre, au lieu d'aboutir à l'hémorrhagie, conduire à l'inflammation et à la suppuration, c'est-à-dire à la méningite.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

PROCÉDÉ RAPIDE DE DOSAGE DE L'ACIDE SALICYLIQUE DANS LES BOISSONS. Note de M. *A. Rémont*.

Je suppose la réglementation admise, et la proportion maximum d'acide salicylique fixée à 15 grammes par hectolitre pour les diverses boissons alcooliques. J'établis, d'après cela, un type, en dissolvant dans un liquide exempt d'acide salicylique et analogue à celui que je dois essayer, du vin par exemple, la plus forte quantité d'acide salicylique tolérée par la loi, soit 15 centigrammes par litre. Je traite 50 centimètres cubes de ce type par 50 centimètres cubes d'éther, en agitant dans une éprouvette, à plusieurs reprises, puis j'abandonne au repos. J'ai observé que dans ces conditions tout l'acide salicylique était enlevé par l'éther, de telle sorte qu'en prélevant 25 centimètres cubes de solution éthérée j'ai l'acide salicylique contenu dans un volume égal de vin. Ces 25 centimètres cubes sont évaporés, à une température qui ne doit pas atteindre celle de l'ébullition en présence de 10 centimètres cubes d'eau, dans une capsule à fond plat. L'eau dissout ainsi l'acide salicylique, au fur et à mesure que l'éther l'abandonne, et une fois que celui-ci a disparu, on verse la solution aqueuse dans une éprouvette, où on complète 25 centimètres cubes à l'aide des eaux de lavage de la capsule. C'est cette solution aqueuse qui me sert d'*etalon*.

Pour l'essai d'un vin quelconque, j'en prends 10 centimètres cubes que je traite par 10 centimètres cubes d'éther, comme je l'ai décrit plus haut : je prélève 5 centimètres cubes de solution éthérée que j'évapore sur 1 centimètre cube d'eau, puis je complète 5 centimètres cubes, après disparition du dissolvant, en versant le liquide et les eaux de lavage dans un tube gradué d'une capacité de 30 centimètres cubes et d'un diamètre intérieur de 15 millimètres. Dans un tube exactement semblable j'introduis 5 centimètres cubes de liqueur *étalon*, puis je verse goutte à goutte, dans les deux liquides, une solution diluée de perchlorure de fer contenant par litre 10 grammes de sel. On doit ajouter la solution ferrique tant que l'intensité de la coloration augmente; mais il faut éviter un excès toujours nuisible (trois ou quatre gouttes suffisent généralement). La comparaison des teintes peut suffire à l'expert; en effet, si la coloration obtenue dans le cas du vin incriminé est égale ou plus faible que celle de l'*étalon*, on est en présence d'un liquide rentrant dans les limites de la tolérance, et l'on peut passer outre. Si l'on veut avoir une appréciation plus complète, on étend d'eau le liquide plus foncé, jusqu'à ce qu'on arrive à une intensité égale dans les deux cas, et on conclut, par le rapport des volumes, au rapport des poids d'acide salicylique.

DE LA DISTRIBUTION DE L'AMMONIAQUE DANS L'AIR ET LES MÉTÉORES AQUEUX AUX GRANDES ALTITUDES. Note de MM. *A. Muntz* et *E. Aubin*. — Les auteurs ont fait quelques déterminations d'ammoniaque à une grande altitude. Les résultats devaient avoir de l'intérêt au point de vue de la constitution de l'atmosphère, puisqu'on ne possède aucune donnée sur l'existence de l'ammoniaque dans les hautes régions. Ils ont installé leurs appareils au sommet du Pic du Midi, à 2877 mètres au-dessus du niveau de la mer, dans un local mis à leur disposition par MM. le général de Nansouty et Vaussenat, et dans lequel ils ont installé un laboratoire muni de l'outillage nécessaire à des recherches de cette nature. Ils ont opéré par les procédés de M. Schlœsing, avec les appareils qu'il a bien voulu leur confier.

Les chiffres qu'ils ont obtenus ne s'éloignent pas sensiblement de ceux qui l'ont été à la surface du sol; l'ammoniaque est diffusée dans les diverses couches de l'atmosphère, dans des proportions comprises entre les mêmes limites, et l'air venu du large, ayant traversé les mers, en contient des quantités du même ordre que celui qui circule sur les continents. Le nombre des expériences n'a pas été assez considérable pour que l'on puisse en tirer des moyennes applicables à l'influence de la direction des vents, etc. La moyenne générale a été de $1^{mgr},35$ pour 100 mètres cubes d'air.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

M. le ministre du commerce transmet les rapports de MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales de Molitz et de Nassi pour 1880. (*Commission des eaux minérales.*)

M. le docteur *Potain* adresse l'exposé de ses titres scientifiques à l'appui de sa candidature à la place déclarée vacante dans la section de pathologie interne.

M. le docteur *Lombard aîné* (d'Aubagne) envoie un mémoire manuscrit intitulé : *Observations des cas de fièvre typhoïde qui ont eu lieu pendant les années 1877-1880 à Olonzac (Hérault)*. (*Commission des épidémies.*)

M. le docteur *E. Maurin* (de Marseille) adresse une brochure ayant pour titre : *Règles pratiques de l'allaitement mixte*. (*Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

M. le docteur *Netter* (de Nancy) envoie une *Lettre sur les rémissions naturelles dans le cours de la fièvre typhoïde et sur l'action nocive du sulfate de quinine dans cette maladie*. (*Commission des épidémies.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *Reverchon*, une *Étude sur la création d'un Bureau municipal d'hygiène à Lyon*; 2° de la part de M. le docteur *Subert* (de Nancy) une brochure intitulée : *Préjugés du centre de la France relatifs aux maladies des enfants*; 3° au nom de *Sir James Paget*, le premier volume du *Catalogue descriptif du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre*; 5° la description par M. le docteur *Topai* d'une *scie à pinces* imaginée par M. le docteur Allessandro Ceccarelli, pour la résection des os longs.

M. *Mathias Duval* présente, au nom de M. le docteur *C. Morel* (de Strasbourg) et au sien, un *Manuel de l'anatomiste*.

M. *Dechambre* dépose l'article DÉONTOLOGIE ET DICÉOLOGIE MÉDICALES qu'il vient de publier dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. *Gosselin* présente une note de MM. les docteurs *J. Mourson* et *Schlagden* •

---

peut-être si la *Gazette* n'allait que dans les chambres à coucher, et si l'on ne pouvait craindre que des paroles dictées par l'ingénuité d'âme fournissent une pâture à la pornographie courante. Contentez-vous, s'il vous plaît, de savoir qu'il y a des moyens méthodiques d'« esguillonner » et « titiller » les femmes « dures à l'éperon ». Mais le grand chirurgien, évidemment, ne décrit pas cette manœuvre-là avec autant de détails et autant d'esprit scientifique que pour les opérations rendues nécessaires par les coups de flèche ou d'arquebuse. La lacune, vraiment, restait tout entière, et c'est pour la combler que J. Guyot a entrepris son *Bréviaire*. Après l'*Art d'aimer* il fallait l'art de faire l'amour.

Je vois bien que vous attendez le reste. Vous dites : Je ferais volontiers l'amour avec art, *secundum artem*, comme mes ordonnances; mais la manière! Ah! la manière? Eh bien, demandez-la à Jules Guyot lui-même, je veux dire à son petit livre; car, pour ce distingué confrère, que j'ai parfaitement connu, il est mort le 31 mars 1872, à l'âge de soixante-cinq ans, dans une petite bourgade que je connais très bien aussi, à Savigny-les-Banne. C'était une nature perspicace, primesautière, mobile et droite tout ensemble (ce qui était le tour de force), incessamment ballottée entre la physique et la pathologie, entre la télégraphie et la viticulture, entre les ponts rectangulaires-cellulaires et les locomotives, entre des candidatures à l'Assemblée nationale et Sainte-Pélagie, entre des recherches sur l'incubation appliquée au traitement des plaies et des écrits sur les institutions républicaines. Ce *Bréviaire*, dans lequel vous trouverez, librement traitées et franchement résolues, au sujet de l'acte génésique, des questions de convenance, de temps, de nombre, et autres non moins intéressantes, ce *Bréviaire*, dis-je, a été écrit à une date précise, le 18 mars 1859, à l'occasion du mariage du prince Napoléon avec la princesse Clotilde de Savoie. Longtemps confiné dans un cercle d'amis, il fut remis, en 1866, avec mission de le publier, à M. George Barral, ancien élève de Cl. Bernard, et directeur du laboratoire d'histochimie, qui vient de

hauffen, sur de *nouvelles recherches chimiques et physiologiques sur quelques liquides organiques, l'eau des oursins, l'eau des kystes hydatiques et des cysticerques et le liquide amniotique*; ces recherches ont amené la découverte de ptomaines dans ces divers liquides. (Renvoi à MM. Brouardel et Armand Gautier.)

M. *Dujardin-Beaumetz* offre, de la part de M le docteur *Burq*, une brochure sur *le cuivre contre le choléra*, un mémoire sur *la découverte des propriétés anticholériques du cuivre* et une note manuscrite sur *l'antisepticité du cuivre*; et au nom de M. le docteur *Moricourt*, un mémoire sur *le traitement de la fièvre typhoïde par les sels de cuivre*.

M. *Brouardel* présente des cartes de statistique géographique dressées par M. A. Durand-Claye, ingénieur en chef des ponts et chaussées, et relatives au recensement de la population de la Seine en 1881, ainsi qu'à la mortalité typhoïdique actuelle à Paris.

M. *De Villiers* dépose, de la part de M. Delisle (de Chartres), des tableaux synoptiques concernant la protection des enfants du premier âge. (*Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

M. *Besnier* présente, au nom de M. le docteur Martineau, ses *Leçons sur la thérapeutique de la syphilis*, et, en son nom personnel, le sixième et dernier fascicule du tome II de ses *Rapports sur les maladies régnantes*, année 1881.

M. *Depaul* dépose une *Note sur le traitement des catarrhes du vagin, du col utérin et de l'utérus par la méthode de M. le docteur Mercier* (de Besançon).

L'Académie prononce une déclaration de vacance dans la section de physique et de chimie en remplacement de M. C. Bussy.

EAUX MINÉRALES. — Sur les rapports de M. *Armand Gautier*, l'Académie déclare qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, les eaux des sources minérales dites « la Salutaire », à Prades (Ardèche), appartenant à M. Vanveyre, et « le Séguin », à Saint-Fortunat (Ardèche), appartenant à M. le docteur Lebel.

ÉTRANGLEMENT INTERNE, LAPAROTOMIE, GUÉRISON. — En présence d'une obstruction intestinale par volvulus, par invagination ou par des brides, il faut aujourd'hui choisir, déclare M. *Léon Le Fort*, entre l'entérotomie et la laparotomie; il préfère celle-ci parce que, si cette opération ouvre comme la première une issue aux matières intestinales, elle fait en outre disparaître la cause première des accidents. Et à l'appui de cette opinion, il cite l'observation suivante : Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans, atteint depuis six jours d'un étranglement interne lorsqu'il fut appelé à lui donner des soins près de Paris; M. Léon Le Fort pratiqua aussitôt la gastrotomie. Le malade une fois « engourdi » par le chloroforme, une incision de 15 centimètres fut faite sur la ligne blanche depuis l'ombilic jusqu'au-dessus du pubis; le péritoine ouvert, les intestins furent examinés attentivement de proche en proche jusqu'à ce qu'il rencontra une sorte d'anneau fibreux, résistant, épais, formé par des adhérences organisées et qui enserrait l'intestin grêle à 5 centimètres de son abouchement dans le cæcum. L'anneau sectionné, l'intestin fut alors réduit et la plaie fermée. Un mois après, le malade commençait à se promener au dehors, et, fait singulier, sa constitution est devenue plus forte. M. Léon Le Fort n'employa pas la méthode antiseptique et il se borna à appliquer des compresses trempées dans l'eau alcoolisée camphrée, recouvertes d'un morceau de taffetas gommé et soutenues par un bandage de corps.

FIÈVRE TYPHOÏDE, — M. *Legouest* tient tout d'abord à ne pas laisser sans réponse les observations présentées par M. Lagneau au sujet du peu de cas qui serait fait, suivant celui-ci, des observations présentées par les médecins militaires au sujet de l'hygiène des troupes. En réalité, l'administration de la guerre a, depuis quelques années, précisément sur l'avis du service de santé, réalisé les améliorations suivantes : vaccinations et revaccinations, repas variés avec ration de sucre et de café tous les matins, eau alimentaire filtrée, soins de propreté corporelle obligatoires, douches et affusions d'eau chaude données à chaque homme, addition à l'équipement de tous les soldats d'une serviette de toilette, désinfection des casernes, etc. Quant à celle-ci, il importe de distinguer entre les casernes anciennes dont la salubrité varie et les casernes neuves, qui sont généralement dans de bonnes conditions; les casernes nouvelles du système Tollet ne paraissent pas d'ailleurs, jusqu'à présent du moins, offrir à ce point de vue des avantages bien marqués sur les bonnes casernes d'autres systèmes. Il faut aussi noter que l'administration a fait tous ses efforts pour améliorer les latrines, en généralisant, par exemple, l'emploi du système Goux. Aujourd'hui, quand il s'agit de casernes suspectes, on y réduit le plus possible le nombre des hommes; de ce nombre est celle de l'Ecole-Militaire, trop grande et d'installation surannée, de plus, le remblaiement du Champ de Mars, l'insuffisance et le mauvais état des égouts de l'arrondissement et l'imperméabilité du sol concourent encore à son insalubrité. Relevant ensuite l'accusation portée par certaines villes contre leurs garnisons de donner à la population civile la fièvre typhoïde, M. Legouest montre par des exemples et en s'appuyant sur sa grande expérience et celle de ses collègues du corps de santé, que les troupes sont, en réalité, la pierre de touche de la salubrité des villes ; car elles réunissent et condensent toutes les conditions de réceptivité du mal et il est plus juste de dire que les deux populations s'influencent réciproquement. En cas d'épidémie, du reste, les casernes sont évacuées et désinfectées, et toutes les mesures hygiéniques y sont aussi bien prises, quoi qu'on en ait dit, que dans les autres pays. Les questions médicales, dit-il en terminant, sont malaisées à résoudre administrativement, car elles se traduisent par des questions de finances; elles sont l'œuvre du temps, de l'argent, de la persévérance et de la bonne volonté; celle-ci ne fait pas défaut dans le commandement, et l'administration de la guerre n'a pas laissé que d'accéder souvent aux demandes du corps de santé, surtout depuis la loi du 16 mars 1882 et la libérale application qui en est faite en ce moment: « que

---

remplir les intentions de son ami. Que le titre ne vous alarme pas; que le ton léger de la présente lettre ne vous donne pas le change; vous aurez dans les mains une œuvre sérieuse, d'inspiration honnête, dictée uniquement par la physiologie, l'hygiène, la philosophie sociale, et où rien n'entre, idée ou expression, qui soit de nature à éveiller des images obscènes chez d'autres que ceux qui connaissent déjà l'obscénité. Le lexique même (car il en fallait un pour être compris des ménages) est aussi pudique qu'il était possible; le *clitoris*, la *vulve*, le *sperme*, le *spasme génésique* y sont marqués en peu de mots froids et secs comme des étiquettes de vitrine.

Avez-vous vu le musée de Naples? D'une part, des salles communes, où beaucoup de chefs-d'œuvre de sculpture font baisser les yeux à quelques demoiselles; d'autre part, le musée secret, formellement interdit au beau sexe. Eh bien, c'est seulement dans les salles communes que vous introduit Jules Guyot; pour voir le musée secret de la littérature érotique, il faut s'adresser au marquis de Sade ou à quelques-uns de nos livres modernes sur la stérilité.

Que je n'oublie pas de signaler tout spécialement à la finesse de votre goût le morceau qui ouvre le volume. M. Barral a fait les choses en conscience; au lieu de se borner à publier le travail de son ami, il l'a fait précéder d'un *Discours préliminaire*, où le savoir du médecin et l'expérience du moraliste se prêtent un mutuel secours, et se traduisent en pensées ingénieuses, en remarques pratiques et sensées, dans un style pur et délicat. Littérairement, beaucoup de personnes pourront préférer ces pages à celles du *Bréviaire*.

— A propos d'amour, cher confrère, je vous annonce que votre mariage est manqué. La chercheuse de trésors, la citoyenne Cailhava, que je vous avais proposée dans une précédente lettre, a fait *fiasco*. Elle redemande à reprendre ses fouilles dans la basilique de Saint-Denis; mais voilà que le sa-

les familles dont les membres sont appelés sous les drapeaux se rassurent, leurs enfants sont soignés dans la limite du possible actuel et sont l'objet d'une vigilante sollicitude.

Avec M. *Hérard*, l'Académie commence l'étude des moyens thérapeutiques actuellement appliqués dans le traitement de la fièvre typhoïde. Après avoir rappelé combien il était difficile dans cette maladie de discerner ce qui revient aux efforts de l'organisme lui-même et ce qui doit être attribué à la médication, et qu'il existe toujours en temps d'épidémie un génie épidémique particulier qui imprime à l'ensemble des unités morbides qui la composent, un caractère uniforme de bénignité ou de malignité, il montre que l'épidémie actuelle doit être classée en général parmi celles de moyenne intensité. Sur 28 typhiques entrés dans ses salles en septembre et en octobre, il n'y a eu qu'un décès. Lorsqu'il reprit son service, tous ses malades étaient traités depuis quelque temps par M. Jeoffroy, à l'aide du sulfate de quinine à la dose de 3 et 4 grammes par jour; M. Hérard continua ce traitement en donnant le médicament dans des cachets et en faisant prendre ensuite du bouillon et dans la journée 2 à 3 litres de limonade vineuse afin d'en faciliter la dissolution et l'absorption. Le traitement fut très bien supporté, il n'y eut même ni douleurs d'estomac, ni vomissements, ni bourdonnements d'oreilles. M. Hérard se fonda même sur cette tolérance spéciale de sulfate de quinine pour l'employer avec succès dans une fièvre puerpérale survenue chez une nouvelle accouchée.— D'autres médications ont été mises en usage dans le même service : 1° les purgatifs, les toniques, les lotions vinaigrées, les bains à 25 degrés; en cas d'accidents congestifs, les ventouses sèches; s'il y a du délire et de l'agitation, le musc ou l'opium; s'il y a coma, les vésicatoires sous forme de bandelettes juxtaposées, allant du front à la nuque; 2° l'acide salicylique aux doses de 3, 4, 5 et même 6 grammes par jour, 50 centigrammes à la fois; quelques malades eurent des vomissements; l'action de ce médicament paraît favorable, mais il convient toutefois de faire des réserves; 3° l'ergot de seigle, à la dose de 1gr,50 à 2 grammes, a été associé avec succès à l'acide salycilique; mais M. Hérard n'admet pas l'opinion de M. Duboué sur l'action de ce médicament; il ne croit pas que l'affaiblissement musculaire soit le résultat de l'action directe du poison sur les muscles ; le système nerveux et le sang sont tout d'abord malades. En terminant, il estime que, quelle que soit la médication employée, il faut tout d'abord et avant tout surveiller l'hygiène du malade.

M. *Dujardin-Beaumetz* est aussi d'avis que ce qui doit dominer dans le traitement de la fièvre typhoïde, c'est l'hygiène, l'alimentation et surtout la propreté; s'il s'en rapportait à ce qui s'est passé dans son service, il devrait être partisan de l'expectation armée, car il n'a fait application d'aucune méthode nouvelle; il a purgé ses malades de temps à autre, il les a soutenus et nourris et sur 97 il n'en a perdu que 7. Les méthodes proposées répondent à deux indications, suivant qu'on considère l'hyperthermie comme le phénomène le plus grave ou qu'on veuille atteindre surtout les troubles intestinaux et combattre la septicémie : en ce qui concerne l'hyperthermie, on a préconisé contre elle les bains froids par la méthode de Brand et le sulfate de quinine; les premiers sont en défaveur, car ils n'offrent pas plus d'avantages qu'une autre médication et exposent à des congestions redoutables; quant au sulfate de quinine, donné aujourd'hui à haute dose, ou celle-ci est absorbée, et alors le médicament a une action toxique, ou le malade n'est pas empoisonné, mais alors il est rendu tel qu'il a été pris; c'est de plus une médication chère. On a vanté, d'autre part, les désinfectants : le salicylate de bismuth, dont l'action se porte plus aisément sur la partie inférieure de l'intestin. M. Dujardin-Beaumetz déclare qu'il n'en a retiré aucun bénéfice; il considère l'acide phénique comme dangereux et pense que le charbon désinfecte sans doute, mais qu'il n'a aucune action sur le cours de la maladie. Quoi qu'il en soit, l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde est bénigne, ce qui montre combien il importe de ne pas trop compter sur la statistique faite en temps d'épidémie, lorsqu'on veut juger de la valeur thérapeutique d'un médicament.

M. *Blot*, à propos des cas de fièvre puerpérale traitée par M. Hérard à l'aide du sulfate de quinine à haute dose, rappelle qu'il a vu Beau, en 1847-48, l'appliquer sur une grande échelle, à tel point que les accouchées étaient toutes atteintes d'ivresse quinique et ressemblaient à des folles; Beau accusait de nombreux succès, mais il désignait sous le nom de fièvre puerpérale tous les accidents accompagnant l'accouchement et depuis les résultats obtenus n'ont pas été confirmés.

M. *Lagneau* se borne à faire remarquer que M. Legouest a reconnu, comme il l'avait déclaré, qu'un grand nombre de casernes sont défectueuses et souvent trop encombrées.

M. *Jules Guérin* souhaiterait, puisqu'il est affirmé que la fièvre typhoïde est, dans l'épidémie actuelle, plus courte et plus bénigne qu'autrefois, qu'on en précisât la durée moyenne et au bout de combien de temps la guérison a été obtenue.

L'heure trop avancée ne permet pas de répondre à cette demande; M. *Dujardin-Beaumetz* ajoute cependant qu'il a rencontré plus que jamais dans ces derniers temps de ces formes singulières de fièvre typhoïde nettement déterminée (*typhus ambulatoire* des Allemands), pendant la durée desquelles les malades peuvent vaquer à leurs occupations habituelles.

---

vant primicier du chapitre, archevêque de Lépante, vient, dans une dissertation en règle, de prouver par A + B qu'il n'y a, qu'il ne peut y avoir, dans le sol de la cathédrale, aucun trésor, ni ancien ni nouveau, ni du temps de Dagobert, ni du temps des Bénédictins, ni du temps de la Révolution. La rhabdomancienne est donc de mauvaise qualité ; sa baguette divague, elle s'était tournée vers des ossements et non vers des calices et des ciboires en or. Cette femme-là doit être un vampire!

X.

Corps de santé de la marine.— Sont nommés ou promus dans le corps de santé de la marine, après concours :

Au grade de médecin de 1re classe : MM. Brédiam, Boussac, Hache, Palasne de Champeaux, Grisolle, Borel, Gayet, Jouveau-Dubreuil, Cognes, Bonescuelle de Lespinois, Prat, Mercier, Philip, Le Jollec.

Au grade de médecin de 2e classe : MM. Dufour, Dufourcq, L'Honen, Auvergne, Grand, Moursel, Hervé, Fragne, Bouquet, Libouroux, Kergrohen, Michel, Féraud, Amouretti, Thamin, Tréguier, Bourguignon, Suquet, Clavel, Guillarmou, Martin, Marestang, Lallour, de Guyon de Pontourande.

Au grade d'aide-médecin : MM. Salanoue-Ipin, Valence, Bagot, Girard, L'Honen, Carmouze, Martine, Layet, Moussoir, Chové, Depasse, Fallier, Richer des Forges, Féret, Geay de Couvalette, Leb'an, Camail, Garnier, Badet, Bousquet, Cassagnon, Tricard, Cojan, Lamy, Mezergues, Capus, Le Batard, Ollivier, Giberton, Guillou, Bailly, Berthier, Vergoz, Guillabert, Aubry, Seguin, Manoël, Guérin, Noury, Earaud.

Au grade de pharmacien de 1re classe : M. Perrimond-Trouchet.

Au grade de pharmacien de 2e classe : MM. Camus, Vignoli, Dubois, Tambon, Pairault.

Au grade d'aide-pharmacien : MM. Henry, Lamy, Laligne, Thiéry, Cazeaux, Martinenq, Valacca.

Société de biologie.

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE, VICE-PRÉSIDENT.

Résultats de la section du sympathique cervical sur l'hémisphère cérébral correspondant : M. Dupuy. — Nouveau procédé de fixation et de conservation des tracés graphiques par le collodion (collodio-graphie) : M. Hénocque. — Distribution des œufs dans la cavité utérine dans les grossesses gémellaires : M. Budin. — Chaîne de péridiniens : M. Pouchet. — Augmentation et diminution de la perception auditive par la pression faible ou forte sur le conduit auditif externe : M. Gellé.

M. *le Secrétaire général* donne lecture de la lettre de condoléance qu'il a écrite au nom de la Société à M. Davaine fils, au sujet de la mort de son père, et lit ensuite la réponse de M. Davaine fils.

M. *Laboulbène*, chargé par la Société de faire l'éloge de M. Davaine, répond par lettre qu'il accepte cette tâche, qu'il s'efforcera de remplir aussi dignement que le mérite un membre si regretté.

— M. *Dumontpallier* lit une note de M. *Dupuy* dans laquelle l'auteur expose le résultat d'expériences, qu'il a faites sur les effets de la section du sympathique cervical chez les cobayes. Il rappelle d'abord qu'il a été précédé dans ce genre d'expériences par M. Brown-Séquard. Chez un des descendants d'un cobaye ayant subi cette section, M. Dupuy a trouvé l'atrophie de l'hémisphère cérébral correspondant.

— M. *Hénocque* expose un procédé rapide pour transporter sur une feuille de collodion les tracés obtenus sur du papier enfumé (procédé collodiographique).

Le tracé, verni ou non, est étendu sur une lame de verre, on recouvre la face enfumée d'une forte couche de collodion riciné, on laisse sécher le collodion, puis, faisant tremper la feuille dans l'eau, on sépare avec précaution le papier du collodion qui conserve le noir de fumée, et forme une sorte de cliché, lequel peut être immédiatement employé pour les projections, et servir à des reproductions photographiques, à faire des décalquages par le procédé Marion, enfin peut être utilisé pour la photogravure.

M. *Duval*, à propos de cette nouvelle application du collodion, rappelle un moyen ingénieux qui a permis à deux expérimentateurs, ayant d'ailleurs prévenu l'administration des postes, de correspondre pendant plus d'un mois avec le même timbre-poste. Ils recouvraient le timbre d'une mince couche de collodion laissant voir par transparence les plus fins détails du dessin, et recevant seule l'empreinte du cachet d'oblitération. La couche de collodion enlevée emportait avec elle les traces de l'oblitération, et le timbre pouvait servir de nouveau. Quoique prévenus, les employés des postes ne purent découvrir la fraude.

— M. *Budin* fait une communication sur la distribution des œufs dans la cavité utérine dans les cas de grossesse gémellaire. Trois positions types peuvent se présenter : *a*, les deux œufs sont placés l'un à côté de l'autre ; *b*, ils sont superposés ; *c*, ils sont placés l'un devant l'autre; après l'expulsion de l'arrière-faix on peut vérifier l'exactitude de ces données. Dans le premier cas les deux poches présentent chacune une ouverture inférieure ou bien une ouverture unique formée de deux moitiés intéressant l'une et l'autre poches ; il y a deux placentas greffés à l'angle supérieur de la cavité utérine, ou bien un seul placé à la partie supérieure de la cloison séparant les deux poches. Dans le second cas on a une ouverture siégeant au centre de la poche inférieure, et une deuxième occupant la cloison horizontale séparant les deux poches. Les placentas sont séparés et placés sur les parties latérales des poches, ou bien réunis et placés sur les parties latérales, sur les côtés de la cloison horizontale. Dans le troisième cas, la perforation est double et occupe le sommet inférieur, ou bien unique et à cheval, pour ainsi dire, sur la cloison transversale.

La clinique permet jusqu'à un certain point de reconnaître la présence et la position des deux fœtus dans l'utérus. Dans le premier cas envisagé (poches adossées droite et gauche), par la palpation abdominale on sent deux parties fœtales globuleuses tournées en haut et souvent séparées par un sillon correspondant à la cloison verticale et antéro-postérieure; l'auscultation révèle deux foyers maxima des bruits cardiaques, un de chaque côté, ordinairement placés l'un au-dessus de l'autre, parce que les fœtus sont disposés en sens contraire. Dans le second cas (poches placées l'une au-dessus de l'autre), la palpation fait constater une large surface transversale à l'épigastre, et par l'auscultation on entend deux foyers de battements du cœur superposés et sensiblement médians. La troisième position des fœtus est la plus difficile à diagnostiquer ; on ne peut guère la reconnaître qu'à la saillie volumineuse, proéminente de l'abdomen ; le fœtus antérieur empêche l'auscultation du cœur du fœtus postérieur. Dans un cas M. Porak est parvenu à faire le diagnostic de grossesse gémellaire, parce que, profitant du relâchement des parois abdominales il a pu en insinuant ses doigts au-dessus du pubis, déprimer cette paroi et arriver sur le fœtus placé en arrière.

— M. *Pouchet* a eu occasion de faire, il y a quelques mois, en mer une observation très importante sur des êtres (végétaux ou animaux), qu'on connaît bien depuis un siècle qu'ils ont été décrits pour la première fois : les péridiniens. Ces êtres se composent d'un corps d'où partent trois prolongements ou cornes, deux antérieures et une postérieure ; ce corps présente une sorte de cavité ventrale ouverte entre les deux cornes antérieures ; enfin dans la masse protoplasmatique du corps se trouve un noyau, qui jusqu'ici a fait considérer ces êtres comme des êtres unicellulaires. Jusqu'à ce jour on ne les a observés qu'isolés les uns des autres, aussi M. Pouchet a-t-il été très surpris de les trouver disposés en chaîne de trois, quatre et jusqu'à huit êtres unis par le prolongement postérieur. M. Pouchet se demande si l'on ne doit pas attribuer l'état différent sous lequel se sont montrés à lui ces êtres, à la grande profondeur à laquelle ils ont été pêchés et qui serait probablement leur milieu habituel, les observateurs qui les ont décrits jusqu'ici ne les ayant pêchés que sur des fonds élevés. Il incline à penser que les péridiniens ne sont que les cellules d'une algue analogue aux diatomées, séparées les unes des autres lorsqu'elles arrivent à une faible profondeur des eaux de la mer.

— M. *Gellé*, poursuivant ses recherches sur l'audition mono-auriculaire et biauriculaire, a remarqué dans le cours de ses expériences que la pression faible exercée sur le conduit auditif d'une oreille augmente la perception de l'autre oreille, tandis qu'une pression forte diminue cette même perception. Aucune des explications, qu'il a cherchées de ce fait, ne le satisfaisant, il communique purement et simplement cette observation à la Société.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Borate de bismuth : M. Delpech. — Recherches sur l'arsenic dans quelques eaux minérales : M. Byasson. — Traitement de la diarrhée de Cochinchine par les peptones (M. Férus) : M. C Paul. — Traitement de la dothiénentérie par le coaltar : M. John Lemoine.

M. *Delpech* complète une précédente communication (séance du 26 juillet 1882) sur la préparation du *borate de bismuth*. Il rappelle les propriétés antifermentescibles du borate de soude et de l'acide borique, ainsi que leur inno-

cuité manifeste, puisque l'acide borique peut être ingéré sans inconvénient pendant assez longtemps à la dose quotidienne de 2 à 4 grammes. L'azotate de bismuth, universellement employé, n'est peut-être pas exempt de tout danger, par suite de la mise en liberté dans l'intestin d'une certaine quantité d'acide azotique, lors de la formation du sulfure de bismuth; aussi le borate semble-t-il devoir lui être préféré. M. Delpech a préparé le borate vitreux de bismuth anhydre, par la voie sèche, en calcinant dans un creuset le nitrate en présence de l'acide borique cristallisé. Il a également obtenu le borate de bismuth, par la voie humide, par double décomposition du nitrate de bismuth et du borate de soude; cette dernière préparation, plus longue et plus minutieuse, paraît donner un produit préférable au point de vue de son emploi en thérapeutique. On peut également se servir avec avantage d'une poudre de carbonate de bismuth boratée au quart.

M. *Tanret* croit que l'acide borique ne s'oppose pas à la fermentation de tous les germes, car des solutions concentrées de cet acide se recouvrent, au bout d'un certain temps, d'abondantes moisissures.

— M. *Byasson* fait hommage à la Société d'un travail intitulé: *Etude sur la recherche, le dosage et l'état de l'arsenic dans quelques eaux arsenicales.* Il a analysé, à ce point de vue spécial, les eaux minérales de la Bourboule, du Mont-Dore et de Saint-Honoré; ces eaux ne renferment pas l'arsenic sous forme d'arséniates, mais bien d'acide arsénieux et d'arsénites. Leurs propriétés thérapeutiques ne sont, du reste, en rien modifiées par ce fait, les arséniates et les arsénites ne paraissant pas avoir d'action différente.

M. *Bucquoy* désirerait savoir si l'eau de Vals, source Dominique, généralement considérée comme arsenicale, contient en réalité des sels d'arsenic. Une analyse faite par M. Lebaigue n'a-t-elle pas démontré l'inexactitude de ce fait?

M. *Limousin* fait observer que M. Lebaigue a reconnu que l'eau de Vals, source Dominique, ne renfermait pas d'acide sulfurique libre, ainsi qu'on l'avait cru; mais il y a rencontré de l'arsenic, bien qu'en quantité minime et de beaucoup inférieure au chiffre établi par les précédentes analyses. Si les pastilles de la Dominique renferment des sels arsenicaux en plus forte proportion, c'est qu'elles sont fabriquées de toutes pièces, et nullement, ainsi qu'on voudrait le faire croire, avec les sels contenus dans l'eau de la source, concentrée par évaporation. Il en est de même, du reste, des pastilles dites aux sels de Vichy.

M. *Byasson* n'a pas analysé l'eau de Vals. Il a constaté au cours de ses recherches que toutes les eaux ferrugineuses sont arsenicales, tous les minerais de fer renfermant de l'arsenic; mais le fer contenu dans ces eaux se précipite rapidement à l'état de sesquioxyde, entraînant le composé arsenical. C'est même sur ce principe qu'il a basé son procédé de dosage de l'arsenic dans les eaux minérales. Par suite, si l'eau de la Dominique ne conserve pas de fer en dissolution, il est très probable qu'elle ne renferme pas non plus d'arsenic.

M. *C. Paul* rappelle que la plupart des eaux minérales réputées ferrugineuses faibles ne contiennent pas de fer lorsqu'on procède à leur analyse, le sesquioxyde s'étant déposé le long des parois de la bouteille. On est obligé, pour le recueillir et le doser, de laver la bouteille avec de l'acide chlorhydrique.

— M. *C. Paul* communique à la Société, au nom de M. Férus, médecin à l'hôpital de la marine à Brest, un travail sur le *traitement de la diarrhée de Cochinchine par les peptones.* — Cette affection, d'après l'auteur, n'est pas spéciale à la Cochinchine, elle existe également aux Indes, au Sénégal, en Algérie, aux Antilles; il pense même que ce n'est point une maladie propre aux seuls pays chauds, l'influence des climats tropicaux ne se manifesterait que par l'aggravation des symptômes de la diarrhée chronique observée dans les zones tempérées. Quoi qu'il en soit, cette affection est caractérisée par une inflammation du tube digestif, qui étouffe les glandes en tube et modifie profondément les sécrétions intestinales; le foie, le pancréas sont atteints secondairement; la salive elle-même présente des altérations fréquentes. Il en résulte un trouble considérable de la digestion; les aliments non digérés jouent dans l'intestin le rôle de corps étrangers et subissent une fermentation rapide. Il faut donc que l'alimentation des malades présente des propriétés nutritives très marquées, unies à une digestibilité aussi parfaite que possible. Le lait, jusqu'ici, a paru remplir ces indications; on sait que chez l'enfant, dont les glandes intestinales sont encore peu développées c'est l'aliment par excellence; il était donc naturel de l'employer chez les malades atteints de diarrhée de Cochinchine, qui, au point de vue de la sécrétion glandulaire, présentent un « intestin d'enfant ». Il existe cependant un aliment qui est préférable, c'est la peptone. En comparant les deux modes de traitement, M. Férus a pu constater que les douze malades alimentés par lui avec les peptones ont guéri plus rapidement que ceux qui ont été soumis à la diète lactée. Avec les peptones, les selles redeviennent pâteuses au bout de huit jours; elles étaient moulées le douzième jour, et la durée moyenne du séjour à l'hôpital a été de 83 jours; sur ces douze cas il n'y a eu que deux récidives. L'auteur rapporte un grand nombre d'intéressantes observations recueillies à l'hôpital de Brest. Bien que le régime lacté soit excellent, il présente quelquefois l'inconvénient d'être mal toléré par certains malades, auxquels il inspire rapidement un dégoût insurmontable; les peptones, au contraire, sont toujours parfaitement supportées et entièrement assimilées. On donne de trois à six cuillerées à soupe de solution de peptone, ou de quatre à six cuillerées à café de peptone en poudre, dans du lait ou du bouillon dégraissé; on pourrait même, afin de laisser reposer complètement l'intestin, donner des lavements de peptone. L'ingestion de pepsine ou de pancréatine ne pourrait fournir les mêmes résultats; on donne, en effet, ces substances surtout dans le but d'exciter la sécrétion des glandes gastriques ou intestinales, ce qu'on ne peut chercher à produire dans une affection où ces glandes sont malades ou en partie détruites.

M. *Dally* soignait pour la crampe des écrivains une religieuse qui, depuis vingt ans, se nourrissait exclusivement de lait; elle en était arrivée à ne plus pouvoir digérer même ce liquide et dépérissait rapidement. M. Dally prescrivit les peptones associées au lait, et la nutrition se releva immédiatement d'une façon évidente. Il rappelle également qu'en Suisse certains médecins ont l'habitude de faire prendre aux malades, qui supportent difficilement le lait, quelques cuillerées de bouillon, avant d'ingérer le lait lui-même. On sait, en effet, que le bouillon, s'il n'est que bien peu nourrissant, agit du moins comme peptogène et favorise ainsi la digestion de la caséine.

M. *Dujardin-Beaumetz* considère les poudres de viande, unies à la diète lactée, comme supérieures aux peptones dans l'alimentation des malades atteints de diarrhée chronique. Elles sont facilement digérées par suite de leur extrême division, et sous leur influence on voit l'appétit renaître progressivement; on peut dire qu'elles sont peptogènes et qu'elles rendent aux glandes du tube digestif leur fonctionnement physiologique. Les peptones sont toujours acides et quelques estomacs les supportent mal. On emploiera donc les peptones en lavement (ce sont, en effet, les seuls lavements véritablement nutritifs), et les poudres de viande par la voie stomacale. Le malade fabriquera ainsi lui-même sa peptone. Lorsqu'on a obtenu une certaine amélioration, on peut associer la poudre de lentilles cuites à la poudre de viande, puis en dernier lieu la farine de maïs; on sait que cette dernière

renferme une assez notable quantité de matières grasses dont la digestion est plus difficile et exige un fonctionnement plus parfait des glandes intestinales. On obtiendra ainsi d'excellents résultats dans tous les cas où il n'y a pas d'ulcérations.

M. *C. Paul* fait remarquer la différence qui existe entre le traitement des diarrhées de l'intestin grêle et celui des diarrhées du gros intestin. Dans ces dernières, la dysenterie par exemple, il faut s'abstenir de matières animales, telles que le bouillon, l'extrait de viande, et ingérer des féculents; le régime est inverse dans la diarrhée de Cochinchine dont l'origine est dans l'intestin grêle.

— M. *John Lemoine* lit une note sur le traitement de la fièvre typhoïde par le coaltar. Il préfère cette préparation à l'acide phénique à cause des propriétés caustiques de ce dernier et des phénomènes de dépression qui ont parfois suivi son emploi.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André PETIT.

REVUE DES JOURNAUX

Du pneumothorax, par M. WEIL.

Ce mémoire est le travail le plus important qui ait paru depuis longtemps sur le pneumothorax. Il contient une partie expérimentale et une partie clinique. Cette dernière, qui est la plus intéressante, se trouve résumée dans les conclusions suivantes :

1° La majeure partie des pneumothorax de toute forme, nés pendant le décours de la tuberculose, présente de fâcheuses conditions opératoires. Dans les cas désespérés (phthisie aiguë étendue aux deux poumons, déchéance organique considérable, etc.), c'est à peine si l'indication vitale permet une intervention.

2° Dans un nombre limité de cas, ceux dont le pronostic est plus favorable, l'opération répond non seulement à une indication vitale immédiate, mais peut être suivie d'une amélioration considérable et même de guérison.

3° Dans les premières cinq à six semaines, on ne procédera à l'opération que si la dyspnée est telle que l'on puisse craindre l'asphyxie, parce que, à cette époque, la fistule n'est ordinairement pas fermée.

4° Si la dyspnée devient extrême immédiatement après la production du pneumothorax et qu'elle ne puisse être calmée ni par la glace ni par les injections de morphine, on fera la ponction de l'air. Si l'état se reproduit immédiatement, ce qui arrive généralement, cela prouve que la fistule n'est pas fermée; il ne reste alors qu'à laisser la canule en place ou à faire une incision.

5° Si l'asphyxie menace quelques semaines après la perforation, on fera la ponction du *liquide*, qui est alors la principale cause de la dyspnée. Si cela ne suffit pas, parce que l'air prend la place du liquide évacué, il ne reste plus qu'à pratiquer l'opération de l'empyème.

6° Dans les cas où le pronostic est relativement favorable, une tentative opératoire est justifiée même en l'absence d'indication vitale; mais il ne faut pas se hâter et l'on attendra au moins quatre à six semaines. A cette époque, on a le droit de supposer que la fistule est fermée : les malades dont il s'agit n'ont plus de fièvre. L'opération variera d'ailleurs suivant la quantité et la qualité de l'exsudat.

7° Si le liquide a chassé l'air complètement ou à peu près, la ponction est indiquée, mais à condition que l'exsudat ne soit évacué que peu à peu.

8° Dans le cas d'exsudat séro-fibrineux, on répétera de temps en temps l'évacuation de petites quantités (500 à 1000 centimètres cubes) de liquide.

9° Si la première ponction ou une ponction ultérieure fournissait du pus, il faudrait employer le procédé de Senator (modification du lavage de Potain).

10° Si le pus se reproduit rapidement, on passera à l'incision, toujours en supposant des conditions favorables.

11° Si l'exsudat liquide n'a pas de tendance à augmenter et à chasser l'air, de sorte que cinq à six semaines après l'apparition du pneumothorax il y ait encore beaucoup de gaz et peu de liquide dans la plèvre, l'aspiration de l'air semble rationnelle afin de placer le malade dans de meilleures conditions.

12° Enfin s'il s'agit d'exsudats moyens devenus stationnaires avec coexistence d'une masse d'air assez considérable, la ponction aspiratrice du liquide et du gaz paraît indiquée. (*Deutsches Archiv für klin. Med.*, t. XXXI.)

Des relations des fermentations de l'estomac avec l'insuffisance mécanique de cet organe, par M. le docteur NAUNYN.

Dans les travaux modernes sur la dilatation de l'estomac on se préoccupe outre mesure du côté mécanique de l'affection. Ceci est évident pour les lésions très avancées, mais il n'en résulte aucun inconvénient en pratique. Les anomalies du fonctionnement chimique, très faciles à reconnaître en pareil cas, vont de pair avec l'insuffisance mécanique et nul ne songe à en contester l'importance.

Mais plus récemment on a cherché à diagnostiquer ces états pathologiques dès leur début, et alors on reconnut que les lésions mécaniques faisaient défaut. La démonstration du volume extraordinaire ou de l'abaissement de l'estomac ne conduisent à rien, parce qu'il est impossible de fixer des limites normales. Il vaut mieux porter son attention sur les fermentations qui accompagnent toujours l'insuffisance.

Les fermentations pathologiques de l'estomac sont faciles à diagnostiquer par l'examen histologique du contenu stomacal extrait par la pompe, c'est-à-dire par l'existence des ferments et des bactéries. Tous les cas où ces fermentations sont constatées chez un homme qui souffre de gastrite chronique, doivent être considérés comme insuffisance stomacale.

Au point de vue pratique, tous ces cas sont justiciables du traitement par les lavages.

Si l'on n'est pas à même de les faire, on recourra aux agents chimiques. Les antiseptiques, l'acide phénique (0,1) trois fois par jour, l'acide benzoïque, etc., sont, pour l'auteur (avec les lavages et un régime convenable), le meilleur remède.

On doit éviter l'emploi des eaux chaudes avant la disparition des ferments. (*Deustches Archiv für klin. Med.*, t. XXXI, p. 225.)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel d'hygiène industrielle, par M. le docteur Henri NAPIAS. — Paris, G. Masson, 1882.

Il semble que le médecin aura bientôt accompli le vœu du philosophe de l'antiquité et que rien ne lui sera étranger; voici, en effet, qu'il ne craint pas de s'immiscer dans les travaux de l'industrie, pour en contrôler, il est vrai, l'influence sur la santé des ouvriers qui s'y livrent. Et pourquoi le médecin n'aurait-il pas ce droit et n'exercerait-il pas cette fonction, alors surtout que son action n'a d'autre but que l'entretien, pour ainsi dire, des forces productives de l'industrie? M. le docteur Henri Napias, le sympathique et dévoué secrétaire général de la Société de médecine publique et d'hygiène

professionnelle de Paris, a pensé que la réponse devait être nettement affirmative, et dans ce but il a rédigé un ouvrage fort important auquel nous ne reprocherons que son titre, trop modeste, de *Manuel d'hygiène industrielle*. Est-ce bien, en effet, de l'un de ces ouvrages que l'on peut mettre entre les mains de tout le monde qu'il s'agit, et pourrait-on croire qu'il soit si simple de définir ce que le milieu industriel peut avoir de nocif, et de décrire les procédés qui permettent de le rendre compatible avec l'intégrité de la santé des ouvriers? Assurément un tel livre s'adresse à des personnes spéciales, et d'ailleurs les développements que lui a si justement donnés l'auteur, montrent combien la question traitée a acquis d'importance et de sérieuse gravité. Non seulement, en effet, il faut que l'atelier soit salubre dans les diverses parties de sa construction, ce qui est l'affaire de l'architecte et de l'ingénieur, ou plutôt et plus souvent de l'industriel, mais encore il est indispensable de rechercher l'action que le métier exerce sur la salubrité de l'atelier lui-même; or, l'histoire des « grands poisons industriels », c'est-à-dire le plomb, l'arsenic, le mercure, le phosphore, le sulfure de carbone, le cuivre, etc., est du domaine de la pathologie, et nul ne saura mieux que le médecin signaler leurs dangers, en indiquer les remèdes préventifs. Le pouvoir législatif a lui-même, timidement il est vrai, reconnu la compétence particulière du corps médical en pareilles matières, puisque divers commissions techniques et des services spéciaux comptent plusieurs médecins parmi leurs membres. Toutefois, qu'on nous permette de le faire remarquer, la médecine proprement dite n'est pas ici en cause, mais bien l'hygiène pour laquelle la médecine est une des sciences dont elle applique les résultats. C'est ainsi d'ailleurs que l'a bien compris l'auteur, car son traité fait avant tout œuvre prophylactique et, pour y parvenir, les emprunts sont nombreux aux progrès incessants des arts industriels. Un pareil travail exige une grande somme de labeurs, des recherches multiples dans les domaines les plus divers, et ce n'est pas un mérite de peu d'importance que de savoir les coordonner dans un but commun, d'y plier, oserions-nous dire, l'esprit médical. Aussi comptons-nous que ses confrères ne manqueront pas d'en savoir gré à M. le docteur Napias, et qu'ils répondront en même temps en grand nombre à son plus ardent désir en ne restant pas plus longtemps étranger à ces questions d'hygiène industrielle pour lesquelles ils méritent si justement d'être écoutés, pour peu qu'ils les aient étudiées. D'autre part, les directeurs d'usines, d'ateliers, de mines, etc., n'ont-ils pas tout intérêt à accroître les conditions de bien-être des collaborateurs les plus immédiats de leur fortune, et s'il est un axiome dont les sciences sanitaires démontrent chaque jour la justesse, c'est bien celui suivant lequel l'homme ne vaut que par le milieu qui l'environne.

M. Napias a divisé son livre en deux parties, dont la seconde comprend un résumé très complet et très habilement disposé des prescriptions les plus habituelles formulées par les conseils d'hygiène en ce qui concerne les établissements classés. Dans la première, après un résumé de la législation générale de l'hygiène publique en France et de la législation relative aux établissements industriels tant en France qu'à l'étranger, questions pour lesquelles la compétence de l'auteur est si reconnue, il examine successivement l'usine et l'atelier, le milieu du travail, ce qu'il appelle la salubrité extérieure et intérieure, suivant qu'il s'agit des dégagements, de la fumée et de la fumivorité, ou de l'altération des cours d'eau voisins par les résidus solides et liquides des industries, ou même du milieu souterrain et des machines; il passe ensuite à un relevé très exact des dangers et des prescriptions corrélatives concernant la matière elle-même mise en œuvre. Le pathologiste y coudoie à chaque pas le légiste et l'hygiéniste, et l'on ne peut que reconnaître avec quelle clarté ces divers problèmes sont posés et résolus suivant les données les plus récentes de la science. Sachant, par expérience, le talent professoral de l'auteur, nous aimons à penser qu'il ne tardera pas à commenter l'enseignement qui s'en dégage devant un auditoire approprié, et nous faisons des vœux pour que les pouvoirs publics, en présence d'une œuvre aussi utile, permettent bientôt de lui donner asile parmi l'enseignement des sciences et des arts appliqués à l'industrie.

VARIÉTÉS

RÉGIME DES ÉCOLES DE PLEIN EXERCICE ET DES ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE.

M. le ministre de l'instruction publique vient d'adresser à MM. les recteurs la circulaire suivante :

Paris, le 4 novembre 1882.

Monsieur le recteur,

La constitution des écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie et des écoles préparatoires a donné lieu, de la part de ces écoles et des conseils académiques, à un grand nombre de vœux qui ont pour objet d'appeler des modifications dans le régime de ces établissements. Il y a lieu de procéder à une enquête d'ensemble sur les diverses questions qui m'ont été soumises et d'appeler à délibérer à cet égard, outre les écoles et les facultés, les conseils académiques. Les points de vue différents auxquels se placeront ces diverses assemblées donneront plus de valeur à une consultation qui ne saurait être ni trop complète, ni trop précise. Il sera facile à ces assemblées de distinguer, dans les questions qui suivent, celles qui sont de leur compétence particulière, celles qu'elles peuvent négliger. Sur toutes, vous devez avoir une opinion personnelle qui sera l'objet d'un rapport d'ensemble.

Il ne vous échappera pas que, si nous ne devons pas encourager les écoles qui donnent un enseignement médiocre et ne sauraient être améliorées, un intérêt général d'un ordre élevé nous engage à tout faire pour concourir à la décentralisation scientifique et multiplier les centres de sérieuses études.

1° Situation matérielle des écoles. — Convenance des locaux. — Salles pour les travaux pratiques. — Organisation de ces travaux. — Sujets pour l'anatomie. — Service des cliniques. — Nombre des lits. — Nombre des opérations chirurgicales. — Internat. — Combien d'officiers de santé et de pharmaciens de seconde classe reçoit l'école? — Combien d'étudiants prépare-t-elle au doctorat, au grade de pharmacien de première classe? — Nombre des élèves. — Que manque-t-il à l'école comme moyens d'enseignement? — Comment serait-il possible de fortifier cet enseignement, d'augmenter le nombre des élèves et de les retenir? — Quel concours l'école pourrait-elle trouver auprès de la Faculté des sciences? — Opinion sur ces questions des présidents de jurys qui ont été siéger dans les écoles.

2° Quel est aujourd'hui le rôle des écoles par rapport aux Facultés; que doit-il être? — Quelle partie des études peut être faite le plus utilement dans ces écoles? — Quelles modifications serait-il nécessaire d'apporter à la réglementation actuelle? — Modifications de détail. — Modifications générales.

3° Quels sont les avantages et les désavantages du mode de recrutement actuel des suppléants nommés au concours? — Que propose l'école ou la Faculté.

4° Quelle action exerce sur les études la préparation à l'officiat de santé et au grade de pharmacien de deuxième classe?

5° Quels changements pourraient être apportés, dans l'intérêt général des études, aux conditions de la scolarité et au droit des écoles en matière d'examen?

Les écoles et Facultés ajouteront à ces questions toutes celles qu'elles jugeront convenable de traiter. Plusieurs des renseignements de fait qui sont demandés plus haut ont déjà été adressés à mon administration; mais ils doivent être donnés à nouveau dans l'enquête pour permettre au Conseil supérieur de se faire une idée précise de l'état des écoles en ce moment même; ils comportent du reste des appréciations que les écoles, les Facultés et les conseils académiques devront faire aussi précises qu'il est possible.

PROJET D'UN GRADE SUPÉRIEUR AU DOCTORAT EN MÉDECINE.

Voici la circulaire de M. le ministre de l'instruction publique annoncé dans notre dernier numéro.

Paris, le 30 octobre 1882.

Monsieur le recteur,

Le vœu a été plusieurs fois exprimé qu'il fût créé un grade supérieur au doctorat en médecine, sous le nom de doctorat ès sciences médicales. Je vous prie de consulter, à ce sujet, les Facultés de médecine, les Ecoles de plein exercice, les Ecoles préparatoires et les conseils académiques.

Pour que les diverses opinions qui seront exprimées puissent être plus facilement comparées, les questions suivantes devront être successivement examinées. Les assemblées de professeurs et les conseils académiques ont naturellement toute la liberté d'étendre ensuite la discussion et d'exposer tel système qui leur paraitra convenable :

1° Utilité, au-dessus du doctorat en médecine, qui est surtout un grade professionnel, d'un grade supérieur supposant des connaissances plus complètes et plus scientifiques, des études plus personnelles et plus originales.

2° Outre le doctorat en médecine, quelles exigences pourrait-on imposer aux candidats au doctorat ès sciences médicales (internat, prosectorat, concours des hôpitaux, grades pris dans les Facultés des sciences, etc.)? — Quelles équivalences pourraient être établies entre les diverses preuves de travail et de mérite que le candidat aurait données?

3° Comment devraient être constituées les épreuves?

I. Devraient-elles être précédées d'une scolarité fixe ou exiger seulement des connaissances spéciales que le candidat aurait acquises en pleine liberté? — Quelles devraient être les épreuves? Une double thèse originale suffirait-elle? - Cette double thèse devrait-elle être accompagnée d'interrogations sur d'autres sujets? — Une des thèses pourrait-elle être remplacée par des propositions que choisirait la Faculté?

II. Y aurait-il lieu d'exiger du candidat qu'il prît chacune des thèses dans des ordres différents d'études correspondant aux divisions actuelles de l'agrégation? Pourrait-il se borner à un seul ordre d'études?

Les conditions seraient-elles les mêmes pour les sciences anatomiques et physiologiques, pour les sciences physiques et naturelles, pour la médecine proprement dite et la médecine légale, pour la chirurgie et les accouchements?

En résumé, quels seraient les moyens de donner à ce grade nouveau une haute valeur scientifique?

4° Le doctorat ès sciences médicales devrait-il être exigé des candidats à l'agrégation? Prévoit-on qu'il modifierait les conditions de ce concours en les simplifiant, et qu'il aiderait ainsi à résoudre la question même du concours de l'agrégation, question qui a été mise à l'étude, et sur laquelle les Facultés de médecine ont exprimé des avis différents? — Ce grade devrait-il être exigé des candidats aux suppléances pour les Écoles de plein exercice et préparatoires? — Dans quelle mesure pourrait-il remplacer les concours, et permettrait-il de modifier les conditions de recrutement en usage aujourd'hui dans ces Ecoles?

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. les docteurs Castex, Ramonède et Routier sont nommés, pour une période de quatre années, prosecteurs, en remplacement de MM. Duret, Segond et Reynier.

HÔPITAL DES ENFANTS MALADES. — Le docteur Jules Simon commencera son cours de thérapeutique infantile le mercredi 15 novembre, à neuf heures, et le continuera les mercredis suivants, à la même heure. — Le samedi, consultation clinique.

CONSEIL MUNICIPAL. — Sur le rapport de M. Thulié, le Conseil autorise M. le directeur de l'Assistance publique à suivre, devant la Cour de Londres, une affaire en recouvrement d'une somme de 5000 livres sterling (125000 francs), léguée par M. Henri Dodd, sujet anglais, à l'hospice des Enfants assistés de Paris. (Conseil général de la Seine, séance du 8 novembre.)

ACCOUCHEURS DES HÔPITAUX DE PARIS. — Les accoucheurs des hôpitaux de Paris nommés récemment au dernier concours viennent d'être chargés de leur service respectif : M. le docteur Budin à la Charité, M. le docteur Porak à Saint-Louis, M. le docteur Ribemont à Tenon, et M. le docteur Pinard à Lariboisière.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — Le concours de l'internat des hôpitaux de Bordeaux vient de se terminer par les nominations de MM. Ferrier, Biard, Sengensse, Ramey et Phélippot comme internes titulaires, et de MM. Osché, Suzanne, Tronchet, Dignat et de Massias comme internes provisoires.

CHOLÉRA DE LA MECQUE. — On télégraphie du Caire, le 7 novembre : « Le bruit qui a couru à Alexandrie, et d'après lequel le choléra augmenterait d'intensité à la Mecque, n'est pas confirmé. Le consul anglais à Djeddah télégraphie, au contraire, que, suivant des renseignements privés venus de la Mecque, le choléra aurait disparu de cette ville. » Mais cette dernière nouvelle, d'origine suspecte au point de vue sanitaire, est contredite par une dépêche officielle du Caire, en date du 8 novembre, d'après laquelle la commission sanitaire a reçu avis de l'inspecteur sanitaire ottoman de la Mecque que 49 décès y avaient été constatés, par suite du choléra, le 29 octobre.

FIÈVRE JAUNE. — Les dernières nouvelles sanitaires reçues de Gorée sont très satisfaisantes Le dernier décès causé par la fièvre jaune est du 21 septembre, et tous les Européens, non acclimatés, ayant été précédemment atteints et guéris, aucun cas n'est plus à craindre. La situation est également bonne à Saint-Louis.

ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE MARÉVILLE. — Un concours est institué pour l'obtention du poste d'interne à l'asile de Maréville. Ce concours s'ouvrira le lundi 11 décembre 1882, à trois heures du soir, à la Faculté de médecine de Nancy. Sont admis à concourir les étudiants en médecine français ayant au moins douze inscriptions pour le doctorat.

MORTALITÉ A PARIS (44e semaine, du vendredi 27 octobre au jeudi 2 novembre 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 995, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 125. — Variole, 4. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 31. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 39.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 184. — Autres tuberculoses, 8. — Autres affections générales, 54. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 44. — Bronchite aiguë, 25. — Pneumonie, 41. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 43; au sein et mixte, 27; inconnu, 5 — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 95; de l'appareil circulatoire, 50; de l'appareil respiratoire, 72; de l'appareil digestif, 60; de l'appareil génito-urinaire, 27; de la peau et du tissu lamineux, 3; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 4.

Conclusions de la 44e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 977 naissances et 995 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient 1018, 1174, 1111, 1077. Le chiffre de 995 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur à chacun des chiffres des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir une atténuation pour la fièvre typhoïde (125 décès (dont 8 militaires) au lieu de 173 (dont 8 militaires) pendant la 43e semaine). A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 4 décès par variole (au lieu de 5), 7 par rougeole (au lieu de 5), 4 par coqueluche (au lieu de 7), 31 par diphthérie (au lieu de 29), 2 par érysipèle (au lieu de 4), 3 par infection puerpérale (au lieu de 2). En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la diphthérie (24 malades reçus du 23 au 29 octobre, au lieu de 29 entrés pendant les sept jours précédents), et supérieur pour la variole (29 au lieu de 8) et pour la fièvre typhoïde (428 au lieu de 406).

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. MASSON. *Propriétaire-Gérant.*

MOTTEROZ, Adm.-Direct des Imprimeries reunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE
L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 16 novembre 1882.

L'ÉTIOLOGIE ET LA PROPHYLAXIE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. ÉTATS CONSTITUTIONNELS ET MICROBIOSE.

Académie de médecine : L'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde.

Était-ce dans l'ancienne chapelle de la Charité ou sous la coupole de l'Institut que siégeait, mardi dernier, l'Académie de médecine? L'embarras pouvait être grand pour l'auditoire de la rue des Saints-Pères qui avait la bonne fortune d'assister à l'une des séances les plus académiques auxquelles il ait encore été convié. Que faut-il le plus louer, en effet, du style si correct et de la forme courtoise et franche dont M. Noel Gueneau de Mussy a su orner sa communication, ou bien du charme, de l'élégante familiarité et de la belle ordonnance du discours de M. Rochard? Hélas! cependant, si la clarté toute française du langage de ces deux orateurs pouvait illusionner les amateurs du bien dire, et leur rappeler les plus brillants souvenirs des luttes académiques, il fallait aussi reconnaître qu'il s'agissait bien des misères humaines, et que les revendications pour lesquelles ils dépensaient toutes les ressources de leur conviction et de leur science, avaient pour but d'éclairer un des plus difficiles problèmes de l'hygiène publique. Or, jamais l'Académie de médecine n'a été mieux informée qu'aujourd'hui, grâce à ces deux discours, des multiples causes d'insalubrité au milieu desquelles se préparent et se propagent à Paris les épidémies de fièvre typhoïde, et jamais on ne lui a montré d'une manière plus précise les remèdes qu'elle est plus autorisée que tout autre à indiquer, afin de faire cesser un si douloureux état de choses. Cette discussion, qui va s'éclairant de plus en plus depuis quatre séances déjà, peut-elle permettre à l'Académie de formuler les conclusions pratiques qu'on attend d'elle et pour lesquelles elle est appelée à exercer la plus précieuse de ses prérogatives? Nous y croyons sincèrement et nous ne saurions trop l'espérer.

Qu'ont rappelé, sinon révélé, MM. Noel Gueneau de Mussy et Rochard? Que la ville de Paris laissait de plus en plus s'encombrer dans des logements étroits, sans air et sans lumière, cette population ouvrière, chaque jour plus nombreuse, qui accourt de tous les points de la France et de l'Europe chercher vie et travail dans son enceinte ; et M. Rochard, empruntant aux recherches statistiques si minutieuses et si complètes de M. Du Mesnil, a pu retracer les progrès continus et corrélatifs de l'insalubrité et des affections transmissibles dans ces milieux. Les mesures à prendre à cet égard sont entre les mains de l'État et du pouvoir municipal plus encore qu'à la disposition des particuliers; l'ouvrier peu fortuné et chargé de famille, l'indigent sont fatalement la proie et la victime de la spéculation publique, si l'autorité — dans le sens le plus élevé et en même temps le plus libéral du mot — ne sait pas avant tout encourager, par les multiples moyens dont elle dispose, la construction d'habitations salubres, en se gardant bien toutefois de faire de ce socialisme d'État contre lequel a si justement protesté M. Rochard aux applaudissements de toute l'Académie.

D'autre part, si l'atmosphère intérieure de l'habitation doit être assainie, il convient aussi que l'air des rues soit mis à l'abri des émanations si aisément et constamment produites dans les grandes agglomérations urbaines; d'où la prompte évacuation des immondices de toute nature et l'éloignement suffisant de toutes les usines insalubres où ces immondices sont recueillies et dénaturées par l'industrie. M. Rochard a montré comment Paris était environné de tous côtés par la foule de ces usines, et il a avec grande raison réclamé l'exécution prompte et intégrale des ordonnances de police qui leur sont applicables ; tous ceux qui sont tant soit peu au courant de ces choses savent que des difficultés nombreuses de tous ordres arrêtent trop souvent l'action tutélaire de l'administration dans ces circonstances ; mais personne aussi n'ignore d'où proviennent ces résistances, le plus souvent de la coalition d'intérêts privés, et tout le monde reconnaît qu'il suffit en pareil cas de vouloir fermement, la loi à la main et elle est suffisante, pour faire cesser les calculs les plus éhontés et arrêter les exploitations industrielles les plus pernicieuses. Quant aux égouts, sur lesquels M. Noel Gueneau de Mussy a plus particulièrement insisté, en les comparant à ceux qu'il a visités dans certains pays

étrangers, il est de toute évidence que le réseau parisien offre de grands avantages au point de vue de sa construction principale, mais qu'il manque plus que partout ailleurs des annexes les plus indispensables et du développement qui peut garantir à tous les quartiers indistinctement les services que ces artères souterraines sont appelées à rendre; nous voulons parler des intermédiaires disposés entre les égouts et les maisons afin d'éviter tout refoulement de gaz, si tant est que l'atmosphère des égouts puisse être nuisible, lorsque leur humidité permet d'immobiliser les microbes des maladies infectieuses; on a, en effet, montré ici même (1881, p. 689), à propos de l'assainissement de Paris et d'après une revue critique que M. le docteur Zuber a faite des plus récentes recherches sur la question, « que le courant atmosphérique de l'égout est incapable, dans les conditions normales de l'égout, de se charger des microbes infectieux qui peuvent être contenus dans les matières excrémentitielles »; les craintes présentées à cet égard par M. Noel Gueneau de Mussy semblent donc aujourd'hui quelque peu exagérées à bon nombre d'hygiénistes des plus autorisés, alors surtout que les conditions de pente et d'abondants lavages d'eau sont réalisés. On sait qu'il est loin d'en être encore ainsi à Paris; mais l'administration n'a pas cessé de poursuivre les travaux nécessaires; il importerait seulement de lui ouvrir des crédits plus élevés.

Quant à la distribution des eaux potables, la situation actuelle présente de véritables dangers, et il faut savoir gré à M. Rochard de l'avoir signalée hautement à la tribune de l'Académie. La satisfaction, — nous allions dire la réclame, s'il ne s'agissait pas d'œuvres qui honorent avant tout les ingénieurs parisiens, — avec laquelle on a bruyamment publié dans ces dernières années l'introduction des eaux de source dans l'alimentation de la capitale serait assurément bien trompeuse si nous devions voir à chaque instant, comme aujourd'hui, les eaux mélangées dans les réservoirs de distribution avec celles des rivières aussi souillées par des immondices de toute sorte que la Seine, la Marne et le canal de l'Ourcq. Les renseignements authentiques fournis à cet égard par M. Rochard ont vivement frappé l'Académie ; une administration soucieuse de la santé publique doit savoir et pouvoir y porter remède.

Reste enfin cette organisation régulière de l'administration sanitaire, ce pouvoir autonome, compétent, responsable, qui a été le vœu des deux orateurs de samedi dernier, comme de ceux des séances précédentes ; nous nous sommes suffisamment expliqué à ce sujet pour ne pas y revenir. Il nous paraît impossible que le gouvernement reste plus longtemps sourd au désir de l'opinion et se refuse encore à l'examen d'un projet si unanimement approuvé par tous ceux qui en ont pris connaissance. Ce sont ces divers points que l'Académie visera sans nul doute dans la conclusion qu'elle donnera bientôt à ces débats, pour le plus grand profit de sa légitime influence et du bien public.

États constitutionnels et microbiose.

Il y a quelques mois à peine, M. Verneuil écrivait, dans l'introduction qui précède le troisième volume de ses *Mémoires de chirurgie :* « Le parasitisme lui-même, que n'a-t-il pas à gagner aux recherches que nous préconisons! Tandis que dans le laboratoire on découvrira les microbes innombrables qui nous détruisent, nous étudierons l'homme comme terrain de leur culture, nous rechercherons quelles chances d'immunité d'une part, de réceptivité de l'autre, leur crée son état antérieur de santé ou de maladie. L'impunité contre l'empoisonnement étant avérée pour certains sujets, on s'efforcera de découvrir l'état organique particulier, les qualités spéciales des humeurs ou des solides chez ces mêmes sujets, les propriétés durables et passagères du sang, faisant de ce fluide un milieu réfractaire à la vie ou impropre à la prolifération du parasite. »

C'est là un séduisant programme, et M. Verneuil semble en avoir déjà fait le sujet de ses réflexions, car récemment nous écoutions une de ses cliniques où il développait en traits rapides quelques-unes des propositions ébauchées dans cette préface. Nous lui avons demandé la permission de publier les notes précises que nous avions recueillies. Certes il eût préféré les mûrir encore et les présenter lui-même avec le degré de certitude que donne le long contrôle d'une observation quotidienne au lit du malade. Mais, d'autre part, pour s'opposer à notre dessein, il sait trop combien la discussion, la critique, la somme de toutes les expériences et de toutes les observations sont nécessaires au développement d'une idée et profite à sa victoire définitive. Ce n'est donc pas une étude finie que nous offrons au lecteur, mais les premiers linéaments de recherches dont la poursuite doit être patiente pour devenir fructueuse.

I

On a semblé croire un moment que le microbe n'a qu'à pénétrer dans l'organisme pour s'y multiplier. La présence du parasite et l'effraction des tissus seraient les deux conditions nécessaires, mais toujours suffisantes pour déterminer l'infection et constituer la maladie. D'après cette théorie facile, quelle que soit, par exemple, la constitution de son individu, que la bactéridie charbonneuse se trouve au contact de son épiderme excorié et l'on verra sous peu évoluer la pustule maligne.

Les observations abondent qui prouvent le mal fondé de cette opinion. L'organisme se défend ; il peut repousser l'agression et parfois le microbe languit ou meurt dans une terre inféconde. Les preuves n'en sont plus à donner : de ceux qu'a mordus un chien hydrophobe tous ne prennent pas la rage; on peut échapper à la diphthérie, à la rougeole, à la variole, à la scarlatine dans le milieu le plus infecté. Tel n'attrape pas la syphilis et la blennorrhagie où successeurs et prédécesseurs les auront gagnées; bien des inoculations échouent et nous pourrions citer, après tant d'autres faits de ce genre, une de nos jeunes clientes de vingt-trois ans, vaccinée depuis sa naissance infructueusement 19 fois de toutes les manières et par tous les procédés. Pour désigner ces privilégiés on a appliqué à leur usage le mot de réfractaires.

Il est, par contre, des individus atteints de préférence ; ils deviennent la proie facile des germes ; leur milieu organique est essentiellement fertile et, pour peu que les spores infectieux pénètrent dans leurs tissus ou ensemencent leurs humeurs, la maladie éclate. Nous parlions tout à l'heure du charbon : les troupeaux, dans les pâturages de la Normandie, n'en sont presque jamais affectés, tandis que l'on connaît ses ravages sur les animaux de labour des provinces voisines. Les inoculations anatomiques ne sont d'ordinaire dangereuses que chez les jeunes surmenés. Enfin, lorsqu'une

ou deux vaccinations sont habituellement suffisantes, ne pourrions-nous pas opposer à ce fait général l'observation d'un médecin des hôpitaux qui, quoique plusieurs fois vacciné avec succès, prenait à l'hôpital une variole, discrète il est vrai, moins d'un an après une inoculation légitime ?

Il ne faut évidemment que des changements bien infimes dans la composition des milieux organiques pour rendre ainsi nos humeurs fertiles ou inféconds. Quelles modifications la syphilis, la variole, la scarlatine, la rougeole, le charbon provoquent-ils dans nos tissus ? La chimie ne saurait guère nous répondre, et cependant l'organisme est, après une première atteinte, devenu impropre à nourrir de nouveau le germe de ses maladies qui n'attaquent deux fois le même individu que d'une façon tout exceptionnelle. Il n'y a plus dans l'économie les mêmes éléments ou la même quantité de ces éléments; les principes constituants se sont modifiés soit en plus soit en moins, et la conséquence directe en est qu'un milieu où jadis pullulaient certains germes est, pour eux, désormais nettement délétère.

Une expérience de laboratoire, que Duclaux rapporte dans son livre remarquable, rend bien sensibles la fragilité des germes, leurs exigences nutritives et leur extrême impressionnabilité. Un liquide de culture contient un cinquante-millième de zinc; une ou deux générations d'*aspergillus* absorberont complètement ce métal, et rendront l'existence d'une nouvelle génération chétive ou impossible. « Dans un tel liquide, un nouvel ensemencement, j'allais dire une nouvelle inoculation, resterait sans effet. »

« Ajoutons, continue M. Duclaux, un seize-cent-millième de nitrate d'argent au liquide nourricier, et la végétation s'arrête brusquement. Elle ne peut pas même commencer dans un vase d'argent, bien que la chimie soit presque impuissante à montrer qu'une portion de la matière du vase se dissout dans le liquide; mais la plante l'accuse en mourant. Supposons que l'aspergillus soit un parasite humain, pouvant vivre et se développer dans l'organisme, et l'envahissant tout entier, la quantité de nitrate d'argent nécessaire pour le faire disparaître du corps d'un homme pesant 60 kilogrammes serait de 40 milligrammes. S'il ne pullulait que dans le sang, 5 milligrammes suffiraient pour arrêter le développement d'un être aussi sensible. » Il est vrai que d'autres espèces pourront vivre où meurt cet aspergillus. Chaque ferment a son liquide ou son milieu de choix, et l'on arrive à cette formule « que tous les sols ne conviennent pas à toutes les cultures, et qu'un terrain fertile est bien vite épuisé ».

II

Les modifications passagères ou constantes du milieu organique influencent donc d'une manière directe l'évolution de la maladie microbique. C'est évidemment, pour me servir des propres expressions de M. Verneuil, telle ou telle qualité des humeurs : sang, lymphe, sérosité des espaces conjonctifs, qui facilite les fermentations et les cultures; et, comme on peut affirmer à priori que la composition chimique des humeurs varie d'une maladie à l'autre, on peut avancer aussi que chaque maladie constitutionnelle, spécifique ou non, fera de l'organisme un terrain plus propre à telle culture qu'à telle autre; en d'autres termes, que les germes morbides trouvent dans les humeurs de tel ou tel diathésique un sol propice, indifférent ou réfractaire à leur développement.

M. le professeur Bouchard nous fait une déclaration semblable dans ses récentes leçons : « Parmi les agents infectieux, il est des espèces qui peuvent prospérer dans le milieu humain, quel que soit son état de santé ou de maladie. Il en est d'autres qui respectent l'homme sain et qui ne trouvent dans ses tissus ou dans ses humeurs un sol favorable que dans certaines circonstances pathologiques qui ont amené une détérioration de l'économie, dans des cas où une altération de la nutrition a provoqué un changement chimique de notre milieu vivant. »

Mais il ne faudrait pas s'en tenir à une affirmation d'un ordre aussi général, et nous allons chercher avec M. Verneuil si l'on peut déterminer déjà les milieux qui conviennent à certains germes et ceux qui arrêtent leur développement.

Les humeurs des rhumatisants, des goutteux et des diabétiques chargées d'acide urique, d'urates ou de sucre, pour ne parler que des produits chimiques reconnus, se prêtent fort bien, nous dit M. Verneuil, à la culture du microbe du furoncle et de l'anthrax, à tel point que l'on peut conclure presque certainement du développement de ces affections locales à l'existence de la diathèse arthritique. — Il est, en effet, depuis longtemps reconnu que l'anthrax est une des complications les plus communes du diabète. Le fait est classique; mais on parle moins de sa fréquence chez les goutteux, les rhumatisants, les graveleux, chez tous ceux enfin que M. Bouchard réunit en un même groupe, les malades « par ralentissement de la nutrition ».

M. Verneuil va plus loin encore, et pour lui les humeurs des scrofuleux conviennent, au contraire, si peu à la culture du microbe furonculeux, que, pour lui, il en est encore à rencontrer un cas d'anthrax chez un sujet actuellement en puissance de scrofule. Cet antagonisme remarquable mériterait d'être confirmé, et il y a là un intéressant sujet d'étude que nous nous proposons de poursuivre. Nous pensons toutefois que l'infécondité du sang scrofuleux n'est pas absolue, et récemment nous observions une jeune fille nettement tuberculeuse; or, elle a eu, autour du genou, une éruption de vingt-cinq furoncles; il est vrai que son père et sa mère sont rhumatisants, et que la malade elle-même est atteinte de douleurs articulaires erratiques. Nous avons donc affaire à une hybride et la proposition du professeur de la Pitié ne se trouve pas infirmée par cet exemple.

M. Bouchard nous donne l'exemple de deux autres parasites qui ne prospèrent, sur le sol humain, que chez certains diathésiques et grâce à certaines conditions morbides nettement déterminées. « Le microsporon furfur du pytiriasis versicolor a une prédilection marquée pour les phthisiques et pour les arthritiques. » Quant à l'oïdium albicans, au muguet, il ne se développe, on le sait, que sur des organismes débilités : au premier âge, chez les athrepsiques, dans la vieillesse chez les faibles et les usés, aux autres périodes de l'existence, chez tous ceux que délabre une grave et longue maladie. On le voit alors pulluler sur les surfaces que lubréfie un mucus acide. La médecine vétérinaire nous offre un fait analogue pour la gale. Delafond et Bourguignon ont démontré que les moutons « bien portants, bien propres, bien entretenus résistent d'une façon absolue à la colonisation des acarus. Soumis à un régime débilitant, ces mêmes moutons prennent au contraire très facilement la maladie. Ramenés à la santé par un bon régime, ils se guérissent tout seuls et se refusent à tout ensemencement nouveau. »

A ces parasites ne pourrions-nous pas ajouter celui de la blennorrhagie, décrit par Hallier en 1872, puis par Salisbury, par Neisser, par Bouchard et Capitan. Il semble prospérer sur tous les terrains; un sol cependant lui

est particulièrement favorable, et lorsque Ricord donnait autrefois une recette demeurée fameuse pour prendre la chaude-pisse, il avait tort d'accumuler seulement les conditions extérieures qui peuvent influer sur le développement du germe infectieux. L'individu qui va être infecté joue un rôle important. Ne voyons-nous pas, chez certains jeunes hommes, la blennorrhagie survenir une première fois au plus léger prétexte, s'implanter dans ce milieu fertile, et y défier tous les efforts du médecin; elle peut s'amender, mais sans s'éteindre complètement, et sa marche désormais chronique s'entrecoupe, au moindre écart, d'épisodes aigus.

Or, ce n'est pas au hasard que s'abattent ces infections graves et persistantes, et l'on pourrait démontrer, croyons-nous, qu'ici encore la diathèse arthritique est le terrain par excellence de ces luxuriantes cultures. Nous avons, par devers nous, plusieurs faits qui nous montrent des chaudes-pisses interminables, à manifestations redoutables et multiples, développées sur des types d'individus à nutrition retardante, et chez eux exclusivement. Une hygiène sage, une nourriture appropriée, l'hydrothérapie, la campagne, l'exercice ont pu seuls tarir un écoulement qui persistait malgré toutes les injections et toutes les capsules de nos meilleurs spécialistes.

III

Les choses se passent précisément à l'inverse, nous dit M. Verneuil, pour un autre microbe, celui de la tuberculose qu'il admet sans réserve, et qui lui paraît virtuellement découvert depuis que Villemin a démontré l'inoculabilité de la granulation et des foyers caséeux. Ce germe ne prospère point ou ne se multiplie que très rarement dans l'organisme arthritique. En revanche il envahit et il détruit avec une énergie extrême l'économie des *scrofuleux*.

Nous touchons ici à une idée fort originale du professeur de la Pitié, sur les rapports de la scrofule et de la tuberculose, et qui pourrait mettre fin aux débats entre les unicistes et les dualistes. M. Verneuil a été longtemps uniciste, et tout récemment encore il croyait à l'identité de nature de la scrofule et du tubercule. Ce dernier produit, à ses yeux, constituait la traduction anatomique la plus grave de la diathèse strumeuse; il était à la scrofule ce que la gomme est à la syphilis, le cancer à l'arthritisme, et M. Verneuil faisait de son mieux pour imposer silence aux objections qu'éveillaient dans son esprit: la coïncidence de la tuberculose avec le cancer, l'apparition rare, mais indéniable de cette tuberculose chez des sujets n'ayant jamais eu la moindre trace de scrofule, la transmission héréditaire de la strume et la contagion évidente de la tuberculose.

Aujourd'hui ses scrupules sont dissipés; il a trouvé le moyen de s'accorder avec lui-même: la scrofule et la tuberculose sont deux états morbides distincts; le premier dérive d'un trouble de la nutrition, le second est dû à une invasion parasitaire. On donne raison aux dualistes, mais on offre aux unicistes une honorable voie de retraite. En substituant à la notion d'identité celle de l'affinité extrême, de la dépendance presque complète, on efface les contradictions apparentes entre les résultats de l'observation clinique et ceux de l'expérimentation.

On entrevoit alors, continue M. Verneuil, la solution de plusieurs problèmes qu'on trouvait jadis bien obscurs. Naguère on admettait un antagonisme entre le paludisme et la tuberculose; aujourd'hui les opinions contradictoires se croisent encore sans se détruire. Il y a sans doute là un vice dans la manière dont on a conduit les recherches. Considérons le paludique comme terrain de culture, et examinons s'il est ou non favorable à la prolifération du microbe tuberculeux; cherchons, en d'autres termes, si un sujet exempt jusqu'alors de toute tare organique, et commençant sa vie morbide par l'intoxication de la malaria, résiste mieux dans la suite au microbe tuberculeux ou si, au contraire, il devient plus facilement sa proie. Réciproquement si le tuberculeux (M. Verneuil ne dit pas le scrofuleux) devient le terrain de culture, il faut voir quelle est, dans un pays palustre, sa réceptivité pour le microbe de la malaria.

« Qui sait si l'on n'en arriverait pas à démontrer, — je fais ici une supposition tout à fait gratuite: — 1° que le terrain ensemencé de paludisme ne nourrit guère la graine tuberculeuse, auquel cas Boudin aurait raison; 2° que tout au contraire, le phthisique envahi par la fièvre intermittente en subit plus volontiers les atteintes et en présente plus aisément que tout autre les formes pernicieuses.

» A défaut de l'homme sur lequel nous ne pouvons actuellement semer et cultiver le microbe, nous avons largement ouvert le champ de l'expérimentation sur les animaux, à la condition toutefois de choisir, pour ces recherches, les terrains nettement favorables ou défavorables à la culture. Ces sols différents sont fournis par les diverses espèces animales qui, pour quelques-unes d'entre elles au moins, représentent assez fidèlement les grandes diathèses de la race humaine. Pour étudier par exemple, les points relatifs au microbe des affections gangréneuses on ne choisira ni le chien ni le chat, mais bien le mouton ou le bœuf. Pour cultiver la tuberculose il n'y a pas de milieu préparé par la scrofule, mais on prendra le singe ou le veau de préférence au cheval ou au porc.

» Comme nos cachectiques qui sont presque sans défense contre la pluralité des microbioses, certains animaux, les lapins par exemple, reçoivent et font prospérer tous les germes, depuis ceux de la septicémie jusqu'à ceux de la tuberculose, en passant par les bactéridies du charbon. Et semblables à certains sujets qui, impunément, habitent les milieux les plus malsains, traversent les épidémies les plus meurtrières et s'exposent le plus imprudemment aux contagions les plus graves, le sordide pourceau reste à peu près réfractaire à toutes les inoculations. »

Voilà, reproduite dans ces traits principaux, l'importante clinique de M. Verneuil. Si nous la publions, c'est pour élargir au delà des élèves habituels du professeur de la Pitié le cercle de ses auditeurs. D'autres apporteront peut-être, pour la réalisation de ce vaste programme, leur contingent d'observations et le résultat de leur expérience. Après tout, pourquoi ne verrions-nous pas refleurir encore, pour le plus grand bien de la thérapeutique et de l'hygiène, les études d'étiologie à peu près délaissées par notre génération chirurgicale?

Paul RECLUS.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

RECHERCHES DE LA GLYCOSURIE CHEZ LES PALUDIQUES, par le docteur F. SONEL, médecin-major de 1re classe.

(Fin. — Voyez le numéro 44.)

Voici maintenant deux observations du groupe des comateuses:

Obs. IX. *Fièvre pernicieuse comateuse.* — T... (François), soixante-deux ans, en Algérie depuis 1847, employé au moulin de Ras-el-Aioun, situé à 84 kilomètres de Sétif, sur un oued des plus malsains, entre à l'hôpital le 8 août. Ancien paludéen, il est pris d'accès depuis une quinzaine de jours. Apyrexie à l'entrée; il est absolument exténué. Bien qu'il prît du sulfate de quinine à la dose journalière de 1 gramme à 1gr,20, la fièvre reparaît le 11 dans la journée. Malgré des doses augmentées, état comateux le 14, à huit heures du matin, et mort à deux heures de l'après-midi. L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

Températures.— Le 12, matin, 39°,2; soir, 39 degrés.— Le 13, matin, 38°,8; soir, 38°,4. — Le 14, matin, 40°,2.

Autopsie. — Un peu au-devant de l'ombilic et à gauche, petit abcès profond de la paroi abdominale.

Crâne.— La dure-mère est normale. Exsudation fibrineuse généralisée dans les mailles de la pie-mère, plus marquée le long des vaisseaux; elle est également répartie à toute la surface de l'encéphale. La pie-mère se détache facilement du cerveau, qui est sain, mais très anémié.

Thorax.— Emphysème pulmonaire en avant; engouement passif en arrière et aux bases. — *Cœur* normal, son tissu est flasque.

Abdomen.— *Foie* pesant 2 kilogrammes, d'apparence normale. — *Rate* adhérente par sa face cutanée; un épaississement cartilagineux de la capsule se trouve à la face interne; elle est ramollie et se déchire quand on l'extrait; son poids est de 460 grammes.— Les *reins* présentent chacun un petit kyste contenant un liquide à peu près séreux.

L. Colin a rencontré une lésion analogue de la pie-mère dans trois autopsies de paludéens (*Traité des fièvres intermittentes*, p. 235 et 349), néanmoins c'est là un fait assez rare.

Obs. X. *Fièvre tellurique pernicieuse; accès soporeux; guérison.* — R... (Louis), âgé de quatorze ans, habitant le village de Beni-Fonda, gardant le troupeau de ses parents, ayant des antécédents palustres notables, tombe malade le 30 juillet. Il est amené à l'hôpital le 2 août, vers dix heures du matin, complètement exténué. Température, 39°,4. 80 centigrammes de sulfate de quinine lui sont aussitôt administrés. Dans l'après-midi, état soporeux; il répond un mot ou deux à des sollicitations vives, pressantes et réitérées. A quatre heures, température, 40 degrés. Injections sous-cutanées de 1gr,50 de sulfate de quinine. L'accès prend fin dans la soirée. A six heures, température, 38°,8.

Apyrexie le 3 août; accès modéré et normal le 4; épistaxis le 5; apyrexie les jours suivants.

L'urine du 2 août, dans la soirée, et celle de la nuit qui suit contient des traces d'albumine, mais pas de sucre.

La fièvre pernicieuse soporeuse est celle qui se présente, le plus souvent, à l'état d'accès bien défini; elle est aussi la plus curable, surtout quand, comme ici, on peut intervenir dès le début.

Le groupe des algides est représenté par des cas plus nombreux, dont voici l'énumération.

Obs. XI. *Fièvre pernicieuse algide.*— C... (Dominique), colon âgé de quarante-huit ans, est amené à l'hôpital, le 6 juillet, en état de prostration complète, bientôt suivi de collapsus. Entré à trois heures de l'après-midi, il meurt à dix heures du soir.

Autopsie.— Poumons : adhérences anciennes et congestion à droite. — *Cœur* normal; un peu de liquide dans le péricarde. — *Foie* olivâtre, ardoisé. — *Rate* volumineuse, ramollie, pesant 660 grammes.

La vessie contient un peu d'urine, qui est très faiblement albumineuse, et donne un point de réduction d'oxyde cuivreux après défécation préalable.

Obs. XII. *Fièvre pernicieuse algide.*— F... (François), colon âgé de soixante ans, en Algérie depuis sept ans, ancien paludéen, occupé aux travaux de la moisson, est pris de fièvre le 6 juillet, conduit à l'hôpital le 10. Teinte jaunâtre de tout le tégument; abattement. Etat de collapsus le 11; la connaissance se perd dans la journée. Mort le 12, à quatre heures du matin.

L'urine contient des traces d'albumine, et donne un point de réduction après défécation préalable.

Autopsie. — *Poumons* engoués à la base et en arrière. — *Foie* olivâtre, ardoisé. — *Rate* triplée de volume, pigmentée, ramollie.

Dans ces deux cas, il existe un état mixte d'algidité et de coma; la connaissance est conservée dans les suivants :

Obs. XIII. *Fièvre pernicieuse cholériforme.* — W... (Pierre), âgé de vingt-quatre ans, né en Algérie, colon habitant les environs de Guelma, paludéen, ayant eu des accès en 1881, est repris de fièvre depuis trois semaines environ. Il quitte Guelma le 11 août pour arriver à Sétif le 14 au soir. Les journées des 13 et 14 il ressent un peu de malaise, se lève de bon matin le 15, est un peu alourdi et a de la diarrhée, mais néanmoins vaque à ses affaires. Au retour il prend une petite dose de sulfate de quinine qui est vomie. Vers neuf heures du matin, vomissements répétés, puis diarrhée devenant cholériforme et tellement abondante qu'il remplit plusieurs fois le vase de nuit. A une heure de l'après-midi surviennent des crampes aux mollets, et il est conduit à l'hôpital. Le facies est à peu près normal; la voix n'a pas changé, mais l'haleine et la langue sont froides; algidité prononcée aux membres supérieurs; la peau des doigts est rétractée; pouls filiforme à la radiale, développé à la crurale, où l'on compte 130 pulsations à la minute; respiration fréquente; symptômes de cardialgie; coliques vives ressenties surtout sur le trajet du côlon descendant et de l'*S* iliaque; selles peu abondantes, se composant d'un liquide rosé contenant des produits de la desquamation intestinale; soif vive; anurie absolue; pas de douleur splénique appréciable; crampes aux mollets.

Immédiatement bain d'air chaud donné sous la couverture; injections sous-cutanées de 1gr,50 de sulfate de quinine et de 2 grammes d'éther; lavement opiacé. Les crampes et les coliques se calment, le flux intestinal cesse, mais le pouls ne se relève pas. La dose de sulfate de quinine est portée progressivement à 3 grammes. A six heures du soir, les battements de la crurale faiblissent, et la mort arrive une heure après en pleine connaissance et dans un calme relatif.

A trois heures, température axillaire, 37 degrés; température rectale, 40 degrés.— A quatre heures, température axillaire, 38°,5; température rectale, 40°,9. — A six heures, température axillaire, 36°,6; température rectale, 40°,5.

Peu d'instants après la mort, j'extrais avec la sonde quelques centimètres cubes d'une urine blanche très concentrée, qui, examinée après adjonction d'une petite quantité d'eau, donne un point de réduction, mais, après défécation, le phénomène ne se reproduit plus.

L'autopsie, faite après injection conservatrice d'une solution phéniquée, voit toutes ses conditions troublées. La rate pèse 650 grammes, ce qui, déduction faite du liquide de l'injection, lui donne un poids cadavérique d'environ 500 grammes.

Obs. XIV. *Fièvre pernicieuse algide* (service de M. Dieu). — B... (Honorine), âgée de huit ans, habitant le village de Saint-Arnaud, passant son quatrième été en Algérie, sujette chaque année à des accès de fièvre, est reprise depuis quatre mois. Le 20 août, accès avec vomissements; elle paraît mieux le 21 au matin, mais la fièvre augmente dans la journée et ne la quitte plus. On l'amène à Sétif, où elle arrive le 22, vers deux heures de l'après-midi.

Les extrémités supérieures ont commencé à se refroidir depuis une heure environ; soif vive, abattement, mais connaissance intacte; le pouls se maintient encore. Cependant, malgré les bains d'air chaud, les injections sous-cutanées d'éther et de sulfate de quinine portées à 2 grammes, l'état s'aggrave; le pouls faiblit vers quatre heures et demie, surviennent des vomissements bilieux, et la mort arrive à cinq heures du soir.

A trois heures, température axillaire, 35°,5; rectale, 40°,5. — A quatre heures, température axillaire, 38°,5; rectale, 40°,3. — A cinq heures, température axillaire, 37°,8.

L'urine extraite de la vessie aussitôt la mort est faiblement albumineuse et ne contient pas de sucre.

Autopsie incomplète.— La *rate*, congestionnée, ramollie, pigmentée, pèse 300 grammes.

Obs. XV. *Fièvre pernicieuse algide; mort dans la période de réaction* (service de M. Dieu).— G... (Adeline), âgée de onze ans et demi, habitant le village de Beni-Fonda, aurait contracté la fièvre pour la première fois il y a une dizaine de jours; plusieurs fois elle aurait déliré, la nuit surtout, et présenté des convulsions; elle entre à l'hôpital le 9 septembre dans la journée. La connaissance est complète, mais on remarque des alternatives d'abattement et d'excitation cérébrales; l'enfant est très amaigrie et a le teint terreux; la région splénique est douloureuse à la pression. Injections sous-cutanées de 1 gramme de sulfate de quinine. Température axillaire, 39°,6

A huit heures du soir, les extrémités supérieures se refroidissent. Température axillaire, 38°,9; température rectale, 39°,9. Nouvelles injections de sulfate de quinine à 1 gramme.

Le 10 au matin, l'algidité est plus prononcée. Temp. axil., 36°,4; temp. rect., 38°,8. Soif vive, vomissements fréquents déterminés par la boisson. Injections sous-cutanées de sulfate de quinine à 1 gramme.

A midi, temp. axil., 38°,2; temp. rect., 39°,2; respiration, 24; pouls, 130. Un des vomissements amène une petite convulsion.

A quatre heures, abattement marqué, mais connaissance intacte; les vomissements continuent; soif très vive. Temp. axil., 39°,7; temp. rect., 40°,7. Progressivement, un nouveau gramme de sulfate de quinine a été injecté sous la peau. L'urine n'est ni sucrée ni albumineuse.

La mort a lieu à six heures, précédée de quelques convulsions limitées à la face.

Autopsie incomplète. — La rate pèse 180 grammes; elle est congestionnée, mais pas très ramollie.

L'algidité a été peu prononcée dans ce cas, et le désaccord entre les températures rectales et axillaires peu marqué et de courte durée; on remarquera aussi que des symptômes ataxiques s'étaient montrés les jours précédents, et que la fièvre tellurique peut ainsi revêtir successivement des aspects cliniques différents.

Chez ces malades, le sulfate de quinine n'est plus absorbé même par la voie du tissu cellulaire sous-cutané. Y a-t-il lieu de recourir au poumon, comme le recommandent Claude Bernard et plus récemment Dujardin-Beaumetz (*Leçons de clinique thérapeutique*, t. II, p. 260), sur la foi de deux observations de la thèse de Jousset de Bellesme? J'ai usé des injections trachéales, en 1880, dans trois cas de fièvre pernicieuse; l'insuccès a été constant, et chez un des malades, atteint, il est vrai, d'une forme dyspnéique, j'ai trouvé à l'autopsie des ecchymoses sous-pleurales. Quand les injections sous-cutanées sont sans action, l'absorption par la voie pulmonaire, et surtout la diffusion du médicament par la circulation, me paraissent bien compromises.

Quoi qu'il en soit, devant des insuccès répétés, j'ai voulu tenter de nouveau ce moyen dans le cas suivant; mais la toux et les accès de suffocation qui suivirent l'injection des premières gouttes de liquide m'obligèrent à y renoncer promptement.

Obs. XVI. *Fièvre pernicieuse algide; gonflement du membre inférieur gauche par obstruction veineuse.* — T... (François), vingt-quatre ans, soldat du train des équipages, dans sa troisième année de service, deuxième d'Algérie, était détaché au poste de Takitount, où, sans accès antérieurs, il contracte la fièvre le 16 août. Celle-ci se traduisait surtout, en l'absence de frissons, par des vomissements dans la soirée. Son état empirant les 22 et 23 août, il est dirigé en cacolet sur l'hôpital, où il arrive le 24, à une heure de l'après-midi.

La température axillaire est de 39°,1. Constipation depuis le 18. Ventre tendu, douloureux à la pression. Tout à coup symptômes de collapsus : le pouls devient petit, surtout à gauche; les mains et les avant-bras sont froids; un peu de cardialgie; respiration légèrement pénible, fréquente.

Traitement immédiat par le bain d'air chaud donné sous la couverture, les injections sous-cutanées d'éther et de sulfate de quinine, en débutant par 1gr,50, et portées progressivement, jusque dans la soirée, à 3 grammes. A trois heures, vomissements bilieux, puis consécutifs à la boisson. A cette même heure apparaissent les bourdonnements d'oreille, déterminés par l'absorption du sulfate de quinine. L'algidité prend fin dans la nuit. L'urine contenait des traces d'albumine, mais absence complète de glycose.

Voici les températures relevées pendant l'état d'algidité et le lendemain :

Le 24 août, à 1h,20, température axillaire, 37°,8; température rectale, 40 degrés; pouls, 130; respiration, 64.—A 2h,20, T. axil., 38°,7; T. rect., 39°,9; P., 130; resp., 64.—A 3h,20, T. axil., 38°,5; T. rect., 39°,9; P., 130; resp., 52. — A 4h,20, T. axil., 38°,3; T. rect., 39°,9; P., 120; resp., 44. — A 5h,20, T. axil., 37°,5; T. rect., 39°,6; P., 120; resp., 44. — A 6h,20, T. axil., 36°,9; T. rect., 39°,6; P., 120; resp., 40. — A 8h,20, T. axil., 37°,2; T. rect., 39°,4; P., 120; resp., 40. — A 10h,20, T. axil., 37°,1; T. rect., 39 degrés; P., 120; resp., 40.

Le 25 août, à 5 heures, T. axil., 37°,7; T. rect., 38°,8; P., 120; resp., 36. — A 9 heures, T. axil., 38°,1; T. rect., 39 degrés; P., 120; resp., 40. — A 10 heures, T. axil., 38°,1; T. rect., 39°,1; P., 120; resp., 40.— A 12 heures, T. axil., 38°,4; T. rect., 38°,9; P., 120; resp., 36.— A 4 heures, T. axil., 38°,5; T. rect., 38°,9; P., 104; resp., 36.— A 8 heures, T. axil., 38 degrés; T. rect., 38°,7; P., 104; resp., 36.

Le 26 août, à 8 heures, T. axil., 37°,4; T. rect., 38°,3; P., 76; resp., 28.

Les jours suivants, vomissements assez fréquents, bilieux ou surtout déterminés par la boisson. La constipation ne cède le 25 au soir qu'après des lavements répétés. Sous l'influence du sulfate de quinine, donné en injections sous-cutanées, l'estomac ne pouvant le tolérer, du 25 au 28 inclus, puis par la bouche à dater du 29 août, l'état fébrile oscille autour de 38 degrés. Il n'y a plus d'albumine dans l'urine, mais pas davantage de sucre.

Le ventre reste toujours un peu douloureux, surtout vers la fosse iliaque gauche. Le 9 septembre au matin, gonflement du membre inférieur gauche, qui est douloureux à la pression, surtout au niveau du mollet. Une obstruction vasculaire siège probablement dans la veine iliaque externe. L'état fébrile intermittent à maxima peu élevés, qui persiste, paraît être sous la dépendance de cette lésion et d'un petit abcès au mollet droit consécutif à une des injections sous-cutanées. La fièvre tombe, et l'amélioration se prononce le 13 septembre.

Cette observation montre quelle atteinte profonde reçoit l'organisme, si bien qu'après avoir échappé aux accidents pernicieux le malade ne touche pas encore la guérison. Je n'avais pas, jusqu'à ce jour, rencontré de thrombose en dehors du paludisme chronique.

Les phénomènes d'algidité ont été un épisode aigu au cours de la maladie, et on a pu voir que le collapsus se traduit moins par l'abaissement considérable de la caloricité que par le désaccord survenu entre les températures axillaires et rectales. Les membres supérieurs seuls donnent la sensation d'un froid marmoréen. A mesure que le danger disparaît, la température rectale baisse, et l'équilibre tend à se rétablir entre elle et la température périphérique, qui augmente. En même temps le pouls et la respiration se rapprochent de la normale, car toutes les fonctions ont été atteintes, aussi bien celles de la digestion, comme le témoignent les vomissements et la diarrhée ou la constipation, que celles de la respiration et de la circulation.

La léthalité n'est pas habituellement aussi élevée que dans la série présente. Il faut tenir compte ici des conditions déplorables où se trouvaient la plupart des malades civils observés, et de la prédominance des formes algides, qui sont les plus graves. Cependant, si l'on n'admet comme fièvre pernicieuse que les cas qui méritent réellement cette qualification, on enregistrera toujours une mortalité considérable, en Algérie du moins.

Le cas suivant peut être rangé dans le groupe des bilieuses, bien que l'on ait constaté du délire et que le malade soit mort dans le collapsus.

Obs. XVII. *Fièvre pernicieuse ictérique.*—M..., âgé de trente-huit ans, sans antécédents palustres notables, était employé depuis un mois environ au moulin de Ras-el-Aioun, où déjà trois hommes avaient trouvé la mort. Etait malade depuis huit jours; délire à dater du 1er septembre; ictère le 3. Son état s'aggravant, on le met sur une voiture le 4 septembre, tout au matin, pour le conduire à Sétif. Le froid constaté aux membres supérieurs s'étend au tronc, et il meurt dans le collapsus vers huit heures du matin. Son cadavre est déposé à l'hôpital le 5 au matin.

Autopsie.— Homme robuste; abondance marquée du tissu adipeux; coloration ictérique très prononcée aux conjonctives et généralisée à tout le tégument. Cette coloration se retrouve dans le tissu cellulaire sous-cutané et le tissu adipeux qui revêt ou pénètre les organes.

Cerveau. — Congestion avec œdème de la pie-mère; la substance cérébrale elle-même est congestionnée.

Thorax. — *Poumons* sains.— *Cœur* surchargé de graisse. Les cavités contiennent des caillots noirs.

Abdomen. — *Foie* pesant 2k,420; sa coupe est colorée en jaune par la bile. La vésicule renferme de la bile noire et poisseuse.—

Rate tuméfiée, pesant 410 grammes; la pulpe, ramollie, s'écoule à la façon d'un liquide de la surface de section.—*Reins* normaux. Il existe des ecchymoses de la muqueuse stomacale près du cardia.

La vessie contient un peu d'urine colorée par la bile; absence de glycose après défécation.

La forme de la perniciosité reste ignorée dans ce dernier cas.

Obs. XVIII.— *Cadavre d'un Européen* d'apparence robuste, âgé de vingt-cinq à vingt-huit ans, dont l'identité n'a pu être établie, et trouvé agonisant au voisinage d'un moulin à eau le 1er septembre, vers onze heures du matin.

L'*autopsie*, faite le 2 septembre dans l'après-midi, permet de constater les lésions d'une fièvre pernicieuse. Le *foie*, très pigmenté, pèse 2 kilogrammes. La *rate*, très volumineuse, noire, congestionnée, ramollie, pèse 800 grammes. La *pie-mère* et la substance cérébrale, très pigmentées, ont pris une teinte ardoisée faiblement chocolat.

La vessie est remplie d'une urine qui a subi un commencement de putréfaction; elle est légèrement albumineuse et ne contient pas de sucre.

Je termine par l'exposé d'un cas complexe.

Obs. XIX. *Fièvre pernicieuse; accès soporeux; gangrène gazeuse survenue à la cuisse droite; symptômes ataxiques; mort.* — B... (Constant), âgé de trente-cinq ans, terrassier, en Algérie depuis neuf années, ayant eu des accès antérieurement, mais aucun depuis trois ans, travaillant aux environs de Sétif, entre à l'hôpital le 9 septembre. Il est malade depuis douze jours; teinte ictérique légère du tégument et des conjonctives; rate débordant les fausses côtes, peu douloureuse à la pression. Le malade s'est rendu lui-même à la salle, mais à peine couché il tombe dans un état soporeux; on constate, en outre, des soubresauts de tendons.

A quatre heures, temp., 39°,8. Injection sous-cutanée de sulfate de quinine à 1gr,50.— A six heures, temp., 40°,2.— A huit heures, temp., 39°,9. Un nouveau gramme de sulfate de quinine est injecté progressivement. Sudation abondante dans la nuit; l'état soporeux disparaît. En cherchant à se lever, le malade fait une chute sur le côté droit.

Le 10 au matin, large ecchymose superficielle au bras droit; n'éprouve qu'un grand abattement; apyrexie toute la journée. Sulfate de quinine, 1gr,60 pris par la bouche.

Le 11, la fièvre a reparu; temp., 39°,2. On constate un peu de gonflement à la partie antérieure de la cuisse, qui est douloureuse surtout à la racine du membre. — A midi, temp., 40°,6. Délire actif.— A quatre heures, temp., 40°,2. Délire, soubresauts de tendons, dyspnée, respiration fréquente, teinte ictérique plus prononcée. La cuisse droite est tuméfiée dans toute son étendue; aucun changement de coloration; crépitation emphysémateuse; douleur surtout à la racine du membre; les battements de la crurale sont très nets. — A huit heures, temp., 40°,6. Respiration plus fréquente; arythmie du cœur; soubresauts de tendons excessifs. Mort à neuf heures du soir. A pris 1gr,20 de sulfate de quinine le matin. Injection sous-cutanée de 1gr,20 le soir.

L'urine, examinée à diverses reprises, contient un peu de bile, des traces d'albumine, mais pas de glycose.

Autopsie. — Teinte ictérique des conjonctives et du tégument; elle est étendue au tissu cellulaire et à la trame des organes.

Cerveau.—Œdème des méninges; la substance cérébrale, normale, a une consistance très ferme.

Poumons congestionnés activement.— *Cœur* paraissant normal; un peu de liquide coloré par la bile se trouve dans le péricarde.

Abdomen.—Quelques cuillerées de liquide coloré en jaune dans le péritoine.— *Foie* énorme, ardoisé, fibreux à la coupe, qui présente de grosses granulations; il n'est pas coloré par la bile. Son poids est de 3k,150. La vésicule contient un peu de bile noirâtre. —*Rate* volumineuse, adhérente par sa face externe, péri-splénite avec épaississement cartilagineux de la capsule; elle est congestionnée; sa pulpe, violacée, est diffluente; elle pèse 1k,030. Deux petites rates supplémentaires arrondies comme des billes sont aussi congestionnées et ramollies.— *Reins* normaux.

La *cuisse droite*, tuméfiée, crépitante, est distendue par des gaz d'odeur légèrement fétide, qui ont séparé les divers muscles. On trouve un peu d'infiltration gélatiniforme sanguinolente autour de la gaine des vaisseaux. Dans le petit bassin, on retrouve les mêmes gaz dans la gaine du psoas iliaque, dont les fibres sont tout à fait dissociées; c'est le point où l'altération semble le plus avancée. Les veines iliaques et la veine cave inférieure contiennent des caillots qui crépitent à la pression.

La peau du membre ne présente aucun changement de couleur.

Quelle origine assigner à cette septicémie aiguë, véritable *gangrène gazeuse*, telle que l'a décrite le chirurgien de Lyon Daniel Mollière. Un germe infectieux a-t-il été porté par la seringue de Pravaz? Les injections n'ont pas été faites seulement à la cuisse, et j'ai toujours soin de nettoyer l'aiguille tubulaire après m'en être servi; il n'y a en non plus aucune lésion localisée au niveau des piqûres. Faut-il invoquer un traumatisme, résultat de la chute, chez un homme dont l'organisme est taré par le paludisme et peut-être l'alcoolisme? Mais rien n'est survenu au bras qui, lui, portait des traces sensibles de la chute. Reste l'hypothèse d'une altération spontanée du fait de la maladie elle-même; je ne connais rien de semblable, et je m'abstiens de porter un jugement.

Au moment où je termine ma rédaction, entre un cas nouveau, qui est un second exemple des limites indécises qui parfois séparent l'accès pernicieux de l'accès anormal. Il est à rapprocher, sous ce rapport, de l'observation VII.

Obs. XX. *Fièvre tellurique; commencement d'algidité; guérison* (service de M. Dieu).—G... (Marguerite), quarante-huit ans, détaillante de charbon de bois, depuis vingt-trois ans en Algérie, entre à l'hôpital le 14 mars. Ancienne paludéenne, elle est reprise, sans avoir quitté Sétif de tout cet été, d'accès fébriles depuis une quinzaine de jours. Aggravation dans son état, teint cachectique, vomissements, abattement marqué, rate débordant les fausses côtes, très douloureuse à la pression. Le pouls, à la contre-visite, est petit, les mains et les avant-bras sont un peu froids.—A quatre heures et demie, temp. axil., 38°,4; temp. vag., 40°,5. Sulfate de quinine, 1 gramme en injections sous-cutanées.— A six heures et demie, temp. axil., 38°,4; temp. vag., 39°,7. Nouveau gramme de sulfate de quinine par le même procédé.— A huit heures et demie, temp. axil., 38°,5; temp. vag., 39°,7; pouls, 104; resp., 28. Les extrémités sont réchauffées; les vomissements ont cessé.

Le 15 septembre au matin, temp. axil., 36°,2; temp. vag., 37 degrés. Apyrexie le soir.

L'urine contient de faibles traces d'albumine, mais pas de sucre.

On constate, dans ce cas, une tendance momentanée à l'algidité, c'est la fièvre pernicieuse à son degré le plus faible. La température axillaire était de 38°,4; cependant le léger refroidissement des extrémités supérieures invite à prendre la température vaginale; on trouve une différence de 2 degrés; le rapport normal est détruit; toutefois, ce désaccord ne persiste pas longtemps. Le lendemain, la température axillaire est basse, mais la situation n'est plus la même; c'est l'apyrexie vraie, les rapports normaux existent entre les températures externe et interne.

Cette femme, paludéenne antérieure, n'avait pas quitté la ville; les chaleurs, d'autre part, ont pris fin subitement le 11 septembre, pour faire place à un temps froid. Dans les conditions et sous l'influence d'un traitement institué à temps, l'accès algide est resté à l'état d'ébauche.

Conclusions. — Patiemment j'ai observé, dans un milieu circonscrit, les nombreux paludiques, de provenance variée, qui pendant près d'une année sont entrés dans mon service, cherchant combien sur cent malades il s'en pouvait trouver atteints de glycosurie accidentelle ou non. Je me suis astreint, toutes les fois qu'il a été jugé nécessaire, à n'examiner les urines qu'après défécation préalable.

En résumé, si j'ai constaté, dans des cas peu nombreux, une très faible réduction de la liqueur cupro-potassique. Celle-ci est d'ailleurs tellement minime qu'elle est absolument négligeable; elle est, du reste, sans relation aucune avec les degrés ou les phases de la maladie, et le même fait s'observe en dehors du paludisme aussi bien qu'à l'état physiologique. Je renvoie, pour cette question de la glycosurie normale, à l'important *Traité* de Lecorché et aux documents publiés dans la *Gazette hebdomadaire* elle-même (Lecoq, médecin prin-

cipal de la marine, *Réflexions sur quelques points de la glycosurie*, numéro du 16 janvier 1863, — et Tuchen (de Berlin), *Sur la présence du sucre dans l'urine normale*, numéro du 6 mars 1863).

Je me suis adressé aux paludéens pour rechercher s'ils étaient glycosuriques; c'est la contre-partie de la marche suivie par le professeur Verneuil, qui, chez les diabétiques, poursuit la constatation d'antécédents paludiques.

La haute situation de l'éminent professeur, et sa grande influence personnelle, attirant des communications venues de toutes parts, lui ont permis de réunir quelques faits qui seraient en faveur de l'existence d'une glycosurie paludique.

Mais si l'on remarque que, d'un côté, les paludéens se comptant par milliers, le savant maître ne peut grouper, dans des conditions aussi favorables, qu'un très petit nombre de cas, et que, de l'autre côté, mes recherches sont restées constamment négatives dans l'examen de paludiques frappés à tous les degrés, depuis l'accès simple jusqu'aux formes anormales ou pernicieuses, depuis l'anémie au premier degré jusqu'à la cachexie mortelle, il est permis de se demander si la glycosurie des premiers ne tient pas à une simple coïncidence, et s'il ne faut pas chercher ailleurs que dans le paludisme la relation de cause à effet.

Et, de fait, la plupart des observations, récemment publiées ici même, par le professeur Verneuil portent sur des cas complexes où le paludisme joue un rôle tellement effacé que les malades paraissent être diabétiques, non parce que, mais quoique paludiques.

Le sujet de l'observation I était soumis au chloral, ce qui est une cause d'erreur, l'urine pouvant réduire dans ces conditions la liqueur de Fehling. Quant aux cas plus simples, dans les observations IV et VIII, le diabète est constaté vingt-neuf et vingt-six ans après la disparition de tout accès. Ne pourrait-on pas, à ce compte, établir la même filiation en faveur de la fièvre typhoïde, des fièvres éruptives, de la pneumonie ou de toute autre maladie commune?

Diabète et paludisme ne sont pas incompatibles chez le même individu, cela est incontestable, et on peut admettre que le paludisme, comme tout état morbide qui occasionne un ralentissement dans les échanges nutritifs, est capable d'engendrer le diabète. Mais si le fait était fréquent, combien ne rencontrerait-on pas de glycosuriques dans un pays où le plus grand nombre paye un tribut au paludisme, et où les atteintes répétées ou profondes ne sont pas rares? Or, M. Dieu, médecin en chef de l'hôpital, qui doit rédiger une note à ce sujet (1), n'a pu réunir que cinq cas de diabète, dont trois chez des personnes ne résidant pas à Sétif. Dans quatre cas de diabète gras, une seule malade est manifestement paludéenne; le dernier cas se rapporte à une femme arabe atteinte de diabète maigre avec polyphagie.

On conçoit que, par suite d'une action localisée sur le système nerveux ou sur le foie lui-même, la fièvre tellurique puisse, dans un cas donné, provoquer une glycosurie passagère, comme on observe des troubles fugaces et plus ou moins limités du langage, de la motilité, de la sensibilité; mais, outre qu'il n'y a là qu'une hypothèse non démontrée, le fait serait des plus rares, comme sont exceptionnelles l'aphasie, les convulsions, les paralysies, les hyperesthésies ou anesthésies de même origine. Le trouble fonctionnel le moins rare serait la présence tout à fait transitoire d'une faible quantité d'albumine dans l'urine.

Aussi, d'après mes examens, poursuivis pendant un temps suffisamment long, et comprenant toutes les formes du paludisme, je crois pouvoir conclure, d'une part, à l'extrême rareté, si toutefois sa réalité se confirme, d'un diabète paludique d'origine indirecte par ralentissement de la nutrition générale, et, d'autre part, à l'absence constante, à part la réserve faite au paragraphe précédent, soit d'un diabète passager par toxhémie, soit d'une glycosurie fugace liée aux accès fébriles.

(1) Cette note sera publiée dans un prochain numéro de la *Gazette*.

CORRESPONDANCE

Sur le traitement antizymasique de la fièvre typhoïde.

A M. LE DOCTEUR DREYFUS-BRISAC, MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai lu, dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*, votre article sur les *antiseptiques dans la fièvre typhoïde*, où se manifestent les qualités ordinaires de votre esprit si net et si judicieux. Permettez-moi cependant de plaider, dans cette importante feuille, la cause de ce que, depuis vingt ans déjà, j'ai appelé la *méthode antizymasique*, et que j'ai été certainement le premier à instituer sur des bases scientifiques et rationnelles.

Je ne viens vanter ici ni la créosote, ni l'acide phénique, ni le salicylate de soude, ni tout autre agent analogue; ce sont là pour moi des questions de détail sans intérêt. Ce que je veux défendre avec un véritable amour paternel et une chaude conviction, c'est la *méthode antizymasique* elle-même.

Cette méthode est née dans le laboratoire de mon maître, le professeur Béchamp, où, tout en faisant une série d'études expérimentales sur l'action physiologique de plusieurs importants remèdes, je suivais les mémorables expériences du grand chimiste dont l'enseignement était alors si brillant à Montpellier.

Or, à cette époque — il y a vingt ans déjà de cela — en assistant aux travaux de Béchamp sur les fermentations, en voyant avec lui le rôle immense joué par les *microzymas* (1) et en transportant dans mes études cliniques les faits et les théories du laboratoire, j'eus l'intuition et bientôt la conviction formelle que la fièvre typhoïde était due à l'action d'un ferment spécial, lequel évoluait dans l'organisme en modifiant surtout le sang et en occasionnant ainsi la maladie. De là à chercher à mettre obstacle à l'apparition et au développement des germes morbides par les agents qui s'opposaient à ceux des germes analogues (2) étudiés par Béchamp, il n'y avait qu'un pas, et ce pas je le franchis bientôt. Le *traitement antizymasique* de la fièvre typhoïde était institué et ne tarda pas dans mes mains à conquérir la sanction clinique.

Mais il trouva dès le début et trouve encore un redoutable écueil que vous signalez avec raison, très honoré confrère, et qui d'ailleurs m'avait, à priori, apparu dans les expériences de Béchamp. Cet écueil, le voici :

Si dans ces expériences les plus faibles proportions de créosote, je suppose, s'opposaient formellement à l'apparition des fermentations à tel point que celles-ci ne s'ébauchaient même pas dans des bocaux exposés à l'air et oubliés dans les recoins du laboratoire, tant que l'odorat y faisait reconnaître le moindre atome de créosote, en compensation, si dans une capsule la fermentation était déjà bien en train, il eût fallu des doses énormes pour l'arrêter.

Aussi, dès le début de mon expérimentation clinique, j'ai affirmé aux élèves qui la suivaient que je ne réussirais pas dans la période d'état de la fièvre typhoïde, et même dans la seconde moitié de celle d'augment, et que je n'avais de chances en faveur de ma nouvelle médication que pendant les prodromes et les premiers jours du début de la fièvre. Par

(1) Combien ce mot est supérieur à celui de *microbe* qu'on a voulu lui substituer plus tard, car il indique à la fois le germe et la fonction qui lui est dévolue (ζύμη, ferment).

(2) Putréfaction et fermentation procèdent d'une même manière. Ne pas oublier le mot de *fièvre putrique* que leur admirable instinct clinique avait imposé aux anciens.

exemple, j'affirmais formellement aussi la vertu prophylactique des antizymasiques, soit dans la fièvre typhoïde, soit dans d'autres maladies contagieuses, le choléra en particulier.

Malheureusement, comme vous l'indiquez fort bien vous-même, beaucoup de malades qui entrent dans les hôpitaux en sont déjà arrivés à une période relativement avancée où les antizymasiques ne pourraient agir qu'à de très hautes doses, à des doses toxiques.

Mais en est-il de même dans la pratique particulière et surtout chez les gens aisés où on nous appelle souvent au moindre bobo? En est-il de même, chez nos parents, nos amis que nous voyons tous les jours, chez lesquels, surtout en temps d'épidémie, nous pouvons, au plus petit indice, *soupçonner* plus ou moins nettement l'imminence du mal, et commencer dès le début une médication qui, à faible dose, *ne peut avoir le moindre inconvénient* et n'empêche pas tout autre remède?

Oh! s'il fallait en arriver aux doses presque sidérantes vantées par notre très honorable et très distingué confrère, M. Desplats (de Lille), et par plusieurs éminents médecins de Paris, certes je repousserais formellement une pareille tentative.

Secouer un typhique par une formidable perturbation, affaisser profondément ses forces par des lavements phéniqués à haute dose ou tout autre moyen, me paraît excessivement dangereux, et dans votre remarquable article critique, vous ne cachez pas que vous partagez mes appréhensions à ce sujet.

Et mes appréhensions vont peut-être même plus loin que les vôtres, car elles s'étendent jusqu'au sulfate de quinine administré à la dose de 2 grammes et surtout de 3 grammes par jour.

Permettez-moi sur ce point de vous apporter l'appoint d'une vaste expérimentation dont Montpellier a été depuis longtemps le théâtre.

Enveloppés de marais qui, il faut le reconnaître, deviennent, grâce à la culture et au drainage, de moins en moins dangereux, les grands cliniciens de notre vieille Ecole ont toujours été aux aguets de la complication paludéenne rémittente ou pernicieuse dans un grand nombre de maladies.

Si la possibilité de cette complication s'affirme par des faits irrécusables et de grands triomphes thérapeutiques, elle a été de tout temps exagérée, surtout dans la fièvre typhoïde. On ne connaît d'une manière décisive la *marche rémittente naturelle* de la fièvre typhoïde, que depuis la généralisation de la thermométrie clinique. Cela fait que dans le passé, moi tout le premier, nous avons, à cause des exacerbations vespérines de la dothiénentérie, employé très fréquemment la quinine et le quinquina dans son traitement. Or je vous déclare que si dans certains cas nous en avons observé des résultats merveilleux que j'ai signalés moi-même (1), j'en ai noté d'autres où le sulfate de quinine a été inutile et d'autres où il a été fâcheux par la perturbation et la sidération qu'il a occasionnées, et cependant j'en ai rarement vu administrer 3 grammes par jour. Voici ce qui se passait dans ces faits malheureux : pendant deux ou trois jours, la chaleur et la fréquence du pouls cédaient à la quinine, mais se reproduisaient ensuite malgré sa continuation et s'accompagnaient des symptômes nerveux les plus graves.

Je mets donc pour condition principale de l'emploi à haute dose du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde que celle-ci présente une exacerbation plus nettement marquée que d'ordinaire (1 degré 1/2 ou 2 degrés) ou à d'autres heures que la soirée.

Dans les autres cas je ne repousse pas le sulfate de quinine à faible dose (de 60 à 80 centigrammes), ne serait-ce que comme *antizymasique*, car il l'est évidemment, mais les doses sidérantes me font peur.

N'avons-nous pas l'admirable moyen des bains *tièdes*, renouvelés plusieurs fois par jour au besoin, pour modérer l'hyperthermie sans amener aucune perturbation.

Revenons-en aux antizymasiques et surtout à la créosote et à l'acide phénique; ils ne sont vraiment puissants que comme moyen prophylactique, et dans les premiers jours de la maladie. Passé cette époque, ils ne peuvent exercer qu'une action antiseptique beaucoup plus modeste dans le territoire de l'intestin. Mais puisque tout le monde est d'accord pour recommander dans le traitement de la dothiénentérie de grands lavements fréquents, quel inconvénient y a-t-il à les phéniquer légèrement?

Je désirerais fort, monsieur et très honoré confrère, avoir fait passer une partie de ma conviction dans l'esprit d'un homme aussi distingué que vous et, quoi qu'il en soit, je vous prie d'agréer l'assurance de mes sentiments les plus dévoués.

G. Pécholier,
Agrégé à la Faculté de Montpellier.

Réponse. — Je suis heureux de me trouver en communauté d'idées sur bien des points avec mon très distingué et très compétent confrère. En ce qui concerne l'emploi à doses élevées de l'acide phénique, ou même du sulfate de quinine, je souscris pleinement à ses conclusions; si l'administration à dose massive du sel quinique me semble utile, c'est à condition de ne frapper ces grands coups qu'à des intervalles de plusieurs jours; enfin, à mon sens aussi, les lavements *légèrement* phéniqués offrent de réels avantages.

Mais, quelle que soit notre confiance dans l'avenir des médications antizymasiques, il nous faut reconnaître que la fièvre typhoïde, vu la lenteur et l'insidiosité de son début, se prête moins que bien d'autres maladies infectieuses à une intervention antiseptique assez active et assez prompte pour être efficace. D'autre part, sans nier d'une manière absolue la vertu prophylactique de la créosote ou de l'acide phénique, on ne peut se dissimuler que ces substances, étant toxiques à très faible dose, ne remplissent que d'une manière fort imparfaite les conditions d'une médication *directement curative*, spécifique.

L. D.-B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. É. BLANCHARD.

Sur le rôle des vers de terre dans la propagation du charbon et sur l'atténuation du virus charbonneux. Note de M. *Feltz*. — Les expériences ont été faites en partie à propos de celles de M. Koch, contradicteur de celles de M. Pasteur.

« A. *Rôle des vers de terre dans la propagation du charbon.* — A l'exemple de M. Koch, je mélange, le 30 mai 1882, dans un pot de fleurs, de la terre avec le contenu de plusieurs flacons de culture de charbon pur et de sang charbonneux desséché; j'y fais encore couler le sang de quelques cobayes morts franchement charbonneux, du 30 mai au 22 juin, et je pose sur cette terre ainsi préparée quatorze vers qui ne tardent pas à s'y enfoncer. Du 22 juin au 22 juillet, j'extrais successivement six vers que je lave soigneusement et à plusieurs reprises dans de l'eau distillée. Je les coupe en tronçons sur une plaque de verre préalablement chauffée à haute température, et à l'aide de bistouris flambés. J'inocule le contenu des vers à des séries de deux cobayes; j'agis de la même manière avec les différentes eaux de lavage. Les

(1) Etude sur l'action du quinquina dans les *fièvres typhoïdes* et sur les *fièvres pernicieuses dothiénentériques*. Paris, chez Asselin, 1864.

cobayes des six séries, inoculés avec le contenu des vers, meurent tous charbonneux en moins de trois jours; la plupart des cobayes inoculés avec les premières eaux de lavage succombent également au charbon; les cobayes traités par les dernières eaux de lavage résistent tous...

» B. *Atténuation des virus charbonneux.* — Arrivé, après bien des tâtonnements, à faire des bouillons de poule très limpides, légèrement alcalinisés et stérilisés, j'y ai cultivé le charbon. Il m'a été facile de démontrer, par l'expérimentation, que les cultures conservent toujours la virulence du sang dont elles procèdent. Le microscope montre dans toutes ces cultures les caractères des filaments bactéridiens et des spores qui se développent dans les bactéridies. En plaçant des cultures fraîches dans des étuves chauffées et maintenues rigoureusement à la température de 42 à 43 degrés, j'ai pu m'assurer, en inoculant à des animaux le contenu de mes flacons, que le virus charbonneux perd progressivement de sa force en raison directe du temps de son exposition dans les étuves jusqu'à disparition complète de toute virulence. Ce qui caractérise cette espèce de dégénérescence du charbon, c'est la ténuité des filaments, et un certain rapetissement des corpuscules germes dans les cultures.

» Certain de la possibilité de l'atténuation des virus charbonneux dans les conditions indiquées par M. Pasteur, j'ai cherché à vacciner contre le charbon des lapins d'abord, des moutons ensuite. A cet effet, j'ai inoculé à diverses séries de lapins, de quinze en quinze jours, des virus de moins en moins atténués. Dès ma troisième série, j'ai obtenu des résultats surprenants : presque tous les lapins traités comme je viens de le dire résistaient à ce que j'avais de plus virulent en fait de culture de charbon, et même à l'inoculation de sang charbonneux. En août, j'ai fait tuer, par raison d'économie, plus de trente lapins vaccinés; j'en ai conservé six pour me rendre compte ultérieurement de la durée de l'immunité vaccinale. En possession de mes virus vaccins de lapins, j'ai expérimenté sur des moutons. Le 6 juillet 1882, j'inocule à trois moutons de pays le contenu d'un flacon B, culture d'une atténuation charbonneuse qui tuait le cobaye à coup sûr et très difficilement le lapin : les moutons ayant très bien résisté, le 20 juillet je refais l'opération avec le contenu d'un flacon C, qui a tué cinq lapins sur sept; ils résistent encore. Le 3 août, je me sers d'une culture de charbon virulent. Ces animaux restant réfractaires à ce que j'avais de plus toxique, je leur inocule enfin, le 15 août, ainsi qu'à un mouton frais devant servir de témoin, des bactéridies charbonneuses, que M. Pasteur voulut bien m'envoyer. Les trois moutons vaccinés continuent à se bien porter; le témoin, au contraire, a succombé charbonneux en trente-six heures. »

SUR L'ACTION DÉSINFECTANTE ET ANTISEPTIQUE DU CUIVRE. Note de M. *Burq*. — D'accord avec ses opinions sur l'action préservatrice du cuivre à l'égard du choléra et d'autres maladies infectieuses, l'auteur voudrait qu'on fît entrer ce métal dans le bois des baraquements (par injection), dans les rideaux (par lavage à l'eau de cuivre), dans les effets d'habillement, etc.

ANALYSE DU RÉFLEXE DE C. LOVEN, par M. *Laffont*. — En 1866, dans un mémoire intitulé *Dilatation consécutive aux irritations nerveuses*, publié dans le *Compte rendu des travaux exécutés au laboratoire physiologique de Leipzig*, M. Christian Loven signale un nouveau réflexe vaso-dilatateur dans le membre inférieur, chez le lapin. Incisant la peau à la face interne de la jambe, le long du tibia, il découvre l'artère saphène, très petite au milieu de ses deux veines satellites; il prépare ensuite le nerf dorsal du pied à la face antérieure de l'articulation tibio-tarsienne et le sectionne entre deux ligatures. C'est alors que, appliquant un courant faradique sur le bout central du nerf sectionné, M. C. Loven constate que cette excitation provoque rapidement une dilatation énorme de l'artère saphène. Déjà, dès 1857, M. Schiff, dans un mémoire présenté à l'Académie royale de Copenhague, avait montré que l'excitation des racines postérieures du plexus sciatique, chez le chat, provoque tantôt un refroidissement, tantôt un échauffement du membre, suivant la durée de l'irritation, tant que le nerf sciatique est intact. Des expériences auxquelles il s'est livré sur les lapins, l'auteur tire les conclusions suivantes :

« Cette analyse du réflexe de Loven nous montre que l'excitation partie du nerf dorsal du pied remonte dans le nerf sciatique, pénètre dans la moelle par les racines postérieures de la première paire sacrée et de la dernière paire lombaire, y suit un trajet ascendant pour se rendre au centre vaso-dilatateur, d'où les filets dilatateurs redescendent et sortent de la moelle par les racines antérieures des deuxième, troisième et quatrième paires lombaires, se jettent dans le sympathique par les rameaux communicants, et de là vont dans le nerf sciatique. » (Travail des laboratoires de M. Paul Bert, à la Sorbonne, et de M. Laffont, à la Faculté de médecine de Lille.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

MM. les docteurs *G. Bouchardat, Brame, Ernest Hardy, Henninger* et *Javal* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

M. le docteur *Cadet de Gassicourt* envoie l'exposé de ses titres et travaux scientifiques à l'appui de sa candidature à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

M. *Paul Raymond*, externe des hôpitaux, engagé volontaire à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, adresse une *Note* manuscrite *sur une épidémie de fièvre typhoïde* qu'il a observée en janvier, février et mars 1881 dans cet hôpital. (*Commission des épidémies.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° de la part de M. le docteur *L. Santex* (de Saint-Sever) une brochure intitulée : *Notes et observations de médecine légale;* 2° au nom de M. *Delamotte*, vétérinaire de l'armée à Montauban, un mémoire imprimé sur *les accouchements stériles dans l'espèce chevaline;* 3° de la part de M. le docteur *Hauser* (de Séville) une brochure ayant pour titre : *Nouvelles considérations sur la manière d'étudier la salubrité d'une ville et sur les moyens de l'assainir;* 4° au nom de M. le docteur *Samson Maissurianz* (de Tiflis) un mémoire imprimé intitulé : *Experimentelle Studien über die quantitativen Veränderungen der rothen Blutkörperchen im Fieber;* 5° un volume portant le titre de : *Statistik der Fürsorge für Arme und Nothleidende im Königreich Württemberg;* 6° de la part de M. le docteur *Viñeta-Bellassera* (de Barcelone), une brochure intitulée : *La difteria de la piel;* 7° au nom de M. le docteur *F. W. Wurfvinge* (de Stockholm), le troisième *Compte rendu annuel de l'hôpital de la montagne du Sabbat;* 8° de la part de M. le docteur *Frank Ogston* (d'Aberdeen), les ouvrages suivants : *Ein Todesfall durch Frost* et *Ectopia vesicæ and other imperfections of development in new-born infant;* 9° au nom de M. le docteur *Adolphe Hannover* (de Copenhague) une brochure intitulée : *Den menneskelige Hjerneskals Bygning ved Anencephalia og misdannelsens Forhold til Hjerneskallens primordialbrusk.*

M. *Larrey* présente, de la part de M. le docteur *Challan de Belval*, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Orléansville, une copie de son *Rapport médical annuel pour* 1880-81, avec l'extrait d'un *Rapport spécial sur une épidémie observée à Lyon parmi les hommes du 5e régiment de hussards.* (*Commission des épidémies.*)

M. *Luys* fait hommage, au nom de M. le docteur *Ant. Ritti*, d'un *Traité clinique de la folie à double forme* (*folie circulaire, délire à formes alternées*).

M. *Depaul* offre, de la part de M. le docteur *Charpentier*, le premier volume d'un *Traité pratique sur les accouchements.*

M. *Bucquoy* présente une note imprimée de M. le docteur *Nyssens* (de Maesyck, Limbourg), sur *le traitement spécifique de la diphthérie à l'aide de doses massives d'ipéca.*

M. *Bouley* dépose un mémoire manuscrit de M. le docteur *E. Bertherand* (d'Alger) *à propos de la variolisation des Arabes.* — Ce mémoire est renvoyé à l'examen de MM. Blot, Fournier et Bouley.

FIÈVRE TYPHOÏDE. — C'est de l'étiologie et de la prophylaxie sanitaire et administrative de la fièvre typhoïde que l'Académie a été entretenue aujourd'hui : d'abord dans les observations présentées par M. *Béclard* en déposant les rapports dans lesquels M. le docteur *Henry Liouville*, au nom des Commissions du budget pour les exercices 1881 et 1882, insistait auprès de ses collègues de la Chambre des députés sur l'urgence et la nécessité d'une direction de la santé publique, et ensuite dans les communications très applaudies de MM. *Noel Gueneau de Mussy* et *Rochard.*

M. Béclard, profitant de l'initiative prise au Parlement par M. Henry Liouville, a invité l'Académie à adresser aux pouvoirs publics le mémoire lu par M. Proust dans l'une des séances précédentes (p. 721), ainsi que la discussion qui le suit et le suivra encore pendant plusieurs séances ; il est donc probable qu'un vœu dans ce sens sera alors et en fin de compte soumis à l'approbation de la Compagnie.

M. *Noel Gueneau de Mussy* approuve les desiderata formulés par M. Proust au sujet de nos services de médecine publique et il applaudit, en les rappelant de nouveau, aux améliorations obtenues à Bruxelles par le Bureau d'hygiène que dirige M. le docteur Janssens. Examinant ensuite les causes qui produisent à Paris les épidémies dothiénentériques, il soutient, comme en 1877, et à l'exemple de Budd, que leur origine la plus commune doit être placée dans les déjections des malades qui en sont atteints; il conviendrait donc de s'efforcer d'éloigner de l'air, des boissons et des aliments les émanations et les infiltrations de ces déjections ; en est-il ainsi actuellement à Paris et nos égouts répondent-ils à cette indication? Ainsi qu'il l'a déjà signalé, l'orateur fait remarquer que, si leur surface a été développée dans des proportions considérables, on n'a pas augmenté proportionnellement la quantité d'eau qui y circule, ni leurs pentes, bien qu'on y favorise cependant de plus en plus le versement des matières excrémentitielles; de plus, les égouts sont en communication constante avec l'atmosphère des rues et des appartements, bien que de nombreux exemples aient, tant en France qu'à l'étranger, signalé les dangers de ces communications; il serait préférable d'agir, comme à Bruxelles, où les fourneaux des usines à gaz servent de foyers d'appel pour l'air des égouts et, d'autre part, que les tuyaux de chute des closets soient, comme en Angleterre, munis de siphons obturateurs hydrauliques. Ce sont bien certainement toutes les émanations produites par nos systèmes défectueux d'évacuation des immondices qui sont cause de la mauvaise odeur et entretiennent la malpropreté des logements insalubres si nombreux à Paris, odeur qui se répand de proche en proche jusque dans les quartiers les plus luxueux par les égouts. Il importe aussi de remarquer que trop souvent les excellentes eaux de sources qu'on a conduites à Paris sont mélangées avec celles de la Seine prises en aval de la capitale, là où le fleuve est chargé de détritus organiques et de germes infectieux. Qu'on reprenne donc et qu'on réalise enfin les plans de M. Haussmann pour faire dans la Nièvre une dérivation de la Loire.

M. Noel Gueneau de Mussy ajoute que la fièvre typhoïde n'est pas la seule des affections transmissibles qu'on puisse attribuer à cet état de choses; il pense qu'on peut, avec un grand nombre de pathologistes, y voir l'une des causes de l'extension de plus en plus grande de la diphthérie. On doit de plus considérer combien la température si douce de l'hiver dernier a pu favoriser la pullulation des germes préexistants de la fièvre typhoïde. — Il termine en faisant appel à tous les médecins pour qu'ils favorisent l'information des cas des maladies contagieuses, et rappelant tous les services rendus par les administrations sanitaires, si compétentes, établies en divers pays étrangers, il souhaite que la santé publique soit aussi en France surveillée et protégée par une organisation appropriée, en même temps que les Sociétés savantes, et l'Académie de médecine en particulier, devraient avoir une installation matérielle digne d'elles et du pays dont elles représentent les plus graves intérêts.

La fièvre typhoïde, dit en commençant M. *Rochard*, est fille de l'encombrement et de la malpropreté, en prenant ce mot dans son sens le plus étendu. Ne le voit-on pas tous les jours dans l'armée aussi bien que dans la marine, alors qu'il suffit de disséminer les hommes et d'assainir, de nettoyer les locaux qu'ils habitaient pour arrêter l'épidémie. D'ailleurs cette affection, quoi qu'on en ait dit, n'a rien de fatal et, loin d'avoir remplacé les maladies populaires d'autrefois, elle leur a survécu et elle recule devant la civilisation, car M. le docteur Geissler (de Dresde) vient de montrer qu'elle diminuait partout en Europe,... sauf en France. Pourquoi en est-il ainsi chez nous? Ne serait-ce pas parce que nous n'y tenons pas aussi bien compte des conseils de l'hygiène? Au reste, cette maladie n'est pas la seule affection transmissible qui augmente à Paris : M. Brouardel vient d'établir en effet que depuis 1869, elle a fourni par 100 000 habitants, une proportion de décès qui s'est successivement élevée de 48,4 à 61,4 et 96,5 ; d'autre part, la diphthérie, dans le même laps de temps, a augmenté de 53,6 à 88,8 et 101,3 ; la variole, de 11,4 à 17,2 et 74,8 ; la rougeole, de 30,3 à 37,5 et 43,3 ; la scarlatine, de 7,2 à 4,6 et 18,1.

Or, c'est l'encombrement qu'il faut assurément accuser de cette situation, cet encombrement qu'on rencontre même à bord des navires, alors que le « fumier atmosphérique » peut y fertiliser les émanations provenant des fermentations engendrées par le mépris des lois de l'hygiène ; à Paris, n'a-t-on pas vu depuis 1876, ainsi que l'a montré M. le docteur Du Mesnil, le nombre des logements en garni ne s'élever que d'un quart, tandis que celui des locataires était accru du triple, c'est-à-dire que les logements en garni ont été subdivisés, et qu'on y a entassé près du double d'habitants, de ces ouvriers, étrangers surtout, qui par leur âge et leurs conditions particulières sont si prédisposés à la fièvre typhoïde ; on a, en effet, remarqué que c'est dans les quartiers où ils demeurent, que la maladie a pris le plus d'extension. M. Rochard, après avoir montré que l'épidémie actuelle, malgré sa bénignité relative, n'a pas cessé que d'être meurtrière, et après avoir indiqué qu'elle paraît définitivement entrer en décroissance, expose ensuite l'état actuel du service des égouts et de la distribution d'eau dans la ville de Paris, d'après les documents officiels ; en ce qui concerne les égouts, il souhaite que la commission spéciale récemment nommée et qui semble, par sa composition même, devoir conclure au « tout à l'égout », détermine enfin une solution, quelle qu'elle soit, à cette question ; mais il fait remarquer que les eaux de sources sont souvent insuffisantes et qu'elles sont alors mélangées avec les eaux de rivières; or la Marne et la Seine reçoivent en amont de Paris les résidus d'importantes usines insalubres, de plusieurs dépôts de voiries et des égouts de communes assez proches dont la population s'élève en totalité à 80 000 habitants; ces eaux sont donc constamment polluées à un haut degré. De plus, d'innombrables usines insalubres entourent Paris et viennent souiller l'atmosphère de tous les quartiers, par quelque vent que ce soit. Quels remèdes apporter à ces diverses causes d'infection? Faut-il attendre la réalisation des projets d'organisation de la médecine publique, grâce auxquels la France posséderait à cet égard une administration autonome, compétente et responsable, projets que M. Rochard approuve complètement, mais qui n'ont encore que fort peu ému les pouvoirs publics? Le préfet de police a en mains tous les pouvoirs pour prendre d'ores et déjà toutes les mesures qu'il jugera utiles; qu'il veuille donc fermement assurer l'application, trop longtemps éludée, de la législation concernant les établissements insalubres. Que la ville prenne l'eau en amont de Paris, à une distance où elle ne soit pas contaminée, qu'elle encourage les propriétaires et les entrepreneurs par des réductions équitables et spéciales d'impôts à construire des maisons ouvrières à bon marché, comme il en est actuellement quelques-unes à Paris, qui soient abondamment et gratuitement pourvues d'eau et de lumière, dans des quartiers ayant des communications faciles avec le reste de Paris. C'est enfin à l'Académie d'agir de toute sa légitime autorité, et d'user de ses plus hautes attributions pour solliciter à cet égard et diriger l'opinion publique.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1882.— PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

Rapport sur les maladies régnantes : M. Du Castel. — Ataxie locomotrice d'origine syphilitique (M. Desplats) : M. Rendu. — Recherches sur l'hystérie fruste, principalement chez l'homme: M. Debove.

M. *Du Castel* donne lecture du rapport sur les maladies régnantes pour le troisième trimestre (juillet, août, septembre) de l'année 1882. Pendant ce trimestre, la température moyenne a été de 16°,5; moins élevée, par suite, que la moyenne ordinaire du même trimestre qui est de 17°,9. La hauteur des eaux de pluie a été de 180 millimètres; la tension électrique peu élevée; la pression barométrique moyenne de 753^{mm},8. — La mortalité générale a été inférieure à celle du trimestre correspondant de l'an dernier : on a enregistré 3549 décès au lieu de 3650. — Tandis que les cas de pneumonie conservaient à peu près la même fréquence et se montraient en général bénins, la pleurésie augmentait en nombre et en gravité, occasionnant 59 décès, au lieu de 38. La diphthérie a paru moins redoutable; doit-on attribuer ce résultat à l'emploi général de l'acide phénique, à la température des mois d'été, ou à une série favorable? Quoi qu'il en soit, on a constaté, en ville, 432 décès pendant le dernier trimestre, au lieu de 536, pendant la même période de l'an dernier; dans les hôpitaux, 246 admissions au lieu de 285, et 160 décès au lieu de 173. Il en a été de même pour la variole qui a fourni seulement 109 décès en ville, au lieu de 211, constatés l'an dernier pour le même trimestre; dans les hôpitaux, on a admis 394 varioleux au lieu de 504, et l'on a relevé 54 décès au lieu de 87. Même décroissance pour la scarlatine; en 1881, pendant les mêmes mois : 166 décès en ville; 216 admissions et 17 décès dans les hôpitaux; en 1882, 40 décès en ville; 135 admissions dans les services hospitaliers et 9 décès. La rougeole a été plus fréquente, mais moins grave: 182 entrées dans les hôpitaux, au lieu de 156; mais seulement 14 décès au lieu de 25. La fièvre typhoïde a subi une recrudescence considérable, et son apogée saisonnière a dépassé la moyenne normale. Cette épidémie, d'ailleurs, n'a pas sévi spécialement sur Paris, mais s'est étendue à la plupart des grandes villes. Actuellement, on observe une rémission qui vient confirmer la loi de la marche saisonnière de cette affection; on ne peut donc rien préjuger de l'avenir. L'épidémie du troisième trimestre s'est fait remarquer d'ailleurs par sa bénignité relative; la mortalité moyenne dans les hôpitaux n'a pas dépassé 15 pour 100. Une statistique des hôpitaux d'enfants a démontré à nouveau le peu de gravité de cette maladie dans le jeune âge : sur 153 cas observés dans divers services, il ne s'est produit que deux décès, dont un par diphthérie secondaire. Au Val-de-Grâce, M. Zuber a observé deux fois, dans la gorge, des plaques blanchâtres, qu'il croit être de la diphthérie catarrhale; la dothiénentérie s'est montrée très grave chez ces deux malades. M. Du Castel a observé de son côté des accidents fréquents du côté de la bouche, des lèvres, de la langue, des concrétions diphthériques nombreuses de la gorge, mais tous ces accidents ont eu peu de gravité. La colonie étrangère et en particulier les Italiens ont payé un lourd tribut à l'épidémie.

M. *Damaschino* a observé dans son service plusieurs cas de muguet au cours de la dothiénentérie; chez un malade il s'agissait d'un muguet primitif du pharynx. Plusieurs fois, les concrétions avaient un aspect diphthéroïde, mais l'examen histologique n'a laissé subsister aucun doute. Il est regrettable que M. Du Castel n'ait pas recherché les caractères microscopiques des concrétions qu'il a observées.

M. *Sevestre* a soigné un typhoïdique qui a présenté une angine avec plaques, tout analogues à la diphthérie; le microscope a démontré qu'il s'agissait d'un cas de muguet.

— M. *Rendu* donne lecture, au nom de M. Desplats, d'une observation d'ataxie locomotrice d'origine syphilitique. Il s'agit d'un homme âgé de 48 ans, qui eut en 1858 un chancre infectant suivi de plaques muqueuses, mais sans présenter aucun accident de syphilis viscérale; quatre ans plus tard il éprouvait quelques douleurs irradiées d'origine médullaire; enfin, douze ans après, il était atteint de céphalée avec paralysie du moteur oculaire commun, et accès convulsifs épileptiques : tous ces troubles disparurent avec le traitement par l'iodure de potassium. En juin dernier, ce malade entrait dans le service de M. Desplats, à Lille. Il se plaignait d'une céphalée violente et de crises convulsives; on constatait du strabisme externe de l'œil gauche. Il éprouvait aussi une douleur constrictive en ceinture et des douleurs fulgurantes dans les deux membres inférieurs, avec abolition du réflexe tendineux rotulien, anesthésie diffuse et incoordination très marquée de la marche. Il fut soumis au traitement par l'iodure à haute dose, auquel on associa le salicylate de soude pour combattre les douleurs. Au mois d'août, la marche était redevenue possible et l'on pouvait obtenir le réflexe rotulien; au mois de septembre, les accès épileptiformes avaient disparu, la marche était à peu près normale et la guérison était incontestable.

— M. *Debove* donne lecture d'un travail intitulé : *Recherches sur les hystéries frustes, principalement chez l'homme.* Il rappelle qu'il y a peu d'années encore on regardait l'hystérie comme une affection spéciale à la femme, mais que, depuis lors, on l'a constatée chez les enfants et aussi chez l'homme adulte; on en rencontrera même des cas assez fréquents si l'on tient compte de la forme fruste. C'est ainsi que M. Debove a observé, à Bicêtre, un homme atteint de contracture hystérique du poignet, à la suite d'une brûlure superficielle de la face postéro-externe de la main et de l'avant-bras gauches, dans le territoire innervé par le nerf radial. Un mois après l'accident, en août dernier, alors que la brûlure était entièrement guérie, le malade éprouva d'assez vives douleurs dans les doigts, bientôt suivies d'une gêne des mouvements et d'une contracture de la main gauche. L'avant-bras était dans une situation intermédiaire à la pronation et à la supination; les quatre derniers doigts de la main étaient fléchis et les efforts d'extension étaient très douloureux. Toute trace de contracture disparaissait pendant le sommeil anesthésique. On observait chez cet individu une hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche, dont le début n'a pu être fixé; on ne trouvait, d'ailleurs, dans les antécédents du malade ni nervosisme marqué, ni attaques convulsives. C'est là un cas d'hystérie fruste ayant débuté, ainsi que Brodie en a cité de nombreux exemples chez la femme, à l'occasion d'un traumatisme. — Un autre cas publié récemment par M. Courtade, interne des hôpitaux, est celui d'un homme qui, à la suite d'une chute sur la tête, a présenté des symptômes d'œsophagisme avec anesthésie du pharynx. Malheureusement, l'hémi-anesthésie n'a pas été recherchée. — M. Debove a encore observé un malade qui, nerveux et impressionnable pendant le jeune âge, fut atteint en 1880, à l'occasion d'une violente névralgie dentaire, d'un accès convulsif débutant par les bras, accompagné de grimaces de la face et d'hyperesthésie généralisée, sans aucune perte de conscience. Cet accès dura trois jours avec des rémissions et des paroxysmes. En 1881, nouvel accès semblable; en 1882, troisième crise, ayant été annoncée par un frisson; puis une quatrième au commencement de septembre, accompagnée de délire et d'hallucinations; enfin une sixième et une septième vers la fin de septembre et le commencement d'octobre. Pendant cette dernière attaque, le malade tombe à terre, il est pris de frissons, de claquements de dents, sa respiration est bruyante, il présente une hyperes-

thésie très marquée, bientôt il rit bruyamment, chante, profère des invectives, etc. Dans les moments de calme, il s'excuse de ses paroles grossières dont il conserve le souvenir; l'hyperesthésie disparaît. — Un autre malade, âgé de 23 ans, appartenant à une famille entachée de nervosisme, présenta, vers l'âge de 16 ans, une contracture subite et passagère d'une main pendant un accès de colère; à 17 ans il fut pris, en entendant casser une assiette, d'une crise convulsive avec délire et hallucinations. On constatait plus tard chez ce jeune homme une hémianesthésie, qui ne fut point étudiée au point de vue des sens spéciaux. A partir de ce moment, il fut atteint en 1877, et dans les années qui suivirent, d'accidents de bronchite, avec hémoptysies, sueurs, amaigrissement; le diagnostic de tuberculose pulmonaire fut plusieurs fois porté par les médecins les plus compétents, mais les poussées congestives du côté du sommet des poumons disparurent sans laisser de traces. En 1882, le malade eut une crise de dyspnée intense, avec pleurs abondants, à la même époque les accidents pulmonaires se montrèrent de nouveau accompagnés d'anorexie, de sueurs abondantes et de vomissements. M. Debove ausculta le malade, mais ne constata aucun signe de lésion tuberculeuse pulmonaire; il reconnut une hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté droit. Cette hémianesthésie disparut avec des phénomènes de transfert, sous l'influence de l'aimant. Soumis à l'alimentation artificielle par le tube de caoutchouc, le malade recouvra l'appétit, les sueurs se supprimèrent et la guérison fut rapide. M. Debove pense que les sueurs des phthisiques sont dues, le plus souvent, à l'inanition et que l'alimentation artificielle est le meilleur moyen de les faire disparaître. Quant aux hémoptysies, sans tuberculose pulmonaire, chez les hystériques, il les regarde comme le signe extérieur d'une congestion transitoire du poumon du côté anesthésié; c'est d'ailleurs un symptôme qui peut être une cause fréquente d'erreurs de diagnostic.— Il cite encore une observation d'hystérie fruste chez l'homme, dans laquelle les accidents à forme hémiplégique eurent un début brusque avec perte de connaissance, mais disparurent très rapidement. En terminant, M. Debove pose les conclusions suivantes: 1° l'hystérie n'est pas rare chez l'homme adulte; elle revêt souvent la forme fruste; — 2° elle s'accompagne parfois d'accès congestifs pulmonaires, avec hémoptysies, pouvant égarer le diagnostic et faire croire à la tuberculose; — 3° l'hémiplégie, chez les hystériques, peut avoir un début apoplectiforme et simuler une lésion cérébrale.

— A cinq heures la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. L. LABBÉ.

Perforation des artères dans les foyers purulents. — Fracture sous-trochantérienne; consolidation vicieuse; ostéotomie. — Amputation de cuisse; pansement. — Tumeur osseuse du fémur.

M. *Monod* fait un rapport sur une observation de M. Bouilly relative à la perforation des artères dans les foyers purulents. Un homme atteint d'ostéomyélite du fémur avait un foyer purulent à l'extrémité inférieure de la cuisse; l'incision montra que les vaisseaux poplités étaient à nu dans le foyer. Lavages phéniqués. Quinze jours après survint une hémorrhagie, qui fut arrêtée par l'application d'une pince sur l'artère; ligature de la fémorale au-dessus de l'anneau.

Deux jours après, on trouvait le malade mort dans son lit. L'autopsie ne révéla pas la cause de cette mort subite. L'artère poplitée était perforée. Ici, le mauvais état général du malade est cause de la perforation artérielle; en effet, ce malade avait une fièvre persistante, qui fut expliquée à l'autopsie par la présence d'un second foyer purulent. La perforation des artères par inflammation est possible, quand il y a un mauvais état général du malade.

M. *Trélat.* Il y a des hémorrhagies causées par le ramollissement des tuniques artérielles séjournant dans les foyers de suppuration. Mais il y a aussi des hémorrhagies systématiques. En 1871, un individu blessé à la cuisse avait une hémorrhagie : on fit l'amputation; nouvelle hémorrhagie, et ainsi de suite jusqu'à la mort de l'opéré. C'est l'hémorrhagie septicémique; dans ce cas, l'hémostase définitive ne s'accomplit pas.

M. *Verneuil.* Il y a des hémorrhagies artérielles dans les foyers purulents qui sont aussi des hémorrhagies septicémiques. Dans ces cas, la paroi artérielle s'enflamme, s'ulcère et se rompt.

M. *Després* dit à M. Monod que les hémorrhagies, dans les abcès tuberculeux et les caries du rocher, doivent être distraites de la statistique. En effet, dans les premiers les vaisseaux s'ouvrent comme dans la tuberculisation pulmonaire, et dans les caries du rocher la perforation est produite par un séquestre. Dans les abcès chauds et les abcès par congestion les artères s'ouvrent parfois, mais cela est rare; les exemples en sont peu nombreux.

M. *Lannelongue.* Les hémorrhagies sont communes dans les abcès tuberculeux, et les abcès par congestion sont le type des abcès tuberculeux. Tous ces abcès ont du sang dans leur contenu, parce que leur paroi renferme de gros capillaires qui n'ont qu'une tunique formée d'éléments embryonnaires, et le sang tombe facilement dans le foyer purulent. Quand une artère se trouve sur le chemin de l'abcès, elle est recouverte par la paroi de cet abcès; la tunique externe prolifère et augmente d'épaisseur; la tunique moyenne disparaît et la tunique interne prolifère à l'intérieur; l'artère se rétrécit et peut s'oblitérer. Ou bien, l'artère, au lieu de résister, ses éléments embryonnaires tombent dans la poche et si le calibre n'est pas oblitéré, le sang s'écoule dans la cavité de l'abcès.

M. *Monod* voit avec plaisir que les observations de M. Lannelongue viennent à l'appui de son opinion sur l'hémorrhagie dans les abcès tuberculeux.

A M. Després, M. Monod répond que, sur 19 cas d'hémorrhagie dans la carie du rocher, on n'a trouvé des séquestres que dans deux observations; dans les autres l'artère baignait dans le foyer purulent. C'est toujours au même point que la carotide se perfore, à l'union de sa portion suturale avec sa portion horizontale.

M. *Després.* Ce siège constant de la rupture de l'artère est dû à ce qu'en ce point l'os dénudé forme comme un séquestre contre lequel l'artère vient battre à chaque pulsation.

M. *Trélat.* Les abcès par congestion n'ulcèrent pas souvent les artères, parce qu'une portion de leur paroi devient fibreuse, non envahissante; mais elle ne devient pas partout fibreuse, d'où la possibilité des hémorrhagies.

— M. *Verneuil* présente un homme qui avait fait une chute d'un lieu élevé et avait subi diverses lésions traumatiques graves. Aujourd'hui cet homme est guéri, mais il lui reste une difformité considérable; il ne peut marcher qu'avec des béquilles. M. Verneuil croyait d'abord à une luxation obturatrice non réduite; mais, après avoir endormi le malade, on reconnut qu'il s'agissait d'une fracture sous-trochantérienne avec cal vicieux.

M. Verneuil résolut de faire l'ostéotomie avec les ciseaux de Mac Ewen. Le fémur fut facilement coupé. Attelles plâtrées; pansement phéniqué. Aujourd'hui le malade est présenté à la Société de chirurgie. Avant l'opération le membre était dans l'abduction, la rotation en dehors, avec flexion permanente. Aujourd'hui l'opéré peut marcher pendant une heure sans fatigue.

M. *Lucas-Championnière* a fait, il y a trois mois, l'ostéotomie du fémur pour guérir un *genu valgum*. Il mit une heure pour traverser l'épiphyse fémorale éburnée. Le malade guérit.

— M. *Desprès* présente un homme qui a été amputé de la cuisse il y a vingt-huit jours ; il est guéri depuis huit jours. M. Desprès a scié l'os sans se préoccuper du périoste ; il a employé les anciens pansements. Le malade avait une tumeur blanche ordinaire.

M. *Trélat*. Le malade de M. Desprès n'a pas guéri plus vite qu'avec les pansements perfectionnés ; car on a vu des amputés de cuisse guéris en neuf, onze ou treize jours. De plus, on remarque sur le moignon que la cicatrice est adhérente à l'os et centrale ; ce n'est pas une bonne condition. Ce fait prouve seulement que, sans de trop grands inconvénients, on peut employer les vieilles méthodes de pansement.

— M. *Théophile Anger* a parlé, il y a quinze jours, d'un malade auquel il avait ouvert une tumeur du fémur, croyant avoir affaire à un abcès sous-périosté : c'était un reste d'anévrysme de l'os. Il y a huit jours le malade eut des accidents cardiaques graves, dus probablement à un caillot migrateur. Le lendemain M. Anger fit l'amputation de la cuisse.

Sur la pièce anatomique on voit, à la partie postérieure du fémur, une poche formée par le périoste soulevé ; on trouve des aiguilles osseuses dans le périoste et des caillots sanguins dans la poche. En fendant le fémur on remarque une excavation profonde remplie de caillots ; l'os a disparu en divers points. Un abcès existe dans le canal médullaire ; il est limité par une lamelle osseuse. Plus haut, le fémur est épaissi et éburné. La tumeur a l'aspect d'un anévrysme des os.

Au microscope, on trouve des myéloplaxes ; pas de tissu sarcomateux. Dans la veine fémorale il y a un caillot de 8 centimètres, que l'on retire ; cette veine est liée. La nuit suivante, l'opéré mourut de syncope ou d'embolie. A l'autopsie, le cœur droit contenait un caillot décoloré allant vers l'artère pulmonaire.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE, VICE-PRÉSIDENT.

Mécanisme de l'anesthésie laryngée par insufflation d'acide carbonique : M. Brown-Séquard. — Généralisation aux animaux marins des phénomènes de parasitisme bactérien : M. Richet. — Action convulsivante de la cinchonine : M. Laborde.

M. *Brown-Séquard*, dans une nouvelle série d'expériences sur l'insufflation laryngée d'acide carbonique, a obtenu la suspension d'un certain nombre d'actes de mouvement normaux et pathologiques ; il a vu s'arrêter la respiration, les convulsions strychniques et les convulsions épileptiformes.

L'influence suspensive a son point de départ dans la muqueuse laryngée, et non dans le reste de l'arbre respiratoire, car on obtient les effets indiqués, chez un animal trachéotomisé, en dirigeant le jet d'acide carbonique vers le larynx.

M. Brown-Séquard s'était surtout proposé dans ces nouvelles expériences, de rechercher si l'anesthésie laryngée obtenue par l'insufflation d'acide carbonique, résulte d'une action locale sur la muqueuse ou ne serait pas plutôt l'effet d'une action centrale, provoquée par l'influence du gaz sur les filets sensibles du larynx, et entraînant la perte de sensibilité laryngée. Il poursuit actuellement ces recherches, mais les faits qu'il a déjà observés l'amènent à considérer comme plus probable cette dernière hypothèse.

— M. *Ch. Richet* a pu généraliser le parasitisme bactérien et microbique aux animaux marins. Chez diverses espèces de gastéropodes, de poissons, de crustacés, d'acéphales, de céphalopodes, il a constaté l'existence de microbes appartenant à des espèces très diverses. Chez les poissons ces microbes se trouvent moins dans la cavité stomacale qu'en dehors de cette cavité, fixés aux appendices pyloriques et mélangés à la lymphe péritonéale. Même en prenant des animaux pêchés loin de la côte et en les plongeant dans la paraffine fondue à 120 degrés, les phénomènes de la putréfaction se développent très rapidement, coïncidant avec l'évolution des organismes contenus dans le corps de ces animaux pélasgiques.

— M. *Laborde*, poursuivant ses recherches sur l'action des alcaloïdes, a repris avec de la cinchonine pure, cristallisée, des expériences qu'il avait déjà faites avec le même produit moins pur, la cinchonine du commerce.

Il avait observé la grande différence qui existe entre les effets physiologiques de la cinchonine et de la quinine, deux substances qu'on considère souvent comme succédanées : au lieu de provoquer avec la cinchonine les phénomènes de stupeur et d'ataxie qu'on obtient avec la quinine, il avait produit de violents accès d'épilepsie, souvent des accès subintrants se succédant jusqu'à la mort de l'animal.

Les mêmes phénomènes, plus violents seulement, ont été obtenus avec la cinchonine pure que M. Laborde étudie actuellement.

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire des altérations et falsifications des substances alimentaires, médicamenteuses et commerciales, avec l'indication des moyens de les reconnaître, par M. Er. Baudrimont, 6e édition. — Paris, Asselin et Cie.

En admettant qu'il fût nécessaire de démontrer l'utilité d'un ouvrage de ce genre, la publication qui vient d'être faite du rapport sur les opérations exécutées au Laboratoire municipal de Paris suffirait à prouver combien il est avantageux d'avoir un moyen précis et rapide de reconnaître les falsifications. On a pu s'apercevoir, par la lecture de ce rapport, que plus de la moitié des échantillons soumis à l'analyse ont été trouvés défectueux et qu'un grand nombre d'entre eux pouvaient être regardés comme nuisibles. Encore ne s'agissait-il presque toujours, dans les expertises de M. Girard, que de produits alimentaires ! Qu'arriverait-il si l'on s'avisait d'analyser avec le même soin les préparations pharmaceutiques fournies sous des noms plus ou moins pompeux ou d'après les ordonnances de médecins qui s'étonnent de ne rien obtenir à l'aide des médicaments qu'ils prescrivent et cherchent vainement les moyens de répondre aux indications qu'ils ont posées ? Les pharmaciens eux-mêmes ne sont-il point les premières victimes de cette manie de falsification qui tend à s'étendre davantage chaque jour et ne protestent ils pas, avec nous, contre des abus qu'une inspection sérieuse des produits importés pourrait seule prévenir ? Il est malaisé de procéder chaque jour à la vérification des matières premières que l'on achète en gros et que l'on croit pouvoir accepter avec confiance de celui qui les fournit. Et cependant, lorsqu'on examine les quinquinas ou les opiums fournis par certaines maisons, on ne tarde pas à reconnaître que ces vérifications seraient presque toujours indispensables.

Nous reconnaissons qu'il est difficile d'exiger une douane spéciale ou un bureau de contrôle exclusivement chargé de ces sortes d'expertises ; mais si l'on ne peut arrêter à la frontière ou saisir au moment de leur vente les produits falsifiés, au moins faut-il mettre à la portée de tous des moyens sérieux et pratiques de reconnaître ces adultérations. Le Dictionnaire de M. Baudrimont est, de tous les ouvrages de ce genre, le plus précis, le plus complet, le plus scientifique. Déjà le Dictionnaire de A. Chevallier devait à la grande au-

torité et à la compétence de son auteur la faveur avec laquelle il avait été accueilli. Depuis sa troisième édition ce livre a été refondu, remanié, considérablement augmenté par M. Baudrimont. La préface indique comme ayant été introduits les articles qui sont relatifs à l'acide formique, à l'alizarine, à l'anis étoilé..., l'ergotine..., le fulmi-coton..., la pancréatine, la peptone, le salicylate de soude, le sirop de lactophosphate de chaux, etc. A propos de chacun de ces articles, on trouve de nouvelles indications permettant de s'assurer de leur état de pureté et de leurs propriétés chimiques.

Nous aurions bien désiré, la chose est peut-être impossible, qu'en étudiant la pancréatine et les peptones, si répandues aujourd'hui et sous des états si différents, M. Baudrimont essayât de comparer entre elles les diverses préparations de peptones et qu'il fît bien connaître quels sont les adjuvants qui rendent tout à fait inefficaces certains élixirs dits *eupeptiques*, quelles sont les qualités qu'il convient d'exiger d'une bonne préparation de peptone. Nous aurions aimé aussi à voir signaler, sauf à les critiquer, les préparations de pepsine végétale ou de papaïne, dont l'action dissolvante, nous ne dirons pas digestive, est indéniable dans certains cas déterminés. Mais nous avons trouvé, d'autre part, un si grand nombre de renseignements précieux dans les articles consacrés à l'étude des eaux potables, des vins, de la bière, du lait, du sous-nitrate de bismuth, etc., que nous ne devons insister ici que sur la parfaite méthode adoptée par l'auteur pour l'énumération des faits et des documents que comporte chaque sujet, sur le soin avec lequel la plupart des questions ont été discutées et, par conséquent, sur le profit que les médecins, les pharmaciens, les industriels et même les gens du monde pourront retirer de l'étude de ce bel et bon ouvrage.

L. L.

Index bibliographique.

Hippocrate, Littré, Maillot. De leur influence dans l'histoire des fièvres continues dans les pays chauds et marécageux, par M. F.-C. Maillot. — Paris, 1882. Chamerot.

Sous ce titre, qu'expliquent les premières lignes de sa brochure, M. Maillot, ancien président du conseil de santé des armées, publie quelques pages destinées à établir ce qu'il a fait pour bien définir la nature des fièvres d'Afrique, et comment il est arrivé à diminuer, dans des proportions notables, la mortalité des troupes employées en Algérie. Hippocrate avait décrit sous les dénominations de *lethargus* et de *phrénités* des variétés de forme, non de nature, des maladies paludéennes. M. Maillot avait étudié ces mêmes maladies sous les noms de fièvres *comateuses* et fièvres *délirantes* pseudo-continues. Mais de plus, et c'est là son principal mérite, il avait réagi contre les doctrines thérapeutiques qui régnaient en 1834, et institué une médication rationnelle de ces manifestations diverses de l'impaludisme. Aussi avait-il réussi, — et c'est pourquoi son nom est aujourd'hui célèbre, — à diminuer, dès l'année 1834, de près d'un cinquième la mortalité de l'armée d'Afrique. Nous avons rappelé, il y a quelques années (article Fièvre, *Diction. encycl.*, t. 11, 4e série, p. 219), les titres de M. Maillot. Ses études sur les fièvres pseudo-continues, qu'il appelait alors *irritations cérébro-spinales intermittentes*, datent de 1834. Le premier volume de Littré ne date que de 1839. Nous avions donc été frappés de voir M. Daremberg, dans une très remarquable étude sur l'œuvre médicale de Littré (*Revue des deux mondes*, 1er août), émettre cette idée que M. Maillot s'était emparé avec ardeur de la découverte de M. Littré pour lui faire porter ses fruits auprès de nos pauvres soldats d'Afrique. Il est vrai que Littré a bien établi l'analogie qui existe entre les fièvres décrites par Hippocrate et celles que M. Maillot avait observées en Algérie et décrites sous un nom différent; mais il paraît non moins certain que M. Maillot n'a pas attendu que cette démonstration ait été scientifiquement établie pour réformer la thérapeutique des fièvres d'Afrique, et mériter ainsi l'éternelle reconnaissance de nos soldats et de nos colons.

VARIÉTÉS

CONSTANTINOPLE : MORT VIOLENTE DU DOCTEUR KIATIBIAN. LE HEDJAZ : CHOLÉRA.

Ce qui suit est extrait d'une correspondance adressée de Constantinople au journal *le Temps :*

Le corps du docteur Kiatibian, médecin sanitaire, a été trouvé au bord de la mer, avec des traces de violences à la tête et aux épaules. Les médecins ont conclu à la suffocation; mais deux rapports de la police turque concluent au suicide. Le sultan a nommé une commission spéciale, chargée de rechercher la vraie cause de la mort. Elle est composée du ministre de la justice, d'un procureur général, de M. Goschen, conseil du ministère des affaires étrangères et ancien membre de la magistrature allemande, et de M. Muhlig, médecin de nationalité allemande, habitant Constantinople depuis fort longtemps.

— Le choléra a éclaté au Hedjaz dans les derniers jours du mois d'octobre. Le conseil sanitaire international de Constantinople n'a été avisé qu'assez tard, par suite des difficultés de communications. Cependant, déjà le 31 octobre, M. Bimsenstein, délégué sanitaire ottoman à Alexandrie, avait fait pressentir au conseil la fâcheuse nouvelle par deux télégrammes. L'un annonçait que le vapeur *Memphis*, parti le 27 de Djeddah et arrivé le 30 à Suez, portait sur sa patente l'annotation que, d'après des bruits en circulation, le choléra avait éclaté à la Mecque. L'autre, plus explicite, avisait le conseil qu'un bateau anglais, le *Lungshan*, parti de Djeddah le 28 octobre et arrivé à Suez le 31, portait sur sa patente l'annotation suivante : « Le choléra a éclaté à la Mecque depuis le 24 octobre. »

Le conseil de santé télégraphiait immédiatement à M. Bimsenstein pour lui accuser réception de ses télégrammes, et pour recommander la stricte application du règlement édicté en 1881, prescrivant la quarantaine à El-Wedj pour tous les pèlerins retournant par mer dans leur pays M. Bimsenstein était avisé en même temps que la Porte avait expédié un télégramme au khédive pour appuyer la recommandation d'une exécution rigoureuse du règlement. Le conseil de santé invitait également son délégué à conseiller avec insistance de faire prendre autant que possible aux pèlerins, pour le retour, la voie du désert et de Damas.

Nous ne pouvons entrer dans le détail des correspondances officielles et des mesures prescrites. Disons seulement qu'il résulte de deux télégrammes en langue turque, envoyés de Djeddah et de la Mecque à Constantinople, en date des 27 et 28 octobre, que, du 24 au 26, il y a eu 11 décès cholériques dans la vallée de Muna (ou Mina), et que, le 29, on a constaté à la Mecque 48 décès cholériques.

On voit par ce qui précède que nous étions bien informés en annonçant dans la *Gazette hebdomadaire* du 3 novembre, p. 717, que le choléra existait à la Mecque *au moins* depuis le 24 octobre. On lira sans doute avec intérêt les détails donnés par le correspondant du *Temps* sur les cérémonies du pèlerinage pendant lesquelles le choléra a éclaté.

On sait que ces cérémonies commencent au mont Arafat, célèbre par la tradition musulmane qui prétend qu'Adam et Eve s'y sont rencontrés après une longue séparation. Les pèlerins s'y rendent en masse après avoir revêtu le costume spécial du hadji, qu'on désigne sous le nom d'ihram, et qui se compose d'un linge blanc dont on s'enveloppe les reins, d'une écharpe jetée sur les épaules et de sandales, la tête restant nue. Le mont Arafat est situé à environ 10 lieues de la Mecque. Le troisième jour les pèlerins retournent sur leurs pas et entrent dans la vallée de Muna, où, toujours d'après la tradition, le diable apparut à Adam, qui lui jeta des pierres. Les pèlerins font de même. Ils se servent de tout petits cailloux qui sont ramassés dans la vallée même, et forment des monticules par leur amoncellement depuis des siècles. Chacun doit jeter au diable soixante-trois de ces cailloux. Puis les pèlerins procèdent aux sacrifices, et la vallée, où ils restent deux jours, est ainsi transformée en un immense charnier dont les émanations fétides ont pour résultat naturel d'activer l'action des maladies épidémiques. Les hadjis retournent ensuite à la Mecque, où, après avoir achevé les autres cérémonies du pèlerinage, visite solennelle à la kaaba, etc., ils restent encore dix jours avant de se rendre à Médine ou de retourner directement chez eux.

Il n'est donc pas étonnant que les 11 décès constatés dans la vallée de Muna aient été suivis de 18 autres au retour de la Mecque.

ECOLE DENTAIRE LIBRE DE PARIS. — La semaine dernière a eu lieu la séance de réouverture de l'*Ecole dentaire de Paris*, sous la présidence de M. Ulysse Trélat et de M. Hérard. M. Trélat, partisan du projet de la Faculté de médecine qui tend à exiger des dentistes des examens spéciaux et un diplôme spécial, a fait ressortir, en présence des lenteurs habituelles du travail législatif, les avantages d'une école libre, où se rencontrent, dans les fondateurs, d'entières garanties d'honorabilité, et dans l'organisation de l'Ecole, dans les programmes des cours, dans les auditions de réception, le gage d'un enseignement sérieux. Quant à nous, qui, par des motifs un peu différents de ceux de M. Trélat, regardons aussi comme très désirable l'organisation, au moins provisoire, d'un enseignement spécial de l'art dentaire, nous nous associons pleinement aux paroles judicieuses qu'il a fait entendre, comme à ses témoignages de sympathie envers la nouvelle Ecole.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.— *Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.* — M. Laboulbène a commencé le cours d'Histoire de la médecine et de la chirurgie, le samedi 11 novembre 1882, à quatre heures (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. Dans la première leçon le professeur a résumé l'histoire de Galien et de ses œuvres.

— M. le professeur Gavarret commencera les leçons d'*hygiène biologique* le jeudi 20 novembre dans le petit amphithéâtre, à quatre heures, et traitera des *phénomènes physiques de la vision.*

— M. le doyen recevra désormais les élèves, dans son cabinet, le mercredi et le samedi à quatre heures.

— Les travaux pratiques d'anatomie pathologique commenceront prochainement sous la direction de M. le professeur Cornil et de M. Gombault, chef des travaux. Sont admis : MM. les élèves pourvus de douze inscriptions au moins et qui prendront la troisième du 10 au 18 novembre.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a repris ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, le vendredi 10 novembre, à 9 heures et demie et les continuera les vendredis suivants, à la même heure (salle Saint-Jean).

ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS. — *École municipale d'infirmières de la Salpêtrière.*— L'Ecole municipale d'infirmières de la Salpêtrière a ouvert ses cours professionnels, le lundi 16 octobre, à 8 heures du soir, sous la présidence de M. le docteur Bourneville, directeur des écoles d'infirmières. L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'administration, M. Le Blas; éléments d'anatomie, M. Duret; de physiologie, M. P. Regnard; pansements, M. Poirier; soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, M. Budin; hygiène, M. Blondeau; petite pharmacie, Yvon. Les dames qui veulent suivre les cours professionnels de l'Ecole de la Salpêtrière, doivent se faire inscrire à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, bureau de la direction, de huit heures du matin à midi.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER. — M. Lagarde, agrégé des sciences physiques, chargé de conférences de physique à la Faculté des sciences de Montpellier, est chargé, pendant l'année scolaire 1882-1883, des fonctions de maître de conférences de physique et de minéralogie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Le Monnier est chargé, pendant l'année scolaire 1882-1883, du cours de botanique et d'histoire naturelle.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. le docteur P. Cazeneuve a été nommé professeur de toxicologie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. le docteur Taguet est, par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 11 octobre 1882, chargé du cours complémentaire de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. le docteur Lagardelle, décédé.

ECOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. le professeur Chedevergne, professeur de clinique médicale, est nommé pour trois ans directeur de l'Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE NAVALE DE BREST. — Le 3 novembre avait lieu la séance solennelle de l'ouverture des cours pour l'année 1882-1883. Après une courte allocution du chef de service, M. le professeur Férés a prononcé le discours d'usage, dont le sujet intéresse vivement la thérapeutique. L'orateur a tracé un tableau général de la *matière médicale exotique* dans les diverses parties du monde, et montré toutes les richesses que la thérapeutique pourrait en tirer si elle était soustraite à l'expérience au profit de l'étude clinique et expérimentale. Ce discours a été accueilli par des applaudissements unanimes.

CONSCRITS DE LA SEINE. CAUSES DE RÉFORME. — Le dernier rapport du préfet sur la situation du département donne d'intéressants détails au sujet des conscrits de la Seine. La classe de 1881, levée en 1882, se composait de 17 658 inscrits. 2116 ont été réformés pour infirmités constatées. Les infirmités qui ont motivé le plus de cas de réforme sont : la vue (maladie des yeux), 102; la faiblesse générale de constitution, 137; la perte d'un membre (mutilation), 176; la hernie, 261; les affections du système osseux, 128; les affections de l'ouïe, 75; les affections cardiaques, 102; les scrofules, 61; les affections du système nerveux, 70.

DEVOUEMENT PROFESSIONNEL. — Une plaque portant le nom de M. Alfonso, mort victime de son dévouement en remplissant provisoirement les fonctions d'externe, vient d'être placée à l'hôpital Trousseau, où cet élève a contracté la fièvre typhoïde qui l'a emporté.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Mathelin, membre de la Société de médecine de Paris, de la Société médico-pratique, et professeur à l'Association polytechnique. Il n'était âgé que de trente-quatre ans; — de M. le docteur Adolphe Masson, directeur de l'établissement hydrothérapique de Saint-Didier (Vaucluse), âgé de cinquante-deux ans; — du docteur Séguret (de Rodez), âgé de soixante-trois ans; — de M. le docteur Ferry, médecin-major de deuxième classse au 6e de ligne, à Saintes, mort des suites de la maladie qu'il avait contractée en Tunisie; — de M. Aledon Massina, médecin à Olms (Pyrénées-Orientales), mort à un âge très avancé.

— Par une cruelle coïncidence la mort vient d'enlever à quelques jours d'intervalle Mme Landowska et le docteur Edward Landowski qui dirigeait avec talent l'établissement sanitaire de Mustapha supérieur en Algérie, et qui se montrait si hospitalier envers les confrères qui visitaient l'Algérie.

MORTALITÉ A PARIS (45e semaine, du vendredi 3 au jeudi 9 novembre 1882).— Population d'après le recensement de 1881: 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1119, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 112. — Variole, 9. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 4.—Diphthérie, croup, 45. —Dysentérie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 4. —Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 41.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 207. — Autres tuberculoses, 9. — Autres affections générales, 81. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 45. — Bronchite aiguë, 21. — Pneumonie, 55. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 39; au sein et mixte, 41; inconnu, 8.— Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 94; de l'appareil circulatoire, 73; de l'appareil respiratoire, 70; de l'appareil digestif, 53; de l'appareil génito-urinaire, 31; de la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 1. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 9.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

MOTTEROZ, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — N° 47 — 25 NOVEMBRE 1882

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE, L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 24 novembre 1882.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — DU PSEUDO-LIPOME SUS-CAVICULAIRE, DU SCLÉRÈME GLYCOSURIQUE ET DE L'ADÉNOPATHIE SOUS-TRAPÉZIENNE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : La fièvre typhoïde.

La discussion sur la fièvre typhoïde est descendue des hauteurs, comme M. Hardy en avait prévenu l'Académie en montant à la tribune : mais elle ne s'en est pas trouvée plus mal. L'orateur l'a portée sur la question qui, manifestement, intéresse le plus les praticiens, obligés en ce moment de lutter contre l'épidémie : la question du traitement de la maladie. La doctrine du parasitisme, la médication antizymotique, la prophylaxie elle-même, à quelque point de vue qu'on la considère, sont des questions d'avenir ; celle des moyens dont l'efficacité est démontrée par l'expérience commune est actuelle et pressante : nous souhaitons pour notre part que le débat n'en sorte plus. Pour notre part, nous le suivrons et l'apprécierons brièvement au jour le jour avec l'intention de le résumer dans un dernier article.

Le discours de M. Hardy visait particulièrement celui de M. Hérard, et tendait à prôner, contre l'emploi quotidien de remèdes spéciaux, comme le sulfate de quinine ou l'acide phénique, celui d'une simple médecine de symptômes. A quoi M. Hérard a pu répondre que, lui aussi, voulait atteindre avec la quinine à haute dose un symptôme, qui est l'hyperthermie. Ce mot *médecine des symptômes* demande explication. En dehors des manifestations symptomatiques, il n'y a plus que la cause qui les produit. Tous ceux donc qui, ne jugeant pas cette cause suffisamment connue, ne cherchent pas à la neutraliser directement, pratiquent nécessairement la médecine des symptômes, même quand ils administrent les désinfectants. A l'enseigne thérapeutique qui s'est accentuée dès le commencement de cette discussion, mais qui a été tout à fait déployée dans la dernière séance, il vaudrait mieux substituer celle de la médecine des indications, qui se tire bien des symptômes comme des lésions, mais des symptômes et des lésions *interprétés*. Le médecin qui traite le symptôme est celui qui combat l'hyperthermie par un hypothermisant, la diarrhée par un constipant, la fréquence du pouls par la digitale, la fétidité des garde-robes par un antiputride, etc. Se régler sur les indications, c'est se demander si l'hyperthermie, quoique symptôme, n'exerce pas par elle-même une influence fâcheuse sur la maladie, ainsi que le pense M. Hérard, ou si elle n'appelle aucune

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

Allemagne. — Examen des enfants des écoles au point de vue de l'audition. — Rareté des médecins en Saxe. — Organisation des médecins du cercle de Breslau en Société déontologique. — Petite épidémie de trichinose à Brunswick. — Mort de MM. Wohler et Oberiner. — Jurisprudence allemande en cas de coups et blessures. — Deux crémations à Gotha. — Aesmit et Aemund dans un asile d'aliénés d'Astrakhan. — Le ministère de la guerre en Russie et les médecins militaires israélites.

En Wurtemberg, l'administration centrale vient d'adresser à l'inspectorat général des villes et au rectorat des séminaires, une instruction relative à la recherche de la surdité. Le rédacteur insiste sur ce que bien des enfants entendent mal sans que les parents l'aient remarqué. A l'école, ils sont inattentifs et dissipés ; la chose est facile à comprendre, puisque une grande partie de ce qu'on dit leur échappe : c'est aux maîtres de chercher si l'audition est satisfaisante. Quand un enfant est constamment distrait, il est bon de l'examiner sommairement pour savoir comment il entend, et pour peu que la fonction laisse à désirer, d'en prévenir la famille.

Nous ne saurions dire jusqu'à quel point cette circulaire est utile ; on aurait tort de conclure, d'après elle, que les jeunes Wurtembergeois sont moins favorisés sous le rapport de l'ouïe que les enfants de tout autre pays. Nécessaire ou non, il serait bon qu'une pareille mesure fût appliquée. Des oculistes allemands d'une grande valeur ont examiné des milliers d'enfants au point de vue de la réfraction. C'est le seul moyen de connaître l'influence des travaux scolaires sur le développement des amétropies. Si l'on faisait la même chose pour l'oreille, il est probable qu'on aurait des résultats tout à fait inattendus. Tout le monde médit de la statistique, et cependant c'est à elle qu'appartient le dernier mot lors-

médication particulière, comme le soutient, — avec quelque exagération, peut-être, — M. Dujardin-Beaumetz; c'est se demander encore s'il n'y a pas lieu d'augmenter une diarrhée existante; si la fréquence et la force du pouls sont convenables, non pas en soi, mais relativement au sujet et à l'ensemble des éléments de la maladie; quelle action excerce sur les matières fétides un désinfectant administré en lavement, et quel agent aurait le plus de chance de les atteindre par les voies supérieures, jusque dans l'iléon et dans le cæcum.

Tel est l'esprit général des règles à suivre dans le traitement de la fièvre typhoïde, de toutes les pyrexies la plus féconde en incidents et, par suite, en indications spéciales. Nous ne prétendons pas qu'il ait été méconnu par aucun des orateurs de mardi; leur réputation de cliniciens les met à l'abri de toute suspicion à cet égard; mais il était bon de rappeler cette base nécessaire d'une controverse utile.

Nous voudrions aussi qu'on se gardât contre les prétentions de la statistique, plusieurs fois invoquée mardi. Toutes ces proportions de mortalité sur six, sur vingt, sur trente observations, ramenées au tantième pour cent, n'ont aucune valeur sérieuse. M. Hérard a été le premier à faire bon marché de la sienne (1 mort sur 6), et M. Dujardin-Beaumetz a loyalement déclaré que sa moyenne de mortalité s'était notablement élevée depuis huit jours. Quand on aura à sa disposition quelques centaines ou un millier de faits un peu comparables, on pourra parler statistique. Jusque-là, ce qui peut seul éclairer sur le mérite d'une médication, c'est son effet constatable, visible, sur le *malade* qui la subit.

Deux points principalement ont été abordés dans la dernière séance : d'une part, la valeur des hypothermisants; de l'autre, celle du sulfate de quinine à haute dose, dans la fièvre typhoïde. Ces points seront repris certainement par d'autres orateurs; nous y reviendrons avec eux. Pour le moment, nous nous bornons à appeler l'attention sur la nécessité à laquelle ne satisfont pas en général les orateurs, soit pour leur compte, soit pour celui des auteurs qu'ils citent: la nécessité d'indiquer, avec la dose du sulfate de quinine, la forme sous laquelle il a été administré.

Comme MM. Hérard et Dujardin-Beaumetz, nous doutons que les cas de mort subite rappelés par M. Hardy soient imputables au sulfate de quinine donné à la dose de 2 grammes ou 2gr,50 pendant deux ou trois jours, et nous nous y croyons d'autant plus autorisé que le médicament a été, selon toute apparence, administré en poudre. Or, on sait que le sel quinique a été quelquefois retrouvé dans les garde-robes, et M. Legouest a cité un cas dans lequel, non seulement le sel, mais *les cachets* qui le contenaient, ont été rendus entiers *au début de la convalescence* (?). On ne peut s'empêcher d'ailleurs d'être frappé de l'absence des effets habituels de la quinine chez des sujets qui en prenaient quotidiennement des doses considérables. Pour que le médicament en poudre jouisse de toute son activité, il faut deux conditions : d'abord, qu'il soit suffisamment acidifié pendant son parcours dans l'estomac et les intestins; ensuite qu'il soit absorbé. Or les humeurs gastro-intestinales d'un typhique sont-elles toujours propres à l'acidification du sulfate neutre de quinine? Leur muqueuse digestive est-elle toujours propre à l'absorption? Le médicament ne peut-il être altéré par les produits anormaux de la sécrétion intestinale et la décomposition des matières fécales? La poudre ingérée, alors même qu'elle rencontrerait des conditions favorables d'action, ne peut-elle être entraînée trop rapidement par les selles liquides? Autant de chances défavorables dont la portée pourrait être mesurée avec la seule précaution d'analyser l'urine et les déjections alvines des malades soumis à la médication quinique. Sans cette précaution, au moment où nous sommes, la signification thérapeutique de tous les cas où le médicament a été administré en poudre peut être provisoirement suspectée.

A. D.

Du pséudo-lipome sus-claviculaire, du sclérème glycosurique, et de l'adénopathie sous-trapézienne.

RÉPONSE A M. LE PROFESSEUR POTAIN.

Mon cher ami,

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt la réponse que vous avez bien voulu faire à ma lettre déjà ancienne sur le pseudo-lipome sus-claviculaire.

Nous avons vu les mêmes choses, à peu près de la même manière; nous admettons la fréquence assez grande de l'affection, nous la rattachons à la diathèse arthritique (rhumatisme ou goutte), nous la tenons pour fort bénigne et nous ne lui opposons aucun traitement.

Malheureusement nous ne sommes pas beaucoup mieux fixés l'un que l'autre sur sa nature histologique et sur sa pathogénie. J'étais porté à croire qu'il s'agissait simplement d'une

---

qu'il s'agit de résoudre un problème d'étiologie, et d'arriver à corriger des conditions de milieu défavorables ou dangereuses.

Malheureusement la statistique sera longtemps probablement, pour beaucoup de pays, un *desideratum*. Dans tout l'empire d'Allemagne, la médecine publique est bien organisée; il y a des *kreisphysici* dont les attributions sont précises, et malgré cela tout se passe à peu près comme chez nous, les rares praticiens à la campagne sont déjà surchargés de besogne, comment pourrait-on leur demander un travail supplémentaire? Certains districts de Prusse manquent de médecins; en Saxe, c'est pire encore. A la surabondance dans les grands centres correspond une véritable disette dans les campagnes; les petites villes elles-mêmes ont beaucoup de peine à se pourvoir. « Si l'on cherche la raison d'être d'un pareil état de choses, on trouve en première ligne l'énorme disproportion qui existe entre les sacrifices pécuniaires qu'exigent actuellement les études médicales, les fatigues d'une pratique rurale, et les ressources qu'elle donne. Le jeune docteur hésite à s'exiler quand il songe à ces difficultés et au milieu dans lequel il devra désormais vivre. On a bien un moyen de remédier à tout; il suffirait que les communes consentissent à s'imposer des sacrifices pour créer une situation à peu près tolérable au médecin. »

Les conditions signalées par l'auteur de l'article ne sont nullement propres au *platt Land* de la Saxe. Je connais pour mon compte des régions très riches de nos départements de l'ouest auxquelles on pourrait appliquer ce qu'il dit sans en changer une syllabe; le remède qu'il propose est rationnel, il serait probablement efficace si jamais il est appliqué en Allemagne.

Ce sera une excellente occasion pour nous de l'employer à notre tour : malheureusement je doute que les conseils municipaux, ceux des communes rurales surtout, l'adoptent avec un vif enthousiasme.

accumulation circonscrite de tissu adipeux; vous croyez plutôt à une sorte d'infiltration séreuse, d'œdème particulier, avec le caractère exceptionnel qu'il ne conserverait pas l'empreinte de la pression.

Une belle et bonne autopsie viendrait bien à propos nous mettre d'accord, mais comme elle peut se faire encore longtemps attendre, je vais vous donner les raisons qui me font persévérer dans mon opinion. Vous m'aviez parlé de l'œdème rhumatismal, il y a déjà assez longtemps, je l'ai donc recherché dans les derniers cas de pseudo-lipome que le hasard a mis sous mes yeux, et je ne l'ai point constaté.

D'autre part j'ai eu l'occasion de pratiquer, il y a quelques mois, la résection de la clavicule chez une dame âgée atteinte précisément du pseudo-lipome sus-claviculaire. Les incisions nécessaires pour l'opération ont côtoyé de fort près la tumeur et atteint même sa circonférence. Or je n'ai vu en ce point que du tissu adipeux ordinaire non enkysté, et se continuant avec celui qui tapissait le reste de la région. A la vérité, je n'ai pas osé pousser trop loin la dissection et mettre à nu toute la saillie anormale parce que la région sus-claviculaire est de celles où le chirurgien n'a pas le droit de satisfaire la curiosité de l'anatomo-pathologiste.

Je reconnais qu'à l'appui de votre opinion vous apportez des arguments qui ne sont pas sans valeur. Vous signalez d'abord la multiplicité des intumescences chez le même sujet, fait que j'accepte très volontiers; les polysarques, en effet, sont comme de gros sacs dont l'enveloppe est susceptible de présenter des éraillures à travers lesquelles le tissu adipeux fait en quelque sorte hernie.

Vous ajoutez que, toujours chez le même sujet, certaines intumescences offrent les caractères du pseudo-lipome et certaines autres rappellent ceux de l'œdème. On pourrait croire à la coïncidence des deux formes; vous penchez vers l'identité de nature.

A ce propos, vous citez l'histoire d'un malade que, par un hasard singulier, j'ai moi-même vu trois fois au printemps dernier. « C'était, dites-vous, un gros homme d'une quarantaine d'années, qui portait au côté gauche du thorax, aux environs de la huitième ou neuvième côte, une sorte de tumeur aplatie ou de plaque sclérémateuse de la largeur de la paume de la main, adhérant à la peau, mais mobile sur les parties profondes. »

Or, paraît-il, le même sujet offrait « le pseudo-lipome sus-claviculaire parfaitement caractérisé ». J'ignorais ce détail, mais si je l'avais connu et constaté, il m'aurait plutôt servi à établir une différence qu'une similitude entre les deux espèces d'intumescence.

En effet, j'ai pris de mon côté l'observation détaillée de ce malade; je vais la remettre sous vos yeux avec le titre que je lui donnais à cette époque.

Obs. I.— *Sclérème chez un ancien diabétique. Absence de sucre. Oxalurie très marquée.*— M. P..., trente-cinq ans, très robuste en apparence et muni d'un embonpoint déjà considérable, vint me consulter le 9 mars 1882 pour ce qu'il disait être une légère affection de la peau. Il portait au côté gauche du thorax, au niveau de la partie supérieure de l'hypochondre, une induration cutanée en forme de plaque à contours un peu irréguliers, offrant environ 6 à 7 centimètres dans ses différents diamètres, ne faisant aucune saillie au-dessus du plan des parties voisines, mais présentant approximativement 2 centimètres d'épaisseur. Cette induration occupait la couche adipeuse sous-cutanée; légèrement mobile, c'est-à-dire exempte d'adhérences aux parties profondes, elle se confondait avec la face interne du derme, comme cela a lieu pour les squirrhes commençants de la mamelle. La peau toutefois ne présentait aucune altération de structure; à peine y remarquait-on une légère coloration violacée qui s'effaçait sous la pression et qui aurait certainement passé inaperçue, si la blancheur générale des téguments avait été moindre. La pression, du reste, exercée sur cette plaque, ne laissait pas d'empreinte et ne provoquait qu'une douleur insignifiante. Dans les grands mouvements du bras, il y avait un peu de gêne à ce niveau, et pendant la nuit survenait parfois une sensation de brûlure.

Il n'y avait d'engorgement ganglionnaire ni dans l'aisselle ni dans l'aine.

C'était par hasard, un mois auparavant, en s'essuyant le corps après une douche, que M. P... avait découvert la lésion en question. Depuis cette époque, cette sorte de sclérème circonscrit s'était légèrement accrue, mais en conservant toujours les mêmes caractères et la même bénignité.

Aucun moyen thérapeutique n'avait été mis en usage. J'étais très pressé ce jour-là et n'avais pas le temps de procéder à un interrogatoire complet. Toutefois, reconnaissant dans cette affection cutanée une lésion que j'avais déjà rencontrée chez des glycosuriques, et soupçonnant l'existence du diabète chez mon patient, je lui déclarai que j'avais besoin de le revoir et de connaître surtout la composition de ses urines.

M. P... répliqua aussitôt que s'il s'agissait de savoir si ces dernières renfermaient du sucre, il pouvait m'éclairer sur-le-champ. Il y a quelques années, me dit-il, j'ai été diabétique et j'ai rendu quotidiennement jusqu'à 40 grammes de sucre; mais je suis actuellement guéri et deux analyses faites tout récemment ont été absolument négatives.

J'expliquai à M. P... que ses renseignements confirmaient mes prévisions, mais qu'il fallait procéder à une nouvelle analyse et

---

— Dans leurs réunions générales du 24 octobre 1880, les médecins du cercle administratif de Breslau avaient songé à fonder une Société destinée à développer la confraternité et surtout à modérer l'ardeur de ceux qui seraient tentés de la traiter par trop cavalièrement. Ce projet a été mis à exécution dans une nouvelle réunion tenue le 14 mai dernier. Le but de l'association est d'augmenter la dignité de la profession, de faire une guerre à outrance à la réclame et au charlatanisme; le statut fondamental comprend 15 paragraphes; ils n'ont rien d'original, comme tous les documents de même nature, c'est une sorte de codification des points saillants de notre déontologie. Les articles les plus intéressants sont relatifs à la répression des incorrections. La Société est libre; ses décisions n'auront qu'une valeur relative; mieux vaut cependant une institution pareille que l'anarchie. Elle prendra dans son sein une commission arbitrale destinée à juger les différends qui pourront s'élever entre confrères; puis un conseil d'honneur qui donnera son avis sur des choses plus graves touchant à l'indélicatesse, et prononcera au besoin la radiation du membre incriminé. On ne saurait trop souhaiter que de pareilles institutions *réussissent.*

— Une épidémie de trichinose a régné cette année à Brunswick; 180 individus, dont 110 civils et 70 militaires, ont été atteints, on ne mentionne pas de décès; il paraîtrait qu'un seul porc ladre a été la cause de tout. Le charcutier l'ayant tué en même temps que six autres, il était entré de la viande de l'animal dangereux dans toutes les préparations qu'il fit à ce moment. C'est ce qui explique la rapide diffusion et la bénignité de l'épidémie.

— Le chimiste Wöhler, le Nestor des universités allemandes, est mort dans le cours du mois de septembre. Il avait étudié la médecine d'abord, puis la chimie, sous Gmelin et Berzelius. Depuis 1836, il était directeur de l'Institut chimique de Göttingen. M. Wöhler était né le

non seulement rechercher la glycose, mais encore doser les principales matières contenues dans l'urine.

Deux jours après je recevais un demi-litre de l'urine rendue dans la dernière journée, et je procédai de suite à la recherche du sucre.

J'employai d'abord la liqueur cupro-potassique : la partie supérieure de la colonne liquide soumise à la chaleur prit bientôt une couleur verte assez pure, puis à la longue on vit la teinte se troubler, se salir, et devenir jaunâtre ; en prolongeant longtemps l'expérience, j'obtins une réduction incomplète, mais évidente de la liqueur.

Je pensai d'abord, à cause de la coloration verte produite au début de la réaction, que j'avais affaire à une inosurie dont j'ai observé quelques exemples dans ces dernières années, mais pour être tout à fait éclairé je confiai l'analyse à M. Béhal, interne en pharmacie de mon service, fort habile en ce genre de recherches, et qui voulut bien me remettre la note suivante le 12 mars 1882.

Urine colorée normalement, légèrement trouble. Réaction acide. Densité 1040. Urée 18 grammes. Acide phosphorique 1gr,60. Pas de sucre, pas d'albumine, pas d'inosite.

Au microscope, grande quantité de cristaux d'oxalate de chaux. C'est à cette dernière substance qu'il faut attribuer la réduction de la liqueur de Fehling après une ébullition suffisamment prolongée.

Pendant que se faisait l'enquête chimique, j'obtenais les renseignements suivants ; M. P... est issu de parents robustes qui n'ont jamais été malades ; lui-même s'est fort bien porté dans son enfance ; dans sa jeunesse il a été atteint à plusieurs reprises de bronchites intenses et opiniâtres ; au temps de ses études, tout en travaillant, il se livrait avec ardeur aux plaisirs de tous genres et surtout à ceux de l'amour ; il contractait ainsi diverses affections vénériennes, blennorrhagie, orchite, chancre suspect, probablement infectant pour lequel le proto-iodure fut administré, d'ailleurs passagèrement. Depuis cette époque il n'a pas eu d'accidents syphilitiques manifestes.

Ayant pris en province une étude de notaire, M. P... se maria et cessa de faire un exercice physique suffisant. Il y a cinq ans, à la suite d'une dernière bronchite, il engraissa rapidement de quarante livres. M. Gueneau de Mussy, consulté alors, soupçonna le diabète, que confirma l'examen des urines. On trouva à cette époque 40 grammes de sucre. Les symptômes étaient du reste peu prononcés ; la soif était modérée, la polyurie peu intense, de temps en temps il y avait éruption d'herpès préputial.

On prescrivit le régime approprié, qui ne fut pas suivi très rigoureusement, l'exercice physique et une saison aux eaux de Brides. Ces mesures furent efficaces, car au bout de quelques mois la glycose avait disparu.

M. P... quitta la province et s'installa à Paris où il se livra moins assidument à son travail de cabinet, sans toutefois exercer davantage son système musculaire. Il se portait bien néanmoins, lorsque vers la fin de l'année dernière quelques constatations lui causèrent une certaine inquiétude.

Les forces physiques ne répondaient nullement aux apparences d'une constitution athlétique, et la fatigue survenait bientôt après une marche tant soit peu prolongée. Les appétits vénériens, autrefois très prononcés, diminuaient singulièrement ; les testicules, jadis volumineux et fermes, paraissaient se ramollir et s'atrophier. L'herpès préputial s'était montré comme au temps de la glycosurie ; enfin la soif était revenue avec la sécheresse de la langue pendant la nuit. La quantité d'urine rendue dépassait ordinairement deux litres. Une analyse fut faite : le sucre n'existait pas. Au mois de février apparut sans cause l'induration cutanée signalée plus haut. Sa persistance amena M. P... chez moi. Dans les premiers jours de mars on avait encore recherché en vain la présence du sucre dans l'urine.

Je prescrivis la reprise du régime antidiabétique, l'usage de l'eau de Vichy, l'exercice physique régulier, et localement les applications émollientes.

Au bout d'un mois la plaque cutanée n'avait guère changé ; elle ne s'était point accrue, mais la coloration violacée de la peau était plus marquée ; la pression était toujours indolente, mais de temps en temps des picotements assez vifs et une sensation de brûlure se manifestaient assez fortment pour troubler le repos.

Remarquez bien, je vous prie, les différences entre le pseudo-lipome mollasse, à contours arrondis, soulevant la peau sans y adhérer étroitement et sans en changer la coloration ni la souplesse, insensible au toucher et absolument indolent, et cette plaque dure, résistante, confondue avec le derme, ne faisant point saillie au-dessus des parties environnantes, légèrement violacée et devenant, la nuit surtout, le siège d'élancements vifs et d'une sensation de brûlure. Le patient que vous et moi avons observé faisait d'ailleurs une telle différence entre son pseudo-lipome sus-claviculaire et la plaque indurée de la paroi thoracique, qu'il s'alarmait de la seconde et attachait si peu d'importance à la première qu'il n'avait pas même jugé à propos de me la montrer.

Restez convaincu, mon cher ami, que chez ce malade la plaque d'induration cutanée est en relation directe avec l'hyperglycémie, et qu'en conséquence il y a lieu d'admettre une variété particulière de dermatose liée à la glycosurie, et que j'appelle pour cette raison le sclérème glycosurique.

Cette lésion curieuse mériterait bien une description spéciale ; elle n'est pas très rare parce que je l'ai déjà rencontrée plusieurs fois ; enfin elle a une valeur séméiologique telle qu'elle m'a permis une fois déjà de reconnaître l'existence du diabète chez un malade qui niait en être affecté, et que chez notre patient commun j'ai sur ce seul indice soupçonné

31 juillet 1800, il avait donc un peu plus de quatre-vingt-deux ans.

— Le professeur Oberiner, de Bonn, a succombé le 26 octobre, à une affection organique de l'estomac. Directeur de la polyclinique et de l'hôpital catholique de la ville, M. Obernier avait publié des travaux estimés sur l'inoculation, l'action de l'alcool sur la température et les tumeurs cérébrales. C'est surtout à l'étude des affections gastro-intestinales qu'il s'était appliqué ; il les connaissait admirablement, et bien qu'il n'eût à peu près rien écrit dans ce sens, son expérience clinique et son savoir étaient universellement appréciés en Allemagne. Le défunt était un homme de goût ; il avait réuni dans une maison de campagne, qu'il possédait sur les bords du Rhin, une très belle collection d'objets d'art, il l'a laissée par testament à la ville de Bonn, en ajoutant un legs de 150 000 marks, pour créer le premier fond d'un musée municipal. Encore un excellent exemple.

— La chambre correctionnelle du tribunal de Stettin a dû juger, le 31 octobre dernier, une affaire assez ordinaire au fond, mais bizarre dans ses détails. Un certain Pahl, se battant avec un autre individu, voulut imiter Alcibiade, probablement sans le savoir ; il mordit à si belles dents son adversaire qu'il lui détacha presque un doigt ; il fut impossible de conserver ce doigt, on dut l'amputer. Une première fois, ce lutteur trop convaincu fut condamné à un an de prison ; la sentence fut cassée ; un second tribunal la confirma. Tous les deux se basaient sur ce qu'un doigt *doit être regardé comme une partie importante du corps humain*. Le jugement ayant été infirmé une seconde fois, la cause fut renvoyée devant les juges de Stettin, qui, plus indulgents, réduisirent la peine à six mois de prison. Nous regrettons de ne pas avoir la relation complète du procès, parce qu'elle pourrait nous fournir d'utiles renseignements sur la manière dont les magistrats allemands comprennent le rôle du médecin légiste en pareil cas. Chez nous on ne lui demande

une glycosurie qui avait existé en effet quelque temps auparavant. Dans une autre occasion, où j'étais appelé à intervenir chirurgicalement, j'ai encore songé au diabète, j'ai laissé mon bistouri au repos, et je n'ai pas eu à m'en repentir.

Mais en somme peut-être lirez-vous sans déplaisir les quelques notes que j'ai recueillies sur ce sujet.

Obs. II. — M. B..., négociant en tissus, quarante-cinq ans environ, taille moyenne, embonpoint ordinaire, paraissant bien constitué, et jouissant d'une assez bonne santé, me fait mander pour une douleur dans le membre inférieur gauche, avec gêne dans la station et dans la marche. A la partie externe et inférieure de la cuisse gauche se voyait une altération singulière. C'était une induration en forme de plaque, faisant à peine saillie au-dessus des parties voisines, mal circonscrite à sa circonférence, mesurant de 12 à 15 centimètres dans ses différents diamètres, et qui semblait comprendre la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et jusqu'à l'aponévrose *fascia lata*, car elle était à peine mobile sur les parties profondes. La surface était lisse, la consistance partout très grande, la pression ne laissait pas d'empreinte et ne déterminait qu'une douleur insignifiante. La teinte du tégument était légèrement modifiée; elle était d'un rose un peu violacé, plus intense par places et comme marbrée. Les ganglions inguinaux n'étaient point engorgés; le reste du membre était tout à fait sain.

Le mal avait paru quelques semaines auparavant sans cause appréciable; il s'accroissait de jour en jour, mais sans provoquer d'accidents généraux, et, n'eût été la sensation de tension dans la marche, il eût passé inaperçu.

J'étais fort embarrassé pour porter un diagnostic; je ne reconnaissais là ni le sclérème des adultes, ni le phlegmon ordinaire, ni la lymphangite, ni l'érysipèle. Je songeai plutôt à ce que Laugier a décrit sous le nom de *phlegmon chronique*, affection mal déterminée, qui se rapporte sans doute quelquefois aux gommes larges ou profondes, à marche lente, siégeant dans les membres, les bourses séreuses ou tendineuses sous-cutanées, ou le tissu conjonctif sous-aponévrotique.

Le soupçon du diabète m'étant venu à l'esprit, d'après quelques renseignements relevés dans l'interrogatoire, je priai mon bien regretté élève et ami Chalvet, qui s'occupait beaucoup de chimie pathologique, d'analyser les urines. Une première recherche fut infructueuse, mais dans la suite on retrouva plusieurs fois la glycose (il suffisait d'ailleurs de faire manger au malade 200 ou 300 grammes de raisin sec pour la faire apparaître). Nous avions affaire à un de ces cas de diabète intermittent comme j'en ai rencontré tant d'exemples depuis.

M. B... n'avait pas de médecin attitré. Chalvet lui continua donc ses soins, et le mit au régime comme s'il se fût agi d'un diabétique ordinaire. Le résultat fut favorable, au moins pour la lésion locale. La coloration anormale de la peau disparut d'abord, puis l'induration diminua peu à peu d'étendue, d'épaisseur et de consistance. Les douleurs suivirent la même progression décroissante. Bref, au bout de quelques semaines le sclérème n'existait plus.

Je perdis ce malade de vue. J'appris plus tard qu'il avait succombé avec tous les signes d'un diabète grave.

Dans les cas qui précèdent, le travail inflammatoire était réduit au minimum, et dans l'un des deux au moins il a paru entrer en résolution sous l'influence d'un traitement approprié; mais il peut aussi s'accentuer davantage. L'affection prend alors nettement les caractères du phlegmon, et se termine comme lui par suppuration. Pourtant, dans ces cas encore, la résolution n'est pas impossible, comme l'attestent les quelques lignes suivantes insérées dans la *Gazette des hôpitaux*, d'après une de mes cliniques.

Obs. III. — J'avais été appelé par un confrère pour pratiquer des incisions dans un phlegmon diffus grave du membre inférieur. Le malade, âgé de quarante-quatre ans, grand et gros, taillé en athlète, exerçait cependant la profession sédentaire de fleuriste. La vigueur d'ailleurs n'était qu'apparente. Le patient était dyspeptique et doué d'une force musculaire tout à fait ordinaire. Quelques jours auparavant, après avoir marché plus que d'habitude et pris froid, il avait ressenti dans le mollet une douleur que le repos et les cataplasmes n'avaient pas empêché de s'accroître progressivement. Le gonflement se montra et envahit depuis les orteils jusqu'au pli de l'aine tout le membre, qui devint le siège d'une induration égale et uniforme. La dureté rappelait celle de la *phlegmatia alba dolens*, mais il y avait de plus une teinte rouge uniforme. La palpation et la pression ne déterminaient qu'une douleur modérée; nulle part il n'y avait de fluctuation.

Ce cas me sembla douteux; en général, un phlegmon commence par un point circonscrit, et bien rarement il envahit en même temps un membre tout entier; il a d'ordinaire pour point de départ une plaie ou une lésion d'une bourse séreuse. Or, il n'existait rien de semblable. Dans le cas actuel, d'ailleurs, je ne trouvais pas les caractères manifestes d'un phlegmon diffus; c'était plutôt une induration phlegmonoïde, une sorte de *sclérème rouge*.

J'hésitai fort à entailler la peau chez cet homme, d'autant plus qu'il était très gras, et qu'en général les plaies se comportent mal chez les sujets d'un grand embonpoint. Je m'abstins donc; seulement je conseillai de rechercher le plus tôt possible la glycosurie, que je soupçonnais, et, en cas d'affirmative, d'instituer le traitement approprié.

L'analyse démontra que les urines renfermaient 25 grammes de glycose par litre.

L'induration disparut peu à peu spontanément. (*Gazette des hôpitaux*, 4 février 1879.)

Deux fois en revanche j'ai observé la suppuration.

---

qu'une chose, fixer la durée de l'incapacité de travail et indiquer au besoin si la blessure peut gêner le sujet dans l'exercice de sa profession; à déterminer en un mot, autant que faire se peut, les présents et futurs du traumatisme. Le considérant que nous avons rapporté est basé sur une conception plus sentimentale : « Un doigt est une partie importante du corps humain. » Cela rappelle ce qu'on trouvait dans les vieilles lois tudesques : Amende de telle somme pour qui a coupé le nez du voisin, amende différente pour une plaie simple du bras, un coup avec fracture de l'os. Le législateur avait une idée déterminée sur l'utilité réciproque des membres ou des organes, et il établissait, d'après elle, la quantité du *wehrgeld*. Dans le jugement de Stettin, il ne s'agit plus de réparation pécuniaire, mais d'une peine correctionnelle; il serait curieux qu'elle eût été fixée d'après les mêmes principes.

— On ne parle plus beaucoup de la crémation; cependant elle a toujours des partisans; aussi, le 29 octobre dernier, on a brûlé à Gotha deux cadavres, pour se conformer à la volonté expresse des défunts. C'étaient ceux d'un ingénieur d'Eisenach appelé Saps, et de M. Théobald, docteur en philosophie, décédé à Hambourg où il habitait.

— Il y a dans la mythologie scandinave une légende terrible, celle d'Assmit et Assmond, les frères d'armes ennemis. Assmit, dans un combat, avait été tué le premier. Fidèle à son serment de fraternité, Assmond descendit vivant dans le sépulcre qu'on referma et il se coucha près de son compagnon en attendant qu'il s'endormît lui-même du sommeil éternel. La dernière pierre était à peine scellée que le mort se releva et se précipita sur le vivant pour le dévorer. La colère du guerrier s'alluma, il défendit sa vie avec tant de vaillance que la lutte dura cent ans; elle prit fin seulement quand des militaires ouvrirent par hasard le tombeau des guerriers, espérant y trouver des trésors. D'après le *Nouvelliste russe*, cette lé-

Obs. IV. — J'ai visité, il y a sept ans, un homme d'une cinquantaine d'années, de haute taille, de forte charpente, et qui affirmait jouir d'une excellente santé. Cependant la coloration de la peau, l'expression des traits, le vague du regard contredisaient cette assertion. Quelques questions me démontrèrent bientôt que j'avais affaire à un alcoolique; mais ce n'était pas tout. Le patient s'étant déshabillé, me montra d'abord son bras gauche considérablement tuméfié, jusqu'à être à peu près doublé de volume. La peau était pâle, avec des teintes violacées de distance en distance. Çà et là on voyait des trajets fistuleux; partout la consistance était semblable à celle que présentent les membres inférieurs atteints de vieux ulcères variqueux.

Le bras était dans cet état depuis très longtemps; le stylet introduit dans les fistules conduisait, paraît-il, jusque sur l'humérus dénudé; mais cette affection ne déterminait que peu de douleurs et peu de gêne, et c'était pour autre chose que mes soins étaient réclamés.

La tuméfaction du bras s'étendait en avant et en bas à la paroi thoracique, en haut au moignon de l'épaule, mais surtout en arrière, presque jusqu'à la colonne vertébrale.

Depuis quelques jours, en ce point, l'œdème dur s'était en quelque sorte enflammé; la peau, dans toute la région correspondant à la face postérieure du scapulum, et au-dessous, dans une étendue de plusieurs travers de doigt, était transformée en une plaque d'une dureté extrême, d'un rouge sombre tirant sur le violet. La pression même forte ne déterminait pas grande douleur et laissait à peine d'empreinte. La température locale semblait assez élevée. Nulle part de fluctuation évidente, mais seulement une sensation de résistance profonde. N'eût été la rougeur et la chaleur locales, je retrouvais là tous les caractères du sclérème diabétique.

Je dirigeai mes questions dans ce sens, mais inutilement; le malade répondait confusément et paraissait impatient de mon insistance; il finit cependant par me dire qu'un médecin avait déjà fait faire l'analyse des urines, et qu'on n'y avait rien trouvé d'anormal.

N'ayant en ce moment rien sous la main pour m'éclairer sur ce point, je remis à un autre moment la recherche propre à fixer le diagnostic.

J'ai dit que l'inflammation aiguë s'était développée depuis quelques jours, qu'elle était peu douloureuse, que le malade lui-même ne s'en préoccupait guère. Mais, en dépit de cette insouciance, l'état général était mauvais, comme je l'appris des personnes de la famille. L'anorexie était complète, la soif vive, la fièvre presque constante, le sommeil agité par des rêves, et souvent même du délire; les forces physiques déclinaient de jour en jour.

L'œdème et la rénitence me firent soupçonner l'existence d'une couche de pus sous l'induration; aussi proposai-je une incision qui fut aussitôt acceptée. Armé d'un excellent bistouri droit, je pratiquai une incision de 5 centimètres environ sur le point culminant de la plaque. Il me fallut employer une force extrême pour traverser la plaque cutanée, qui n'avait pas moins de 2 centimètres d'épaisseur en cet endroit, et pour arriver jusqu'à une couche moins résistante, qui renfermait, non point du pus collectionné, mais une sorte de sérosité purulente infiltrée dans le tissu conjonctif.

Je crus, en conséquence, devoir faire, en dedans et en dehors de la première, deux autres incisions égales, distantes de 5 à 6 centimètres environ, et qui, comme la première, donnèrent passage à un mélange de sang, de sérosité et de pus.

Le malade ne broncha pas et ne proféra pas une plainte. Je le félicitai de son courage, mais il me déclara simplement qu'il n'avait pas crié, parce qu'il n'avait rien senti.

La sérosité purulente siégeait sous l'induration. Celle-ci n'était nullement en suppuration; elle offrait exactement l'aspect que tous les chirurgiens ont constaté lorsque, faisant les débridements périphériques, en cas d'anthrax, ils atteignent la circonférence de la tumeur, là où il n'existe qu'un épaississement du derme; à défaut de pus la surface de section des trois incisions donnait du sang veineux en abondance. Je passai près de dix minutes à modérer cet écoulement d'abord par la compression digitale, puis en remplissant les plaies avec de la charpie, et enfin en faisant des applications de compresses froides.

Pendant tout ce temps l'idée du diabète me poursuivait plus que jamais, car l'insensibilité à la douleur et ce suintement veineux persistant me rappelaient ce que j'avais maintes fois constaté chez les glycosuriques.

Je renouvelai mes questions et réclamai cette analyse d'urine faite antérieurement. Le malade alors indiqua à sa fille un meuble où l'on découvrirait peut-être le document en question. Quelques minutes après on m'apporta un dossier d'ordonnances où se trouvait une analyse faite une année et demie auparavant à la pharmacie Mialhe, et où était signalée la présence du sucre dans la proportion de 7 à 8 grammes par litre.

Le malade dont l'intelligence, comme je l'ai dit, était fort affaiblie, avait tout à fait oublié ce détail ou n'y avait attaché aucune importance.

Le milieu où j'étais semblait fort misérable. On devinait sans peine un de ces exemples de déchéance sociale et morale irrémédiable, aboutissant au dénûment le plus complet. A peine trouvai-je de quoi faire un pansement convenable. Comme d'autre part le fait était pour moi d'un très grand intérêt, je conseillai à la fille de me confier son père que je recevrais dans mon service et que je soignerais de mon mieux. Ma proposition fut acceptée avec reconnaissance, et il fut convenu que l'admission serait faite le surlendemain. J'attendis plusieurs jours sans rien voir; je fis prendre des nouvelles au domicile du patient et j'appris qu'il était parti en province subitement et sans rien dire à personne. Je n'en ai plus entendu parler.

Je crois que la réforme dans le régime et la manière de vivre,

---

gende aurait eu dernièrement son pendant à l'asile des aliénés d'Astrakhan.

Un avocat de la ville avait été mis dans la même chambre qu'un fou kalmouk; le soir même, le directeur, oubliant momentanément ses pensionnaires, partit pour la chasse et y resta quatre jours. En rentrant à l'établissement, il se rappela non sans stupeur que les deux compagnons étaient hermétiquement enfermés et qu'il avait la clef de leur cellule dans sa poche. Il court aussitôt avec un infirmier pour les délivrer. Les malheureux étaient étendus sans mouvement sur le sol; l'avocat était mort, et, chose horrible, l'autre fou lui avait déchiré le nez et la langue : il n'était pas lui-même dans un état bien brillant; épuisé par la lutte et par la faim, il avait perdu connaissance et on eut toutes les peines du monde à le rappeler à la vie.

Si le fait est exact, il donne une assez pauvre idée de l'organisation des asiles d'aliénés russes. On frappera le directeur peut-être, mieux eût valu ne pas avoir à le frapper; il est singulier que dans un établissement public ou privé les choses soient disposées de telle sorte que l'oubli d'une personne puisse exposer des malheureux à la mort par inanition. L'administration centrale ne s'inquiètera pas outre mesure; on préfère de beaucoup, comme nous le disions dans une chronique antérieure, s'occuper de questions plus importantes ou supposées telles: empêcher par exemple une nouvelle conquête progressive de la Russie et l'anéantissement de la race slave par la race de Jacob.

Il y a deux variétés d'antisémitisme, l'antisémitisme populaire dont on a pu constater les tendances dans le cours de l'année dernière, et l'antisémitisme gouvernemental, plus relevé, moins violent, mais aussi barbare et plus perfide que l'autre. La délimitation du nombre des pharmaciens juifs a été un de ses chefs-d'œuvre. On vient de mieux faire encore au ministère de la guerre. Un décret récent fixe à 5 sur 100 le nombre des médecins militaires israélites. « C'est, dit un rédacteur anonyme du *Bayer. ærztl. Intelligenzblatt*, une

que j'avais déclarée indispensable, avait surtout détourné ce malheureux de suivre mes conseils.

On remarquera dans ce cas la petite proportion de pus, son mélange avec le sang et la sérosité et le siège exclusif de la suppuration dans le tissu conjonctif sous-cutané. J'ai retrouvé les mêmes particularités dans d'autres cas encore.

A. Verneuil.

(*A suivre.*)

Contributions pharmaceutiques.

SUR LA RÉSINE DE GAYAC.

Un article paru dernièrement dans le *Progrès médical* a attiré mon attention sur une substance qui n'est presque plus employée en médecine, la résine de gayac.

M. le docteur Mackensie a conseillé de s'en servir pour combattre l'angine tonsillaire; selon lui, ce remède, administré au début de l'affection, la jugule rapidement.

Cette assertion m'a engagé à étudier la formule qu'il a donnée pour la prescription de ce médicament.

Cette formule est la suivante :

Résine de gayac	70 grammes.
Gomme adragante	13 —
Poudre de sucre	17 —
Pâte de groseilles rouges	q. s.

Pour faire une livre de pâte que l'on divise en 350 tablettes contenant ainsi chacune 20 centigrammes de résine de gayac.

On prend une tablette toutes les deux heures.

La résine de gayac était autrefois employée sous forme de potion, d'émulsion, de poudre. Aucune de ces préparations n'a résisté au désagrément que le malade éprouvait à leur absorption. En effet, cette résine est douée d'une âcreté si forte, que la sensation de brûlure qu'elle occasionne à la gorge est insupportable.

Les Caraïbes eux-mêmes, qui depuis longtemps l'emploient contre la goutte, n'en mettent qu'un seul gramme dans 100 grammes de tafia, et ils n'ont pas le gosier délicat. Aussi me suis-je empressé de voir si les pastilles du docteur Mackensie pouvaient être tolérées.

J'ai suivi exactement la formule et j'ai préparé des tablettes contenant chacune 20 centigrammes de résine de gayac. Ainsi que je le soupçonnais, elles n'étaient pas supportables.

De nouvelles pastilles faites à 5 centigrammes seulement ne pouvaient pas davantage être conservées dans la bouche.

Devant ces résultats, j'ai cherché par quels moyens on pourrait se convaincre de la valeur de l'observation de M. le docteur Mackensie, et sous quelles formes pharmaceutiques on devrait prescrire la résine de gayac.

Comme topique, la teinture de résine ou même la teinture de gayac du Codex, appelée communément eau-de-vie de gayac, répond à toutes les indications, soit qu'on les introduise dans un gargarisme, ou qu'on les applique au moyen d'un pinceau sur les parties malades.

Voici, en passant, une formule de mixture dentifrice, tonique, antiscorbutique que je recommande à nos lecteurs, bien qu'elle donne un produit d'un goût peu agréable :

Teinture de gayac	100 grammes.
Alcoolat de cochlearia composé	100 —
Teinture de quinquina	50 —

Mêlez et conservez dans un flacon bouché.

M. le docteur Mackensie m'ayant appris que la résine de gayac n'avait pas seulement un effet local, mais un effet général, la question se simplifie considérablement, et au lieu des préparations intenses citées plus haut, on n'a qu'à s'en tenir à la forme pilulaire, pour obtenir des médicaments qui réunissent les conditions propres à en assurer le succès.

Voici donc les deux formules que je propose :

Résine de gayac	4 grammes.
Savon médicinal	2 —

pour 20 pilules.

Dans les cas où l'on ne voudrait pas employer le savon médicinal, on prescrirait :

Résine de gayac	4 grammes.
Extrait de bonne consistance à peu près inerte, de chiendent, par exemple	1gr,60

pour 20 pilules.

Ces formules n'ont besoin d'aucune addition, et donnent d'emblée des pilules qui réussissent et se conservent très bien.

Elles contiennent chacune 10 centigrammes de résine de gayac et s'administrent comme les pastilles du docteur Mackensie qu'elles remplacent avec avantage.

Pierre Vigier.

mesure dérisoire, incompréhensible et inique. Le nombre des médecins visés sera diminué par voie légale dans les hôpitaux jusqu'à ce qu'ils ne forment plus que le vingtième de l'effectif. Le corps de santé du génie, l'administration centrale et divisionnaire leur sont interdits. Leur recrutement est suspendu dans les cercles militaires d'Odessa, de Wilna, de Varsovie, jusqu'à ce que leur nombre ne dépasse plus la moyenne réglementaire; la même mesure est étendue aux étudiants de l'Académie militaire de Saint-Pétersbourg. Nous sommes persuadés, ajoute l'auteur, que dans fort peu de temps le gouvernement russe récoltera des fruits amers de ce honteux décret.

Ce serait à désirer. Il est fâcheux à tout point de vue que notre siècle, qui prétend s'appeler le siècle du progrès, puisse voir de pareilles choses. On parle, en Russie comme en France, des classes laborieuses; il y a en Allemagne une sorte de socialisme officiel que le gouvernement protège et voudrait développer, et pendant ce temps-là, on laisse prêcher la plus épouvantable et la plus absurde des haines, la haine de races. En Russie, le peuple la manifeste à sa façon, comme il la manifestait dans l'Europe du quatorzième siècle par le meurtre et le pillage. Ce qu'il y a de pis, c'est que ceux mêmes qui devraient réagir contre les préjugés, modérer des colères sauvages ou en prévenir l'effet, ceux-là ne trouvent rien de mieux à faire que de leur donner une consécration légale en édictant des mesures inspirées par le même esprit d'envieuse animosité.

Dr L. Thomas.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Note sur la glycosurie et le paludisme, par M. le docteur Dieu, médecin en chef de l'hôpital de Sétif.

Cette question intéressante du rôle du paludisme dans l'étiologie du diabète a été mise à l'ordre du jour de la presse médicale et des Sociétés savantes par M. le professeur Verneuil. Ce ne sont que les faits nombreux et bien observés qui pourront à la longue donner la solution d'une question aussi difficile, et c'est pour cette raison que nous livrons à la publicité les observations de diabète que nous avons pu recueillir dans un pays où le paludisme est excessivement fréquent, et se montre sous toutes les formes.

M. le médecin-major Sorel, notre collègue à l'hôpital de Sétif, a déjà publié dans la *Gazette hebdomadaire* de très nombreuses observations de paludisme, où l'examen des urines a été constamment négatif.

Placé à la tête d'un service médico-chirurgical très actif, nous n'avons pas porté nos recherches sur les mêmes points, mais depuis trois ans nous avons fait de nombreuses analyses d'urine chez les différents malades que nous avons soignés (gangrène, phlegmons, anthrax, cataracte, etc...) et cinq fois seulement, nous avons rencontré des glycosuriques, ce qui peut faire supposer que le diabète n'est pas plus fréquent en Algérie qu'en France, quoique dans notre colonie il y ait peu d'habitants qui échappent à l'endémie palustre.

Cependant, dans les cinq observations que nous avons pu recueillir, trois fois les diabétiques ont des antécédents manifestement paludéens. Y a-t-il simple coïncidence? le paludisme peut-il engendrer le diabète? nous n'avons pas la prétention d'élucider ces questions avec les éléments que nous avons pu recueillir; nous venons simplement répondre à l'appel fait par M. le professeur Verneuil, en donnant le résultat de notre pratique.

Obs. I. — Femme arabe de vingt à vingt-deux ans; elle entre à l'hôpital de Sétif le 6 mai 1881. Cette femme, très affaiblie, est dans un état d'émaciation complète; il est impossible d'avoir des renseignements précis sur ses antécédents; la seule chose que nous constatons à son entrée, c'est qu'elle n'a pas de fièvre et que sa rate n'est ni volumineuse, ni douloureuse. Elle est affectée d'une soif très vive et d'une faim insatiable; ses urines donnent à l'examen, 69gr,4 de sucre, par litre.

Cette femme ne peut se soumettre au régime que nous voulons lui prescrire, et quitte l'hôpital le 15 mai dans le même état.

C'est le seul cas de diabétique maigre que nous ayons rencontré à Sétif.

Obs. II. — M. M..., cinquante-cinq ans, inspecteur des chemins de fer, habitant Constantine, vient nous consulter au mois de novembre 1880, pour des envies fréquentes d'uriner; cette infirmité l'empêche de faire son service. Nous examinons sa verge, et nous remarquons aussitôt des ulcérations du prépuce, comme on en voit si souvent chez les diabétiques; ce simple signe nous met sur la voie du diagnostic, et nous sommes bientôt convaincu que nous avons affaire à un diabétique; en effet l'analyse de ses urines révèle 59 grammes de sucre par litre.

M. M... est un homme énorme; il pèse 138 kilos; il est grand mangeur et grand buveur; c'est un type de diabétique gras.

Nous avons relevé avec soin ses antécédents qui sont les suivants : séjour en France jusqu'en 1868; bonne santé habituelle; il habite la Nouvelle-Calédonie de 1868 à 1879; là, il est atteint fréquemment d'attaques de gravelle. Pendant son séjour à la Nouvelle-Calédonie, il fait plusieurs voyages en Australie, où il est atteint d'ulcères aux deux jambes. Il arrive à Constantine le 14 mars 1880. Il n'a jamais eu de fièvres intermittentes dans ces différents pays.

Ce malade, dont la santé était profondément altérée, a été soumis au régime de M. le professeur Bouchardat, à l'eau de Vichy, et deux mois après, tous les symptômes avaient disparu; les urines ne contenaient plus que 5 grammes de sucre par litre.

Nous avons revu ce malade le 15 septembre 1882; il s'est un peu relâché du régime prescrit, et ses urines contiennent 21gr,15 de sucre, mais son état général est resté très bon.

Obs. III. — Mme L..., quarante-quatre ans, femme grande, forte, habituellement bien portante. Née en Italie, elle vient habiter l'Algérie à l'âge de trois ans. Elle est atteinte d'un anthrax volumineux de la nuque (10 août 1880) et depuis quelque temps, elle a eu de nombreuses poussées de furoncles; elle se plaint d'une soif vive et d'une grande faiblesse. Les urines examinées donnent 55gr,8 de sucre par litre.

Elle est soumise au régime du professeur Bouchardat, à l'eau de Vichy. Un mois après l'anthrax était guéri; les autres symptômes s'étaient amendés, et les urines ne contenaient plus que 18 grammes de sucre par litre.

En mai 1881, elle va à Vichy, et à la fin de la saison, ses urines ne contiennent plus que 2gr,5 de sucre par litre.

En juin 1882, elle va faire une seconde saison à Vichy; elle vient de rentrer à Sétif; ses urines ne contiennent que 7 grammes de sucre par litre.

Cette femme, qui est dans une grande aisance, n'a jamais eu de maladies graves; elle a 5 enfants bien portants. Vers l'âge de vingt-six ans, et pendant trois ans, elle a eu quelques accès de fièvres intermittentes, qui ne la retenaient pas au lit, et qui se coupaient facilement avec quelques doses de sulfate de quinine. Depuis dix-huit ans, elle n'a jamais été malade.

Obs. IV. — M. S..., ingénieur, quarante-deux ans, n'a jamais eu de maladie sérieuse; il est arrivé à Constantine en 1864, et n'a jamais quitté l'Algérie depuis cette époque que pour faire de courts séjours en France. En 1871, il a été atteint de fièvres intermittentes, qui ont duré deux mois environ et qui n'ont pas reparu depuis.

Vers le mois de juillet 1881, M. S... était fatigué par une soif insatiable; il s'aperçut lui-même que, lorsque ses urines tombaient sur son pantalon, elles y laissaient des tâches blanchâtres; il fit analyser ses urines, au mois d'octobre, et on y trouva 50 grammes de sucre par litre.

Soumis au régime du professeur Bouchardat, et à l'eau de Vichy, ses urines, au bout d'un mois, ne contenaient plus trace de sucre.

Une troisième analyse, faite le 12 janvier 1882, fut également négative.

Depuis cette époque, M. S... a repris son ancien régime, et trois analyses successives ont donné des résultats absolument négatifs.

Obs. V. — Mme M..., cinquante-deux ans, habitant Bougie, vient nous consulter, au mois d'août 1882, pour des troubles dyspeptiques, pour lesquels elle était traitée sans succès depuis deux ans.

Très forte et très grasse, cette dame nous dit avoir beaucoup maigri depuis quatre mois; elle sent ses forces diminuer; elle a une soif vive; nous faisons analyser ses urines, et l'on trouve qu'elles contiennent 14 grammes de sucre par litre.

Nous avons renvoyé cette dame avec une consultation pour son médecin, et depuis, nous n'en avons pas eu de nouvelles.

Voici les antécédents de cette diabétique :

Née en Lorraine, elle a eu une fièvre typhoïde vers l'âge de quinze ans. Elle est arrivée en Algérie, à Bougie, en 1852, à l'âge de vingt-deux ans. Quelque temps après elle fut prise de fièvres intermittentes, dont elle ne put se débarrasser pendant un an.

De 1852 à 1873, elle a eu très souvent des accès de fièvre récidivés pendant les chaleurs de l'été, et à l'automne. Elle dit n'avoir jamais eu une grosse rate.

Depuis 1873 elle n'a plus eu de fièvre; elle était très bien portante, était devenue très forte et très grasse, et pesait 87 kilos. Elle a cessé d'être réglée en 1878.

En dehors des fièvres d'Algérie, cette dame, qui est dans une position aisée, n'a jamais eu aucune maladie; elle a été mariée deux fois et n'a eu qu'un enfant.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

Sur la cause du dégagement de l'oxygène de l'eau oxygénée par la fibrine; influence de l'acide cyanhydrique tarissant l'activité de la fibrine. Note de M. *A. Béchamp*.—La fibrine récemment extraite du sang, bien pure, privée de toute trace de matière colorante rouge : 1° dégage l'oxygène de l'eau oxygénée; 2° fluidifie l'empois de fécule et transforme la matière amylacée en fécule soluble; 3° les microzymas de la fibrine évoluent en bactéridies dans l'empois, même phéniqué. Si Thénard n'a pas constaté d'absorption d'oxygène par la fibrine, cela tient peut-être, dit M. Béchamp, à ce qu'elle n'est pas mesurable; et, s'il a cru que la fibrine ne perdait rien, c'est sans doute pour le même motif. L'auteur ne s'occupe ici que de savoir si elle perd, et établit qu'il y a perte, en effet, quoique très minime. Alors la fibrine ne décompose plus l'eau oxygénée, et ne fluidifie plus l'empois.

L'auteur se propose de démontrer que l'acide cyanhydrique est oxydé par l'eau oxygénée.

Sur le réflexe vaso-dilatateur de l'oreille. Note de MM. *Dastre* et *Morat*.

Le principal nerf sensitif de l'oreille est le nerf grand auriculaire, branche du plexus cervical. Les excitations sensitives exercées sur l'oreille sont, grâce à lui, conduites à la moelle par l'intermédiaire de la deuxième et un peu de la troisième racine cervicale postérieure. Or, si l'on coupe ce nerf et que l'on excite son bout central, on produit une congestion réflexe de l'oreille, souvent énorme. Cette vaso-dilatation est précédée d'une légère constriction, si le courant excitateur est moyen; elle apparaît d'emblée s'il est fort. MM. Schiff, Snellen, Loven, Rouget, etc., ont étudié ce phénomène. Nous ne rappellerons pas les diverses explications qui en ont été données. L'explication réelle est devenue à peu près évidente lorsque nous avons eu signalé les voies de retour par lesquelles l'excitation pouvait revenir de la moelle vers l'organe. Ces voies de retour sont les nerfs vaso-dilatateurs de l'oreille, qui sortent de la moelle par la huitième paire cervicale et les deux premières paires dorsales, et passent de là dans le sympathique. Il ne restait plus, pour connaître le parcours complet de l'influx nerveux, qu'à déterminer son trajet dans la moelle.

Les auteurs ont fait sur un lapin deux expériences, dont l'une est la suivante :

On pratique sur un lapin de pelage blanc; on fait une hémisection de la moelle cervicale, en un point qui ne doit pas être situé plus haut que la troisième paire cervicale, ni plus bas que la septième. Cette opération est suivie d'une vive congestion de toute la tête, principalement de l'oreille du côté correspondant. Cette congestion se dissipe au bout de quelques heures : elle était donc le résultat d'une excitation et non un phénomène paralytique. La circulation de l'oreille étant redevenue normale, on coupe des deux côtés le nerf auriculo-cervical, et l'on excite le bout central attenant à la moelle. Du côté sain, la congestion réflexe se produit; du côté de l'hémisection médullaire, elle ne se produit pas.

Ainsi l'interruption de la continuité de la moelle entre la deuxième et la huitième paire cervicale a pour effet l'abolition du réflexe vaso-dilatateur auriculaire.

Des phénomènes de la mort par le froid chez les mammifères. Note de MM. *Ch. Richet* et *P. Rondeau*. — Pour étudier les conditions et les symptômes de la mort des animaux mammifères par le froid, les auteurs ont évité de plonger l'animal directement dans l'eau glacée. Des lapins rasés étaient entourés de tubes d'étain flexibles, dans lesquels circulait de l'eau salée refroidie à — 7 degrés. Dans ces conditions, avec un écoulement d'eau glacée de 1 litre environ par dix minutes, un lapin se refroidit assez vite. En deux heures sa température descend de 38 à 18 degrés environ. Ils ont vu un lapin dont la température s'était abaissée à 17°,7, qui, ayant été réchauffé, survécut, sans qu'il ait été nécessaire de le soumettre à la respiration artificielle. Toutefois, si l'on veut observer en détail et complètement l'influence du froid sur les fonctions physiologiques d'un animal à sang chaud, il faut faire la respiration artificielle, bien avant qu'on ait constaté l'abolition des mouvements de la respiration. En effet, l'insuffisance de l'effort inspiratoire est un des premiers symptômes du refroidissement de l'animal.

Des expériences des auteurs il résulte que les fonctions respiratoires et les fonctions cardiaques peuvent être suspendues pendant une demi-heure sans que la mort définitive en soit la conséquence. Lors même que le cœur bat encore, l'asphyxie est très longue à se produire. Un lapin refroidi à 19°,3, et dont le cœur battait bien, quoique lentement, ne fut pas asphyxié par l'oblitération de la trachée, prolongée pendant dix minutes. Le même animal, réchauffé à 32 degrés, fut asphyxié en quatre minutes.

Ainsi les animaux non hibernants, comme le lapin, présentent les mêmes phénomènes, quand ils sont refroidis, que les animaux hibernants. Le cœur, la respiration et le système nerveux se comportent de même. Dans l'un et l'autre cas, l'abaissement de la température ralentit les phénomènes chimiques de la combustion interstitielle des tissus, et conséquemment diminue l'irritabilité et donne une grande lenteur à tous les phénomènes vitaux.

Des analogues et des différences entre le curare et la strychnine, sous le rapport de leur action physiologique. Note de M. *Couty*.

Plusieurs communications, présentées ces derniers temps à l'Académie par M. Ch. Richet et par M. Vulpian, ont fait voir que la strychnine peut produire à hautes doses et avec certains modes d'injection les divers troubles de paralysie qui ont été regardés comme caractéristiques de la curarisation. Dans une note récente, j'essayais de montrer que le curare à petites doses entraîne, comme la strychnine, divers phénomènes d'excitation par l'intermédiaire de la moelle et du bulbe. On peut donc se demander s'il n'existe aucune différence essentielle entre ces deux poisons si longtemps opposés l'un à l'autre, et, pour répondre à cette question, j'ai répété sur des chiens, avec du sulfate et du chlorhydrate de strychnine préalablement essayés, les intéressantes expériences de M. Ch. Richet. Seulement, au lieu d'injecter des doses massives sous la peau, je les ai poussées directement dans une veine; la trachée de mes chiens était adaptée au préalable au soufflet artificiel, leur carotide communiquait avec le tube d'un kymographe, le pneumogastrique était lié, et j'avais isolé les deux bouts du sciatique coupé. Sur ces animaux ainsi préparés, il était facile de suivre la succession des phénomènes, et cette succession a toujours été la même : très courtes convulsions toniques, augmentation de la tension et salivation passagères ou nulles; arrêt respiratoire, convulsions cloniques, puis grandes secousses quasi choréiques; perte des fonctions de la moelle et du bulbe; perte de l'action d'arrêt du pneumogastrique, diminution légère de la tension; affaiblissement et cessation des secousses choréiques; chute progressive de la tension, refroidissement commençant, perte de l'excitabilité des nerfs moteurs, enfin arrêt du cœur.

Il suffit de comparer cette évolution des accidents strychniques à l'évolution bien connue de la curarisation, pour voir combien sont grandes les différences, et ces différences deviennent encore plus considérables si, au lieu d'injecter brusquement 1 ou 2 grammes de strychnine, on pousse successivement dans la veine des doses de 1 à 5 décigrammes. On distingue alors véritablement des périodes que l'on peut à volonté prolonger; et parmi ces périodes, celle qui suit immédiatement l'arrêt de la respiration est une des plus durables et des plus curieuses à étudier. L'animal est agité de secousses brusques synergiques, qui se répètent à des intervalles variables sous forme d'accès très courts ou de simples mouvements tremblés; très fortes d'abord et capables d'agiter la tête et le corps, elles portent ensuite seulement sur les membres et la face; enfin, pour des doses plus fortes, elles se localisent dans les lèvres, dans le pourtour de l'anus, dans le pénis ou l'orifice du vagin...

Ces secousses, très distinctes, comme forme, des convulsions

toniques ou cloniques, dépendent comme elles de la moelle et du bulbe; et il suffit de détruire ou de comprimer ces centres nerveux pour qu'elles disparaissent immédiatement dans les membres comme dans les lèvres ou le pénis.

Les centres nerveux ne sont donc pas inactifs; et cependant, si l'on pince les pattes ou si l'on excite avec les courants les plus forts le bout central du sciatique, on n'augmente pas les phénomènes convulsifs; on ne provoque pas de mouvements réflexes, et surtout on ne détermine aucune variation de la tension artérielle ou des mouvements du cœur. De même, si l'on arrête la respiration artificielle, on voit les secousses diminuer et cesser, la tension s'abaisser, enfin le cœur s'affaiblir et s'arrêter sans avoir constaté aucun des effets habituels de l'asphyxie du bulbe et de la moelle. Enfin, si l'on injecte de nouvelles doses de strychnine, elles diminuent les secousses au lieu de les augmenter, et elles font tomber la tension.

On peut conclure de tous ces faits observés par l'auteur que le mode différent de succession des troubles permet seul de distinguer les deux intoxications, curarique et strychnique: ces deux poisons excitent, puis paralysent les centres nerveux, comme aussi ils paralysent les nerfs des muscles striés ou du cœur; ils agissent donc l'un et l'autre sur l'ensemble des appareils moteurs centraux et périphériques. Seulement la strychnine modifie d'abord profondément les ganglions cardiaques et surtout la moelle et le bulbe, tandis que le curare porte sa principale influence sur les appareils périphériques des muscles striés.

Assainissement des cimetières. — M. *A. Mayer* adresse, par l'entremise de M. Vulpian, une note concernant l'assainissement des cimetières, par un nouveau système de sépultures. Le moyen proposé par l'auteur consiste à enfermer les cadavres dans des cercueils en verre fondu, hermétiquement clos, percés de deux tubulures, dont une laisserait entrer de l'acide carbonique (antiputride) sous une pression convenable, et l'autre donnerait issue à l'air.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1882. — PRÉS. DE M. GAVARRET.

M. le docteur *Onimus* se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

M. le docteur *G. Millot-Carpentier* (de Montécouvert, Nord) sollicite le titre de correspondant national dans la deuxième division; il envoie, à l'appui de sa candidature, la liste de ses travaux scientifiques et une nouvelle brochure intitulée: *Quatre opérations d'ovariotomie suivies de trois guérisons et d'une mort*.

M. le docteur *H. Arnaud* (de Saint-Gilles-du-Gard) adresse une *Note* manuscrite *sur le mécanisme de la syncope et de la mort subite*. — Renvoi à MM. Vulpian et Mathias Duval.

M. le docteur *Charpentier* (de Nancy) envoie une brochure intitulée: *L'examen de la vision au point de vue de la médecine générale*, pour le concours du prix Buignet de 1883. (Inscrit sous le n° 2.)

L'Académie reçoit un mémoire manuscrit, ayant pour titre: *Du traitement rationnel dans les fièvres exanthématiques putrides*, avec l'épigraphe suivante: « Être utile aux malades ou du moins ne pas nuire. » (Inscrit sous le n° 3.)

M. le *Secrétaire perpétuel* dépose: 1° au nom de M. le docteur *C. Dareste*, un *Mémoire sur les anomalies des membres et sur le rôle de l'amnios dans leur production*; 2° de la part de M. le docteur *H. Arnal* (d'Albertville) une brochure intitulée: *Contribution à l'étude des hallucinations de la sensibilité*; 3° au nom de M. le docteur *Cazenave de La Roche*, un opuscule sur le *climat de Menton et sa spécialisation médicale*; 4° de la part de M. le docteur *Ro'.inski* (de Berlin), un mémoire ayant pour titre: *Untersuchungen zur Kenntniss der Lange und Anordnung der Augenlinsenfasern*.

M. *Henri Gueneau de Mussy* présente: 1° une brochure publiée par la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris et renfermant trois rapports, ainsi que les discussions qui les ont suivis, de MM. *Émile Trélat, Hudelo* et *Henri Gueneau de Mussy* sur *l'évacuation des vidanges* dans la ville de Paris; 2° son *Rapport sur les épidémies de* 1880.

M. *Hervieux* offre un mémoire manuscrit de M. le docteur *Dubreuilh* (de Bordeaux), sur la *propagation du cow-pox d'Eysines*. (*Commission de vaccine*.)

M. *Dujardin-Beaumetz* fait hommage, au nom de M. le docteur *Masse* (de Bordeaux), d'un travail intitulé: *Des inoculations préventives dans les maladies virulentes*.

M. *Depaul* présente une *pompe à sein*, imaginée par M. le docteur *Triaire* (de Tours).

M. *Gariel* montre des *aiguilles électrolytiques*, très fines, recouvertes de verre, imaginées par M. le docteur *Bay* (de Paris) et construites par M. Collin.

M. *Oulmont* présente un *stéthoscope à ventouse centrale*, inventé par M. le docteur *Calvet* (de Villiers-sur-Mer).

Fièvre typhoïde. — M. *Henri Gueneau de Mussy* approuve complètement les observations présentées dans les précédentes séances relativement aux diverses causes auxquelles peut être attribuée l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde à Paris, notamment en ce qui concerne la mauvaise installation des égouts, leur absence dans beaucoup de quartiers, l'encombrement des garnis, le grand nombre des logements insalubres, l'insuffisance des services de médecine publique, etc. Il désire toutefois insister plus particulièrement sur la mauvaise qualité des eaux potables à Paris et surtout sur celles du canal de l'Ourcq qui sont trop souvent mélangées plus ou moins subrepticement avec les eaux de sources; de même que ce canal court à ciel ouvert au milieu des quartiers les plus peuplés de la capitale, malgré l'infection constante de ses eaux. Il serait donc urgent de remédier à cet état de choses et de s'efforcer d'assurer la pureté de cette partie importante de l'alimentation d'eau, par des appareils appropriés. A ce propos M. Gueneau de Mussy montre combien les filtres ordinaires sont loin de répondre au but pour lequel on les emploie; ils laissent, en effet, presque toujours passer dans le récipient inférieur les germes retenus dans le compartiment supérieur; il serait préférable de soumettre l'eau à l'ébullition et de l'aérer ensuite par le battage ou un écoulement lent; le vrai remède en tout cas serait un approvisionnement d'eau en quantité suffisante et protégée contre les impuretés du dehors, comme cela a lieu maintenant dans un si grand nombre de villes.

Avec M. *Hardy*, l'Académie s'engage de nouveau dans la discussion des médications proposées dans ces derniers temps pour le traitement de la fièvre typhoïde et en particulier de l'emploi du sulfate de quinine à la dose de 2, 3 et même 4 grammes par jour. M. Hérard, il y a quinze jours, s'était déclaré à la tribune, sinon le partisan, du moins l'éditeur responsable de cette thérapeutique; M. Hardy joint sa protestation à celle qu'avait immédiatement formulée M. Dujardin-Beaumetz, car il considère cette médication comme inutile le plus souvent et dangereuse quelquefois. Il cite en effet l'observation d'une femme malade à la Charité, qui, malgré l'administration de 2 grammes de sulfate de quinine et l'abaissement de 4 degrés de la température sous l'influence de ce médicament, n'en était pas moins dans un état très grave lorsqu'il reprit son service au commencement de ce mois; il fit aussitôt substituer à ce traitement la méthode thérapeutique ordinaire, classique, et la malade, sans être encore guérie, a vu sa situation s'améliorer graduellement. D'ailleurs quatre morts subites ont déjà été signalées dans les hôpitaux de Paris depuis trois mois chez des typhiques soumis à la médication par le sulfate de quinine à haute dose; et, du reste, on se rappelle que ce médicament détermina des accidents du même genre, lorsque, à l'instigation de Briquet, il y a trente ans, on le donna dans les mêmes conditions contre le rhumatisme articulaire aigu. Aussi M. Hardy croit-il qu'il convient d'être réservé à l'égard de la médication quinique à haute dose et que, lorsqu'elle se montre inoffensive, on est en droit de penser que le médicament n'a pas été absorbé et n'a fait que traverser le tube digestif. On n'a pas, il est vrai, les statistiques des résultats obtenus par les médecins qui ont traité leurs malades par les médications énergiques à la mode aujourd'hui, le sulfate de quinine à dose élevée, l'acide salicylique, l'acide phénique; M. Hérard a parlé de 6 cas traités par le sulfate de quinine, dont 5 ont guéri; mais c'est là d'ailleurs la statistique officielle de cette maladie, celle relevée par Murchison dans les hôpitaux de Londres, et qui s'élève en moyenne à 16 pour 100 de mortalité. M. Hardy a relevé le chiffre de la mortalité de l'épidémie actuelle à l'hôpital de la Charité pendant les trois derniers mois et il a trouvé qu'elle était de 14 pour 100; elle a varié suivant les

services, mais dans celui de M. Desnos elle s'est abaissée jusqu'à 9 pour 100 et là on a employé le traitement ordinaire, purgatifs de temps à autre, quinquina, cognac, ventouses sèches sur la poitrine, alimentation appropriée, etc.; jamais le sulfate de quinine à haute dose, mais en proportion modérée, d'après les indications tirées des phénomènes de rémittence ou d'intermittence franche qui se sont manifestés dans certains cas. C'est cette médication à laquelle s'en tient M. Hardy et qui lui a toujours donné, autrefois comme aujourd'hui, des résultats très satisfaisants.

D'autre part, il croit devoir s'élever contre l'effroi que paraissent avoir aujourd'hui les médecins de l'hyperthermie au cours de la fièvre typhoïde, symptôme contre lequel on s'efforce d'imaginer de nombreux moyens d'action; cependant on observe souvent dans cette affection les températures de 40, 40°,5, 41 degrés et plus sans qu'il y ait grand danger pour les malades, pourvu que la fréquence du pouls ne soit pas en rapport proportionnel avec l'élévation de la température. M. Hardy regrette qu'on ait cessé d'observer attentivement le pouls, que les élèves ne se donnent plus la peine d'indiquer et de compter les pulsations, leur force, leur régularité et leur fréquence, et qu'ils se bornent d'ordinaire à consulter les indications du thermomètre. Dans la fièvre typhoïde en particulier, le défaut de proportion entre le chiffre de la température et le nombre des pulsations peut devenir un signe diagnostique et un élément de pronostic et l'on peut affirmer, comme il en fournit des exemples, que, « si à une température élevée se joint un pouls fréquent, le cas est grave, tandis qu'au contraire, si, avec une température élevée coïncide un pouls peu fréquent, la maladie peut être considérée comme moins sérieuse. » Il ne faut donc pas attribuer une trop grande importance à l'hyperthermie dans la fièvre typhoïde et il n'y a pas lieu de rechercher à la combattre par des indications trop énergiques, car celles-ci peuvent devenir dangereuses.

M. Hardy se félicite en terminant d'avoir mis cette question de la fièvre typhoïde à l'ordre du jour de l'Académie; il espère, en effet, que l'autorité prévenue et sollicitée saura faire son devoir en réalisant les améliorations réclamées de tous côtés dans les conditions de l'hygiène et de la salubrité publiques; il espère aussi que la thérapeutique, éclairée par ces débats, « finira par abandonner la poursuite de ces médications à outrance plus nuisibles qu'utiles, et par reconnaître que, ce qu'il y a de meilleur pour combattre la fièvre typhoïde, c'est ce que M. Dujardin-Beaumetz a si justement appelé « l'expectation armée » et ce qu'il désigne sous le nom de traitement classique ».

M. *Hérard* déclare tout d'abord qu'il n'a fait que continuer la médication quinique à haute dose instituée dans son service en son absence; il est donc tout à fait désintéressé pour en parler. Cette médication d'ailleurs n'est pas nouvelle; elle a été autrefois essayée par Broqua (de Mirande), et Louis, dans un rapport à l'Académie, tout en se montrant peu favorable à ce traitement, a cependant reconnu qu'il n'avait pas eu de graves inconvénients. Depuis lors, Blache, Briquet, Rillet et Barthez, Kapeler et d'autres ont employée le sulfate de quinine à la dose de 3, 4 et 5 grammes et en ont signalé les bons résultats. On a signalé aussi des cas de mort dans le rhumatisme articulaire aigu, et on les a mis également sur le compte du sulfate de quinine, mais cela n'a jamais été prouvé non plus. M. Hérard ne saurait pas davantage admettre que le médicament n'ait pas été absorbé, car, si des pilules anciennes et desséchées peuvent ne pas être dissoutes dans le tube digestif, comment en serait-il de même de cachets médicamenteux enrobés dans du pain azyme; depuis quinze jours, il a fait examiner à cet effet les selles des malades, et n'y a jamais retrouvé le sulfate de quinine qu'il avait ainsi donné.

M. Hérard ne partage pas non plus l'opinion de M. Hardy relativement à l'hyperthermie; personne ne méconnaît qu'elle joue un rôle dans le rhumatisme articulaire aigu; il y a certainement lieu de s'en préoccuper lorsqu'elle persiste plusieurs jours dans la fièvre typhoïde; c'est un signe grave et il importe de la combattre. Il termine par diverses observations en faveur des essais aujourd'hui tentés avec l'acide salicylique et l'acide phénique dans le traitement de la fièvre typhoïde.

M. *Legouest* partage l'opinion de M. Hardy sur les avantages du traitement classique de la fièvre typhoïde; mais il ne croit pas qu'on puisse attribuer au sulfate de quinine les morts subites signalées; il est, en effet, des épidémies où celles-ci sont assez fréquentes, quelle que soit la médication employée; c'est ce qui a été constaté sur les jeunes soldats atteints en Tunisie l'année dernière; un grand nombre d'entre eux ont succombé subitement, non pas à la suite d'hémorrhagies intestinales, mais simplement par syncope. Revenant sur l'absorption, affirmée par M. Hérard, des médicaments enrobés dans des cachets, il cite le fait d'un jeune homme qui pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde a rendu, dans ses garde-robes, les douze à quinze cachets de sulfate de quinine, parfaitement intacts, qu'on lui avait donnés.

M. *Dujardin-Beaumetz* pense, comme M. Legouest et M. Hérard, que le sulfate de quinine ne peut être considéré comme la cause des morts subites qui ont été signalées; il a en effet eu lui-même à en déplorer un cas chez un malade qui n'avait pas pris ce médicament; et d'ailleurs les morts subites n'ont pas été rares dans cette épidémie. On peut trouver dans les faits mêmes de M. Hérard de nouvelles preuves de la non-absorption du sulfate de quinine dans un grand nombre de cas : en effet, certains malades, ayant pris 2 grammes de sulfate de quinine, n'ont pas eu de bourdonnements d'oreilles, or ceux-ci ne manqueraient pas de se produire, si cette quantité de sulfate de quinine avait été absorbée. Quant à l'hyperthermie, beaucoup de médecins aujourd'hui, et en particulier les Allemands, ne cherchent plus qu'à la combattre, à l'aide du sulfate de quinine, par exemple; mais ce n'est là qu'un symptôme unique de la maladie dont il s'agit, et, même en parvenant à la combattre, les autres accidents ne s'en développent pas moins.

M. Beaumetz pense, en outre, contrairement à M. Rochard, qu'il est impossible de ne pas admettre l'influence du génie épidémique, car on voit les épidémies de fièvre typhoïde présenter une marche, une évolution, une bénignité ou une malignité toutes spéciales, les causes efficientes restant les mêmes. Sans doute, l'encombrement, joint à l'insalubrité des logements et aux mauvaises conditions hygiéniques, peut produire de toutes pièces une épidémie de fièvre typhoïde; mais dans toute épidémie il existe une inconnue, qui fait le génie épidémique ou mieux le génie morbide. Les statistiques, en pareil cas, sont donc extrêmement difficiles et n'aboutissent jamais qu'à des résultats vagues et incertains.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Ostéotomie du fémur. — Perforation d'artères dans les foyers purulents. — Résection de la mâchoire inférieure. — Présentation de malades.

— M. *Delens* présente un individu sur lequel il a fait l'ostéotomie sus-condylienne pour un *genu valgum*. Il n'a pas employé l'appareil Collin qui relâche les ligaments et amène un épanchement dans le genou. Il a pratiqué l'ostéotomie d'après la méthode de Mac-Ewen. A gauche le cal est dif-

forme, mais il n'y a pas de raceoureissement. A droite, le résultat est parfait.

M. *Lucas-Championnière* présente un malade qu'il a opéré dernièrement du *genu valgum* par le même proeédé; le succès est complet.

— M. *Monod* fait un rapport verbal sur une observation adressée par M. Bertin (de Gray): Une femme eneeinte de trois mois se piqua la main avee une aiguille; il en résulta un phlegmon de l'avant-bras, phlegmon qui s'ouvrit spontanément en plusieurs points. Quinze jours plus tard survint une hémorrhagie artérielle abondante; la malade était épuisée. M. Bertin lia l'artère humérale au milieu du bras; l'hémorrhagie s'arrêta et la grossesse suivit son eours. Le sang s'éehappait de la radiale ou d'une branche importante de eette artère. Voilà done un exemple d'hémorrhagie artérielle dans le foyer d'un phlegmon aigu. La malade était enceinte de trois mois, mais la eause paraît purement loeale.

— M. *Després* présente quelques remarques sur la résection du maxillaire inférieur, opération qu'il a pratiquée quatre fois. Il a observé la chute de la langue sur l'orifiee supérieur du pharynx, et la diffieulté d'alimenter le malade, conditions qui peuvent entraîner la mort. Dans une opération faite dernièrement à l'hôpital de la Charité, M. Després a cherché à éviter ces aecidents. Il s'agissait d'une femme ayant un sarcome du maxillaire inférieur; il fallait enlever la partie moyenne de eet os, et tout le plancher de la bouehe. Section des parties molles avee le galvano-cautère.

Pour empêcher le renversement de la langue en arrière, M. Després fixe entre les deux branehes de la mâchoire un fil de fer implanté dans le tissu spongieux pour maintenir l'écartement; un fil de soie traversant la langue est attaché à eette tige de fer, et maintient la langue en avant. La malade est alimentée avee une simple sonde d'homme n° 16 descendant seulement dans la partie supérieure de l'œsophage. La guérison fut rapide; la tige de fer fut retirée dès le quatrième jour.

M. *Berger* a essayé la sonde œsophagienne à demeure sur des malades qui devaient subir la réseetion de la mâehoire; un malade eut une pharyngite intense et ne put supporter la sonde. L'autre malade refusa également de garder la sonde œsophagienne.

M. *Verneuil* est préoecupé depuis longtemps de la diffieulté d'alimenter les malades qui ont subi la réseetion du maxillaire inférieur, et de la chute de la langue sur le pharynx. Un de ses élèves a soutenu, il y a un an, une thèse démontrant que la sonde en caoutchoue rouge est bien supportée pendant trente ou quarante jours. Quant à la rétroeession de la langue, M. Augier a fait, il y a vingt-einq ans, une thèse sur ee sujet. A l'hôpital de la Pitié, M. Verneuil met en pratique un procédé pour tenir éeartées les deux branches du maxillaire. Avec un perforateur on fait un trou à chaque branehe, et on fixe un fil de fer ayant la courbure de la partie osseuse enlevée; un tube de caoutehouc traversant la base de la langue est fixée à ee fil de fer.

M. *Magitot*. Dans eertaines cireonstanees on pourrait éviter la réseetion de toute la hauteur de la mâehoire, lorsqu'une simple lamelle osseuse reste saine. Dans un cas, M. Magitot a détruit une tumeur à myéloplaxes du maxillaire inférieur par des eautérisations à l'acide chromique.

M. *Pozzi*. Chez une femme qui avait un cancer du maxillaire inférieur, M. Pozzi a enlevé une partie du planeher de la bouche; il laissa une sonde à demeure pendant vingt et un jours; la sonde qui était molle, avait 40 eentimètres; elle provoqua une douleur épigastrique. Un jour l'opérée fut prise d'un aeeès de suffocation et M. Bazy dut faire la trachéotomie. La malade guérit.

M. *Monod* a la eonvietion, avee M. Ranvier, que la grande majorité des tumeurs à myéloplaxes sont des sareomes; il serait dangereux de les traiter par la eautérisation comme le conseille M. Magitot. On a trouvé des généralisations de tumeurs à myéloplaxes de la mâehoire.

M. *Magitot* est en mesure de fournir des observations de tumeurs à myéloplaxes des mâehoires guéries depuis huit ou dix ans par les eautérisations à l'acide chromique.

M. *Monod*. Les épulis siégeant dans les gencives sont bénignes au début et peuvent être détruites sans avoir à eraindre la récidive.

M. *Després* a vu des épulis qui ont réeidivé. Il n'y a aueun rapport à établir entre ces épulis et les tumeurs à myéloplaxes déerites par E. Nélaton. M. Després est absolument opposé à la sonde à demeure; il est si facile de passer la sonde au moment des repas.

M. *Trélat*. Il y a des sareomes périostaux de la mâehoire et des sarcomes de l'os. Si l'on est en présenee des sareomes périostaux, l'ablation superficielle, la eautérisation, peuvent suffire. Mais conelure de là que les tumeurs à myéloplaxes du maxillaire peuvent être guéries par la eautérisation, c'est professer une doctrine dangereuse; ear iei, il faut une opération complète et rapide.

Il y a des malades qui tolèrent difficilement la sonde à demeure. Si l'isthme du gosier est engagé dans l'opération, et si l'on veut introduire une sonde après eette opération, on n'y arrive pas toujours; une fois, M. Trélat ne put y parvenir. Il faut done, avant d'opérer, aeeoutumer le malade au cathétérisme.

M. *Lannelongue* voit souvent à l'hôpital des tumeurs des mâchoires; quand l'opération a été incomplète, la réeidive arrive rapidement. Parfois la sonde à demeure est bien tolérée. On trouve dans Boyer (1799) l'observation d'une femme qui garda une sonde à demeure dans l'œsophage pendant deux cent cinquante-six jours; eette femme avait un cancer de l'œsophage.

— M. *Berger* présente un homme auquel il a fait la réseetion du maxillaire inférieur; la difformité est corrigée par un appareil construit par Déjardin.

— M. *Kirmisson* présente un malade qui a subi la ligature de l'iliaque externe, par l'incision d'A. Cooper.

— M. *Guyon* est élu membre honoraire de la Société de ehirurgie.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE, VICE-PRÉSIDENT.

Action vaso-dilatatrice des purgatife : M. Leven. — Recherches eur la transmiesion expérimentale dee maladiee de la mère au fœtus : MM. Straue et Chamberlaud. — Mobilité des points excitables du cerveau : M. Bochefontaine. — Survie des animaux enfermés dane du plâtre : MM. Ch. Richet et Rondeau. — Alimentation des animaux avec du sang deseêché : M. P. Regnard.

M. *Leven* envisage à un nouveau point de vue l'action d'un certain nombre de substances purgatives, eelle de l'ergot de seigle, etc., il pense que les effets produits sur le tube digestif par l'ingestion de ces substances résultent d'une irritation de la muqueuse, entraînant la production de réflexes vaso-dilatateurs. Il se fonde surtout pour admettre eette opinion sur l'apparenee congestive que présente la muqueuse gastro-intestinale chez les animaux tués peu après l'administration de la substanee.

M. *Laborde* fait remarquer qu'il faut distinguer l'aetion loeale irritante d'une substance introduite dans le tube

digestif de l'action physiologique réelle résultant de l'absorption de cette substance ; il fait surtout allusion à l'action bien connue de l'ergotine qui produit la contracture des fibres lisses des vaisseaux et autres organes, et non la congestion par vaso-dilatation dont a parlé M. Leven.

— MM. *Straus et Chamberland* communiquent les résultats de leurs recherches sur la *transmission expérimentale des maladies virulentes aiguës de la mère au fœtus*, et sur l'*inoculation directe, intra-utérine du fœtus*.

En pathologie humaine, la transmission de certaines maladies virulentes de la mère au fœtus est bien connue (variole, scarlatine, rougeole, fièvre typhoïde?). A cette question se rattache étroitement celle de l'immunité, complète ou incomplète, conférée dans certains cas à son enfant par la mère atteinte pendant la gestation d'une maladie virulente.

Sur ce terrain expérimental, le charbon, surtout étudié, donna des résultats inattendus. Bräuell, Davaine, Bollinger, MM. Pasteur, Chauveau, etc., constatèrent que la maladie charbonneuse ne passe pas au fœtus, et que les liquides de ce dernier ne possèdent aucune virulence.

Les recherches de MM. Straus et Chamberland, tout en confirmant l'exactitude de ce point, eurent pour but d'en préciser la signification.

Leurs expériences ont porté sur des femelles de cobaye pleines ; le passage ne s'effectue pas, quel que soit le moment de la gestation, qu'il s'agisse de fœtus presque à terme, ou d'autres ne mesurant que 1 à 2 centimètres.

Des coupes de placenta, coloré par le violet de gentiane, fournissent au sujet de la répartition des bactéridies au niveau de cet organe, des données anatomiques sur lesquelles les auteurs se réservent de revenir.

Le non-passage de la bactéridie au niveau du placenta, n'est du reste qu'une manifestation, plus frappante et plus constante, d'un fait plus général et qui domine toute l'histoire de l'affection charbonneuse.

Sur un grand nombre d'animaux et surtout de cobayes charbonneux, MM. Straus et Chamberland ont recueilli à l'état de pureté, avec les précautions convenables, divers produits de sécrétion, surtout la bile et l'urine. Ces liquides ont été examinés au point de vue de la présence des bactéridies, par l'examen microscopique, les inoculations et enfin par les cultures. Ils ont constaté, surtout par la méthode des cultures, que, dans des conditions qu'ils se sont appliqués à bien déterminer (absence de ruptures vasculaires, autopsie faite rapidement après la mort, etc.), les sécrétions telles que la bile, l'urine, le lait ne contiennent pas de bacillus chez le cobaye charbonneux. La paroi des glandes constitue donc, dans ces cas, comme le placenta, ce que M. Pasteur appelle *un filtre parfait*. Ils signalent ensuite les particularités anatomiques (double réseau vasculaire à franchir) qui rendent compte de la perfection du placenta, comme appareil de filtration. Les dimensions relativement énormes de la bactéridie charbonneuse, son immobilité, ses propriétés éminemment aérobies expliquent le non-passage hors des vaisseaux (sauf les cas de rupture), et l'absence d'invasion des parenchymes, des sécrétions et du fœtus.

Au point de vue de la non-transmission de la mère au fœtus, comme à d'autres égards, le charbon occupe une *position tout à fait exceptionnelle*. C'est ce qui résulte des expériences de MM. Straus et Chamberland sur la transmission du charbon symptomatique, du choléra des poules et de la septicémie expérimentale aiguë.

MM. Arloing, Cornevin et Thomas ont déjà constaté que la *bactérie du charbon symptomatique* passe de la mère au fœtus, chez les brebis. Sur les cobayes femelles, sur lesquelles seules MM. Straus et Chamberland ont expérimenté, les résultats obtenus jusqu'ici ont été moins nets que les faits bien positifs établis par M. Arloing et ses collaborateurs, chez les brebis.

Le *choléra des poules* a été étudié, au point de vue du passage, chez la poule et le lapin. Le microbe du choléra des poules, si ténu, envahit tous les organes, toutes les sécrétions ; l'œuf de la poule ainsi que le fœtus de la lapine sont remplis du micrococcus et sont virulents.

Le *vibrion septique* de Pasteur, l'organisme le mieux étudié d'une des septicémies expérimentales, envahit aussi non seulement tous les tissus et les liquides maternels, mais il passe au fœtus chez la lapine et la femelle de cobaye.

Voilà donc trois maladies à micro-organisme bien déterminé, qui, contrairement à ce qui passe pour le charbon, et conformément à ce qu'on observe cliniquement pour la variole humaine, pour la clavelée du mouton, franchissent le placenta et se transmettent de la mère au fœtus. Ce passage s'explique par la mobilité de la bactérie du charbon symptomatique et du vibrion septique de Pasteur, et par l'extrême ténuité du micrococcus du choléra des poules.

MM. Straus et Chamberland ont imaginé une méthode nouvelle consistant dans l'*inoculation directe intra-utérine du fœtus*, à l'aide d'une canule capillaire introduite dans les tissus du fœtus. Chez les femelles de cobaye, ils n'ont d'abord jamais réussi à infecter un fœtus sans contaminer en même temps la mère. Ils obtenaient ainsi ce résultat curieux d'avoir une mère charbonneuse, *un seul fœtus charbonneux*, les autres fœtus renfermés dans l'utérus (un, deux ou trois) demeurant au contraire indemnes.

Ils eurent ensuite l'idée de pratiquer les mêmes expériences sur des brebis, des lapines et des femelles de cobaye rendues réfractaires au charbon virulent par la méthode de vaccination.

MM. Pasteur, Chamberland et Roux, font des expériences dans le but d'inoculer le fœtus seul, sans crainte de contaminer en même temps la mère. Ces expériences sont en cours d'exécution ; elles fourniront sans doute des données sur la réceptivité ou la non-réceptivité du fœtus, dans l'affection charbonneuse, et sur les variations que cette réceptivité peut présenter selon le moment de la gestation où l'immunité a été conférée à la mère par les inoculations préventives. Les expérimentateurs espèrent pouvoir aborder ainsi, d'une façon directe et par un de ses côtés, le problème important de l'immunité en général.

— M. *Bochefontaine* donne les résultats de plusieurs expériences relatives à quelques phénomènes déterminés par la faradisation de l'écorce cérébrale, chez le chien, et observés au laboratoire de M. Vulpian.

On sait que l'excitation électrique du gyrus sigmoïde provoque une salivation abondante lorsqu'elle active un certain point du gyrus, situé, par exemple, *en avant et en dedans du sillon crucial*. Si, au bout d'une heure après cette expérience, on excite de nouveau le même point, le résultat est nul. Mais après tâtonnements, on retrouve le phénomène d'hypersécrétion salivaire quand on faradise un autre canton cérébral placé *en arrière et en dedans du sillon crucial*.

Des déplacements analogues ont été observés pour les phénomènes circulatoires et les mouvements des membres.

Par conséquent, on est conduit à admettre que les parties du cerveau, dont l'excitation faradique détermine les phénomènes qui viennent d'être indiqués, perdent dans certaines conditions leurs propriétés excitatrices, propriétés qui se trouvent alors transférées dans une région voisine.

M. Bochefontaine pense que, l'excitabilité de l'écorce grise cérébrale n'étant pas établie d'une manière incontestable, tandis que l'excitabilité des faisceaux nerveux de la substance blanche est démontrée, on doit faire intervenir cette dernière partie du cerveau dans l'explication des phénomènes de transfert. Il est probable que les premières excitations ont aboli l'excitabilité des expansions terminales des faisceaux qu'elles ont pu atteindre, et que les expansions voisines, prenant une activité, jusqu'alors latente, ont suppléé les premières.

— MM. *Ch. Richet* et *Rondeau* ont repris sur la tortue les expériences classiques de M. Edwards relatives à la survie des animaux enfermés dans du plâtre. Ces animaux, chez lesquels la respiration cutanée ne peut avoir lieu comme chez les grenouilles et crapauds, se prêtent mieux aux expériences. Or leur survie prolongée paraît tenir d'une part à la faible consommation d'oxygène et à la faible excrétion d'acide carbonique qui résultent de leur état d'immobilisation, d'autre part à l'abondance relative de leur sang, fait indiqué par M. P. Bert.

— M. *Regnard* montre des animaux (poules, canards) soumis à l'alimentation avec du sang desséché, et qui présentent un développement et un embonpoint remarquables.

SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

Action convulsivante de la cinchonine : M. Laborde. — Transmission des trichines par l'alimentation : M. Huet. — Différentes formes de lupus : MM. Vidal et Leloir. — Histologie des glandes sébacées des petites lèvres : M. Pouchet. — Nouvelle pile électrique : M. Regnard. — Composition de la méthimoglobine : M. Henninger. — Réclamation au sujet de la note de M. Rorab.

M. *Laborde* répète devant la Société les expériences dont il avait parlé dans la précédente séance, sur l'action convulsivante de la cinchonine : un cochon d'Inde est pris en quelques minutes d'une violente attaque d'épilepsie, à la suite de l'injection de quelques centigrammes de cinchonine sous la peau.

— M. *Huet* expose à la Société les expériences qu'il a faites au Muséum sur la transmission des trichines par l'alimentation.

— MM *Vidal* et *Leloir* font part du résultat de leurs recherches sur différentes variétés de lupus.

L'étude du lupus *tuberculeux* les a amenés aux mêmes conclusions que leurs prédécesseurs; ils ont retrouvé les lésions épidermiques spéciales déjà décrites; mais, de plus, ils ont constaté l'atrophie de l'épiderme, des lésions purulentes (cavitaires) et la formation de bulles.

Le lupus *scléreux* est une forme clinique peu connue ; il présente la même structure que le tubercule fibreux du poumon. On y rencontre des tubercules fibreux disséminés et alternant avec des îlots analogues à ceux du lupus proprement dit.

Dans le lupus *érythémateux*, on trouve une infiltration diffuse, et en général superficielle, de cellules embryonnaires douées d'une vitalité différente, point ou peu de cellules géantes ; on observe souvent le retour des parois vasculaires à l'état embryonnaire, des hémorrhagies interstitielles, des dilatations vasculaires et l'enkystement de certaines glandes.

Le lupus *acnéique* n'est autre que le lupus érythémateux très profond; il se caractérise par l'hypertrophie des glandes sébacées ou leur transformation cornée avec infiltration par des cellules embryonnaires.

— M. *Pouchet* dépose une note sur l'histologie des glandes sébacées des petites lèvres : de cette étude découle l'analogie de ces glandes avec la glande mammaire.

— M. *Regnard* montre en fonction une pile constituée par les mêmes pièces que la pile Bunsen, mais dans laquelle l'acide azotique est remplacé par l'azotate de mercure. L'élément présente la force électromotrice de 1 Daniell et a l'avantage de rester constant, ne se polarisant pas quand le courant est fermé.

— M. *Henninger* a étudié la composition de la méthimoglobine, dont la teneur en oxygène, par rapport à celle de l'hémoglobine et de l'oxyhémoglobine, n'avait pu être déterminée. Ses recherches légitiment la position intermédiaire donnée par Hoppe-Seyler à la méthimoglobine entre l'hémoglobine et l'oxyhémoglobine. Cette dernière est plus riche en oxygène et ne peut par suite être considérée, comme cela a été fait, comme un corps capable de donner naissance à la méthimoglobine en substituant un degré d'oxydation plus élevé. Pour déterminer ces différents points, M. Henninger a employé un appareil disposé de façon à permettre l'analyse spectrale d'une solution d'hémoglobine qu'on soumet à une oxydation croissante à l'aide du ferricyanure de potassium. On constate que le spectre de la méthimoglobine apparaît peu à peu, sans être précédé de celui de l'oxyhémoglobine, qui ne se forme qu'après l'addition d'une plus grande quantité du corps oxydant.

— A la fin de la séance, M. *le Président*, appuyant une motion d'ordre de M. Grimaux, exprime en séance publique le désir que la Société déclare n'avoir en rien approuvé les conclusions d'une note de M. Rorab relative aux propriétés antiseptiques et autres de l'Hélénius; cette substance est aujourd'hui répandue dans le commerce sous le couvert de la ociété de biologie. Cette proposition est votée à l'unanimité.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

De l'alimentation par la poudre de viande : M. Catillon. — Traitement de la syphilis : M. Martineau. (Discussion.)

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Catillon* fait remarquer que l'on a constaté, chez les malades soumis à l'alimentation par la poudre de viande, une excrétion d'urée s'élevant à 80 grammes dans les vingt-quatre heures, c'est-à-dire dépassant de 50 grammes l'excrétion moyenne physiologique. Or l'urée contient 45 pour 100 d'azote, tandis que la poudre de viande n'en renferme que 12 à 13 pour 100. Il semble donc que les 50 grammes d'urée excrétés en trop proviennent d'une quantité assez notable de poudre de viande éliminée sans profit pour l'économie. De plus, cette excrétion excessive d'urée indique une suractivité digestive considérable pouvant avoir un retentissement fâcheux sur l'organisme tout entier. Il n'en est point ainsi avec les peptones, qui sont absorbées sans avoir besoin d'une digestion préalable.

— M. *Martineau* fait hommage à la Société de ses *Leçons sur la thérapeutique de la syphilis*. Après avoir étudié, dans ce travail, l'évolution de la syphilis normale et de la syphilis anormale, il recherche les causes d'où résultent ces anomalies. Elles peuvent se rencontrer dans l'individu lui-même, dans les conditions extérieures à l'individu, ou dans la climatologie; cette dernière n'a pas d'ailleurs, selon lui, l'importance qu'on lui attribue généralement. La thérapeutique de la syphilis comprend trois grandes indications : 1° traiter la syphilis; 2° traiter le terrain sur lequel elle évolue; 3° traiter les accidents syphilitiques. Le traitement de cette affection à marche chronique doit être long et continu. M. Martineau a étudié successivement les différentes substances employées dans le traitement de la syphilis et en particulier l'iodoforme qui ne lui semble pas avoir une bien grande efficacité.

M. *C. Paul* croit à l'influence du climat sur l'évolution et la gravité de la syphilis. Il cite ce fait, bien connu dans tous les ports de mer, que les marins atteints de syphilis préfèrent à tout traitement l'embarquement pour des climats tempérés. Il rapporte également l'observation d'un syphilitique, contaminé en Angleterre, et qui eut, dès la fin de la première année, des accidents de syphilis cérébrale, des vertiges, des troubles graves de la marche, en même temps qu'un eczéma

à répétition. Le traitement étant d'ailleurs mal supporté, M. C. Paul lui conseilla de se rendre en Algérie; les accidents diminuèrent rapidement d'intensité, la marche, l'équitation redevinrent possibles et l'eczéma disparut presque complètement. Cet heureux résultat paraît bien dû, dans ce cas, à l'influence du climat algérien.

M. *Martineau* a partagé pendant longtemps cette opinion, mais la lecture des travaux des médecins de la marine et des médecins militaires a modifié sa manière de voir à ce sujet. Il croit que la gravité de la maladie dépend bien moins du climat que du défaut d'hygiène, de l'absence du traitement, de l'existence de maladies constitutionnelles antérieures, entre autres la scrofule, ou d'intoxications diverses, telles que l'impaludisme, l'alcoolisme, etc. Le malade dont M. C. Paul a rapporté l'histoire était sans doute réfractaire à l'action du mercure, par suite d'une affection constitutionnelle antérieure; c'est dans des cas analogues que les injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique donnent de précieux résultats. M. Martineau voit fréquemment des syphilides graves sur lesquelles le mercure reste sans action guérir par les injections hypodermiques.

M. *Gouguenheim* ne veut pas discuter pour le moment la question de l'influence du climat et celle de la curabilité complète de la syphilis; il pense que l'on n'est pas encore entièrement fixé sur ces deux points spéciaux. Il désire seulement apporter quelques restrictions à l'enthousiasme que montre M. Martineau pour la méthode des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique. C'est, à coup sûr, un bon procédé dans certains cas, et il en a retiré lui-même de grands avantages; mais ce mode de traitement ne met pas entièrement les malades à l'abri des accidents hydrargyriques. Chez une femme atteinte d'ulcérations syphilitiques précoces, et chez laquelle le traitement mercuriel par la voie stomacale avait dû être bientôt abandonné, à cause d'accidents graves d'intolérance, les injections hypodermiques n'ont pu fournir un meilleur résultat, et on a été forcé d'y renoncer tout aussi promptement. Peut-être aura-t-on avec cette méthode des accidents moins fréquents, mais elle est loin d'avoir une innocuité absolue, et détermine parfois de la stomatite ulcéreuse. M. Martineau a enregistré certainement des succès rapides et remarquables, mais il résulterait d'expériences entreprises par M. Gouguenheim sur l'action comparative du mercure et de l'iodure de potassium, que ce dernier médicament donne des résultats plus rapides encore que le mercure; ces expériences feront d'ailleurs le sujet d'une prochaine communication. L'iodure de potassium a sans doute des inconvénients, mais ils sont moins grands que ceux qui résultent de l'administration du mercure, dans tous les cas l'iodisme est moins dangereux que l'hydrargyrisme.

M. *Martineau* affirme que les injections sous-cutanées de peptone mercurique ne produisent de salivation que chez les malades préalablement atteints de gingivite alvéolo-dentaire, résultant de carie dentaire, de l'abus du tabac, etc. Cette innocuité est due à la rapide élimination par les urines du mercure absorbé par la voie hypodermique. Il n'a constaté de salivation que huit à dix fois au plus, sur 14000 injections. Quant à la guérison plus rapide des syphilides cutanées graves, lors de traitement par l'iodure de potassium, il attend la communication de M. Gouguenheim pour se faire une opinion à cet égard. Pour lui, il a vu une syphilide ulcéro-gangréneuse de la verge, ayant détruit en grande partie le gland jusqu'à l'urèthre, être arrêtée dans sa marche après la cinquième injection.

M. *Gouguenheim* trouve, en effet, ce résultat merveilleux. Il a de son côté observé une malade atteinte d'une immense syphilide ulcéreuse de la jambe et qui fut guérie en quatre à cinq semaines par l'iodure de potassium. Les mêmes accidents s'étant reproduits plus tard, la même malade entra dans le service de M. Martineau, où elle fut soumise au traitement par les injections sous-cutanées; la guérison ne fut obtenue qu'après 80 injections, ce qui représente un laps de temps de deux mois environ. L'iodure de potassium fournit de très remarquables résultats, mais les guérisons les plus rapides exigent encore de trois à quatre semaines.

M. *C. Paul* demande à M. Martineau ce qu'il pense de l'accident primitif, le chancre induré?

M. *Martineau* ne comprend pas la question que lui adresse M. C. Paul. Pour lui, la syphilis est une maladie générale avant l'apparition du chancre, et dont le chancre n'est que la première manifestation; aussi désapprouve-t-il la pratique de certains médecins qui excisent ou cautérisent le chancre; on n'arrête pas l'évolution de la syphilis. Il n'attaque la maladie constitutionnelle que lors de l'apparition des accidents secondaires; il ne traite pas l'accident primitif, d'autant plus que l'apparition du chancre peut n'être pas suivie d'autres phénomènes, la syphilis s'étant arrêtée dans son évolution.

M. *C. Paul* fait remarquer que, si l'on se reconnaît impuissant à arrêter l'évolution de la syphilis, il devient inutile de lui opposer un traitement. Lorsqu'un individu est porteur d'un chancre induré, est-il indifférent de le soumettre dès ce moment, ou seulement plus tard, au traitement mercuriel? Il serait également intéressant de savoir si l'imprégnation mercurielle professionnelle, par exemple chez les étameurs de glaces, modifie l'évolution de la syphilis.

M. *Martineau*. Si l'on donne le mercure dès l'apparition du chancre, on n'empêche pas les accidents secondaires; ils semblent au contraire être plus graves et plus longs. La période la plus favorable pour instituer le traitement spécifique est celle qui commence vers le onzième jour après le début du chancre et qui s'annonce par de la fatigue, de la fièvre, et de la roséole.

M. *C. Paul* fait observer que ce n'est pas au onzième jour que débutent les accidents secondaires; il n'est pas d'ailleurs sur tous les points d'un avis conforme à celui de M. Martineau.

M. *Martineau*. La période d'incubation de la syphilis varie entre dix et quatre-vingt-dix jours ainsi que M. Guérin en a rapporté un cas; la moyenne est de vingt jours. Les accidents secondaires apparaissent vers la cinquième ou la sixième semaine. Quant à l'opinion qui veut que l'on traite la syphilis seulement au moment des accidents secondaires, c'est celle de Cullerier, Diday, etc.

M. *Moutard-Martin* trouve qu'il est bien difficile de s'entendre : M. Martineau dit qu'on ne peut arrêter l'évolution de la syphilis et pourtant il reconnaît ensuite qu'un chancre infectant peut n'être pas suivi d'accidents secondaires. Donc, tantôt la syphilis évolue, tantôt elle n'évolue pas!

M. *Martineau* reconnaît que les cas d'arrêt d'évolution sont extrêmement rares; on en compte trois ou quatre sur des milliards d'observations, cependant on doit les faire entrer en ligne de compte au point de vue du traitement. D'ailleurs une maladie générale ne peut-elle exister en puissance, sans évoluer?

M. *Gouguenheim* fait observer que c'est Bazin, dont M. Martineau reconnaît la grande autorité, qui a proscrit le mercure dans le traitement des accidents syphilitiques ulcéreux, et préconisé l'iodure de potassium.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Cas de physométrie, par le docteur Roustan.

La présence de gaz dans la cavité utérine par suite de la décomposition de caillots retenus dans cette cavité n'est pas chose tellement commune, qu'il ne soit pas utile d'en relever les cas bien authentiques et bien observés.

Obs.—M. Roustan fut appelé auprès d'une femme de trente-sept ans, réglée depuis l'âge de treize ans, et dont les menstrues avaient toujours été très abondantes, le plus souvent avec caillots. Après une époque semblable aux autres, l'emploi du seigle ergoté, du perchlorure de fer et de la limonade sulfurique avaient amélioré l'état de la malade à tel point qu'elle se croyait enceinte : le ventre grossissait. Quatre ou cinq mois plus tard, M. Roustan est rappelé en toute hâte pour une sortie bruyante de gaz fétides par les parties génitales, survenue au moment du saut du lit, et accompagnée de l'évacuation d'une matière semblable à de la lavure de chair. *Les seins sont augmentés de volume, avec coloration de l'aréole et sécrétion lactée;* l'utérus est volumineux comme au cinquième mois de la grossesse; mais la percussion « ne donne pas de matité ». Les lèvres sont entr'ouvertes et séparées par une petite tumeur. Le fœtus, s'il y en a un, devant être mort, on pratique le cathétérisme utérin avec une sonde élastique, et l'on obtient la sortie, avec sifflement, d'une grande quantité de gaz fétide. Le lendemain, le ballonnement utérin avait beaucoup diminué; sonorité hypogastrique; rien à l'auscultation. La succussion ne donne pas lieu au bruit hydro-aérique. On essaye l'arrachement de la tumeur avec des pinces; elle ne vient que par lambeaux, mais on finit par la détacher tout entière avec des ciseaux. Injections phéniquées, etc. En huit jours tout rentre dans l'ordre. Un mois après, menstruation plus abondante et plus douloureuse que de coutume; les caillots sont rares. Quand l'écoulement est terminé, on procède à un examen, et l'on constate des granulations sur la lèvre postérieure. Injection *intra-utérine* avec glycérine, 25 grammes; iodure de potassium, 1 gramme; iode métallique, 50 centigrammes. Le surlendemain, on introduit dans le col, aussi profondément que possible, un pinceau chargé de nitrate d'argent en poudre. Ce traitement est renouvelé la nuit suivante. Aujourd'hui la guérison paraît complète.

On a remarqué dans cette observation la turgescence des seins avec sécrétion lactée : c'est un fait déjà noté par plusieurs auteurs, notamment par Barnes. D'autres ont également signalé le bruit produit par la sortie des gaz, notamment Gooch et Scanzoni. Le bruit hydro-aérique, dans la succussion, est indiqué, dans plusieurs traités, comme un signe possible de la tympanite utérine, toujours accompagnée de la présence de liquide, soit d'eau (physohydrométrie), soit de sang (physohématométrie); mais nous doutons que ce signe ait été perçu. M. Roustan l'a cherché et ne l'a pas trouvé. On comprend, du reste, qu'il doit se produire bien difficilement dans un cas tel que le sien, où le liquide mêlé à l'air est visqueux et peu abondant. (*Gaz. hebd. de Montpellier.*)

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses, 2e fascicule, par M. le professeur Vulpian, membre de l'Institut. 1 vol. in-8° de 200 pages. — Paris, 1882. O. Doin.

Dans l'article que nous avons consacré au premier fascicule de cet ouvrage, nous nous sommes borné à montrer dans quel esprit les recherches étaient dirigées, nous réservant de revenir ultérieurement sur l'étude du *jaborandi*, et promettant, quand paraîtrait le second fascicule, de résumer les principales recherches sur la *strychnine* (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1881, 2e série, t. XVII, n° 14, p. 223) : c'est cet engagement que nous venons remplir aujourd'hui.

La strychnine est le type des poisons convulsivants, c'est aussi le plus puissant des agents capables d'exagérer la puissance réflexe de la moelle épinière; il était donc nécessaire, avant d'entrer dans les détails de certains phénomènes, d'exposer la physiologie générale du strychnisme : c'est là l'objet de la neuvième leçon.

Quelle est la cause des convulsions provoquées par la strychnine? Quel est le lieu d'action de ce poison? C'est, dit M. Vulpian, le bulbe rachidien et la moelle épinière, les parties supérieures de l'encéphale ne sont nullement en cause. L'action de la strychnine s'étend à tout l'axe bulbo-médullaire, et les convulsions se manifestent partout avec la même énergie; elles s'annoncent cependant par des phénomènes bulbaires et spécialement l'accélération de la respiration. C'est sur la substance grise de la moelle épinière qu'agit la strychnine; ce n'est pas une irritation de cette substance qu'elle produit, mais bien une exaltation de sa puissance réflexe, d'après la théorie formulée par MM. Van Deen, Meyer, Marshall-Hall et Brown-Séquard. Une preuve que les convulsions du strychnisme sont bien d'origine réflexe, c'est que si l'on empoisonne, même avec de fortes doses d'un sel de strychnine, un animal préalablement anesthésié par l'éther, le chloroforme ou l'hydrate de chloral, les convulsions ne se produisent pas. Ces substances n'ont cependant pas diminué le pouvoir réflexe de l'axe spinal; mais, supprimant la sensibilité des téguments et des organes, elles empêchent les excitations, qui ne sont plus ressenties, de provoquer les convulsions réflexes. Comme preuve plus concluante encore, on peut supprimer l'augmentation de la pression sanguine chez les animaux strychnisés en les chloralisant au préalable; il s'agit donc bien alors de phénomènes vaso-moteurs réflexes et non d'une excitation directe des centres vasculo-moteurs.

Après avoir ainsi résumé la physiologie des convulsions strychniques, l'auteur entre dans le détail des diverses expériences faites dans le but d'éclairer des particularités mises en lumière par les recherches récentes. Parmi ces détails, il en est un qui mérite d'être examiné, c'est une certaine analogie qui existe entre l'action de la strychnine et celle du curare.

« La strychnine ne détruit pas les propriétés physiologiques des fibres nerveuses sensitives et de leurs foyers d'origine; la sensibilité n'est pas abolie chez les animaux empoisonnés par la strychnine. » Telle est la conclusion de M. Vulpian pour ce qui regarde les nerfs de sensibilité; nous nous bornons à la signaler, voulant examiner en détail ce qui a trait aux nerfs moteurs. D'après Claude Bernard, la strychnine « épuiserait à des degrés divers, suivant la dose du poison, les trois éléments (le nerf sensitif, le nerf moteur et le muscle), mais en détruisant d'abord les propriétés de l'élément sensitif, puis celles de l'élément nerveux moteur, et enfin celles du muscle. » En somme, l'épuisement du nerf moteur, d'après l'illustre physiologiste, ne serait pas produit directement, mais serait la conséquence de la suractivité provoquée par l'action de la strychnine sur les éléments sensitifs. Depuis déjà longtemps on avait constaté que, chez les grenouilles empoisonnées par de fortes doses de strychnine, il arrive un moment où l'action des nerfs moteurs est tout à fait détruite, comme dans la curarisation. A première vue, il semblait qu'il dût en être de même chez les mammifères, et bien des expériences furent faites par plusieurs physiologistes, et par M. Vulpian lui-même, en essayant de prolonger la vie des animaux par la respiration artificielle : toutes les tentatives avaient échoué. Enfin, dans des expériences récentes, M. Vulpian est arrivé à une démonstration. Cette première expérience est assez importante pour que nous en donnions le résumé : « J'ai d'abord, dit l'auteur, essayé de détruire l'action des nerfs sur les muscles par des injections d'une forte solution de chlorhydrate de strychnine dans les vaisseaux artériels d'un des membres postérieurs. L'expérience a été faite sur un chien. On l'avait chloralisé tout d'abord. Le sommeil chloralique étant profond, on a mis à découvert l'artère et la veine crurales à la région supé-

rieure de la cuisse droite. On a alors fermé la veine crurale à l'aide d'une pince à pression continue, puis injecté dans l'artère crurale, vers l'extrémité du membre, une solution de 16 centigrammes de chlorhydrate de strychnine dans 16 centimètres cubes d'eau. Quelques instants après l'injection on a mis les deux nerfs sciatiques à découvert. A ce moment, aucune différence bien appréciable. Cinq ou six minutes plus tard on a fait une seconde injection semblable à la première. On examine presque aussitôt après la motricité du nerf sciatique droit; on la trouve complètement abolie. Les muscles du membre correspondant ont conservé leur contractilité intacte. Le nerf sciatique gauche agissait sur les muscles, qu'il innerve aussi puissamment qu'à l'état normal. » M. Vulpian fait observer qu'on obtient le même résultat en mettant les extrémités nerveuses intra-musculaires en rapport avec un sel de strychnine au moyen des injections intra-veineuses. Ajoutons que la strychnine ne paralyse pas les nerfs moteurs de la vie organique. Après avoir examiné expérimentalement comment se fait l'abolition de l'action du nerf, M. Vulpian conclut ainsi : « Il est donc clair que la strychnine agit sur l'extrémité périphérique des nerfs, ou entre ces extrémités et les muscles correspondants, comme le curare agit lui-même. On peut généraliser ces résultats, et dire que ces nerfs moteurs, chez les animaux strychnisés, perdent leur action sur les muscles par un mécanisme analogue à celui qui abolit cette action des nerfs moteurs chez les animaux curarisés. » Claude Bernard avait démontré que, chez une grenouille curarisée, un nerf sciatique préalablement coupé en travers perd plus vite son action que l'autre nerf resté entier; qu'au contraire, chez une grenouille strychnisée, le nerf coupé conserve plus tard son excitabilité motrice. M. Vulpian a vérifié le bien observé de ces deux faits et a cherché à les expliquer. Pour ce qui est de la curarisation, cela tient probablement, d'après lui, à ce que la section du nerf a donné lieu à une dilatation des petits vaisseaux, et il en est résulté l'apport d'une proportion plus considérable de la substance toxique. Mais pourquoi n'en est-il pas de même avec la strychnine? alors que les mêmes phénomènes vaso-moteurs se produisent. « Pour venir à bout de cette difficulté, dit l'auteur, il faut, je crois, admettre que l'excitation violente à laquelle sont soumises les fibres nerveuses motrices, chez une grenouille strychnisée, favorise l'action de la strychnine sur les points de connexion entre l'extrémité de ces fibres et les faisceaux musculaires primitifs. » Il suffit de supposer que cette influence adjuvante de l'excitation des fibres motrices est beaucoup plus puissante que l'influence exercée par la dilatation des vaisseaux résultant de la section du nerf sciatique. Or cette action des secousses sur la motricité du nerf chez une grenouille strychnisée est incontestable; il convient, pour le prouver, d'électriser à l'aide de courants interrompus un des nerfs sciatiques (préalablement coupé) pour constater que ce nerf perd sa motricité plusieurs minutes avant le nerf non coupé et non électrisé; ajoutons que, sur une grenouille non strychnisée, un nerf sciatique coupé et électrisé ne perd nullement son excitabilité motrice. On peut donc admettre que l'électrisation rend plus facile et plus énergique l'action de la strychnine sur le nerf. « Il est permis de se demander si une application utile à la thérapeutique ne pourrait pas naître de ces expériences. L'effet de certains médicaments ne pourrait-il pas être rendu plus énergique par l'électrisation des parties sur lesquelles on veut agir? N'y aurait-il pas quelque avantage, par exemple, à soumettre à l'électrisation des ganglions strumeux chez les malades qui prennent à l'intérieur des préparations iodées? Y aurait-il quelque utilité à électriser des tumeurs gommeuses, les exostoses accessibles aux courants faradiques ou galvaniques, chez les sujets syphilitiques traités par l'iodure de potassium? »

Peut-être nous sommes-nous un peu trop étendu sur ce sujet. La citation précédente suffirait cependant à nous excuser, si ce point peu connu de l'action de la strychnine n'avait par lui-même une grande importance; mais nous tenions à arriver à cette conclusion en suivant pas à pas le chemin expérimental tracé par le professeur. Est-il, en effet, possible de trouver un exemple plus frappant, des déductions plus rigoureuses, pour établir comment un esprit vraiment scientifique sait doter la thérapeutique humaine, l'arsenal du praticien, des conquêtes de l'expérimentation régulièrement conduite?

Malheureusement il nous est impossible de faire de même pour tous les points, et nous laisserons au lecteur toute la surprise des expériences si intéressantes qui terminent cette leçon, et dans lesquelles sont exposés les effets de la strychnine sur le grand sympathique et sur les divers appareils de la vie de nutrition.

La leçon suivante présente des faits capitaux, et cependant nous nous bornerons en quelque sorte à en faire l'énumération, pressé que nous sommes d'arriver à l'emploi de la strychnine en thérapeutique.

Quel est le mécanisme de la mort dans l'intoxication strychnique? Quand elle se produit pendant les convulsions, elle est due en grande partie à l'asphyxie. Mais bien souvent il arrive que, chez des animaux qui ont survécu à la période convulsive, ou bien chez lesquels cette période a été empêchée au moyen des anesthésiques et particulièrement du chloral, la mort survient au bout de quelques heures, au bout de quelques jours. Or, dans ces cas, ce résultat n'est pas dû à des lésions des centres nerveux. D'après M. Vulpian, cette mort tardive a probablement pour causes principales les modifications produites par la strychnine dans un grand nombre de tissus, en particulier dans la substance grise des centres nerveux, et pour causes adjuvantes l'hyperthermie et les diverses altérations du sang déterminées par les convulsions. Comme conséquence de cette partie de la leçon, il était intéressant d'étudier l'action sur l'intoxication strychnique de différentes substances actives, les anesthésiques, le bromure de potassium, l'opium, l'extrait de fève de Calabar, l'iode, le chlore, l'atropine, la conicine, le curare, etc.; cette étude est exposée tout au long dans cette importante leçon. Nous nous bornons à l'indiquer à nos lecteurs.

En quoi la thérapeutique bénéficie-t-elle de ces recherches? la strychnine et ses sels rendent-ils de nombreux services au praticien? les applications faites sont-elles la conséquence légitime des données de l'expérimentation? M. Vulpian a terminé l'étude de ce poison par cet important chapitre.

Rien ne démontre, dit d'abord le professeur, que la strychnine puisse produire un effet favorable dans les hémiplégies ou les paraplégies dues à des lésions des centres nerveux; la théorie est ici d'accord avec l'expérimentation et la pratique. Quant au traitement par cette substance des paralysies d'origine périphérique, il est tout à fait irrationnel.

La strychnine n'a d'heureux et incontestables effets que dans les cas d'affaiblissement des forces musculaires par débilitation de l'activité bulbo-médullaire; elle peut donner de bons résultats chez des sujets qui sont tombés dans un grand état de débilitation, à la suite de l'abus du bromure de potassium : « La strychnine peut encore rendre des services dans les cas de relâchement de certains sphincters et dans les cas de paralysie vésicale et de paralysie intestinale. » « Il se pourrait que la strychnine eût, dans certains cas d'anémie, une influence favorable en renforçant l'activité de la substance grise de l'isthme de l'encéphale et de la moelle épinière, et en agissant ainsi d'une façon indirecte sur le fonctionnement des organes hémoplastiques; mais c'est encore là une hypothèse dont la valeur ne peut être démentie que par l'expérimentation clinique. »

En résumé, on est en droit, jusqu'à présent, de demander avec certitude à la strychnine une augmentation de la puissance réflexe de la substance grise de l'axe bulbo-médullaire, mais rien de plus. M. Vulpian ajoute que, pour avoir

des chances d'obtenir ce résultat, il ne faut pas craindre d'administrer la strychnine à doses progressivement croissantes, jusqu'à production d'effets nettement reconnaissables indiquant une augmentation de la réflectivité des centres nerveux : « Il s'agit ici d'un médicament qui ne séjourne pas longtemps dans l'économie, et l'on ne doit pas craindre de voir se produire des accidents sérieux par suite de l'accumulation de cette substance, lorsqu'on a soin de procéder avec prudence dans la progression quotidienne des doses. Je dis qu'il est nécessaire de porter ces doses jusqu'à la quantité pouvant amener une exaltation manifeste de l'activité réflexe de la moelle épinière et de l'isthme de l'encéphale, parce que rien ne prouve que des doses inférieures à cette quantité puissent déterminer un effet thérapeutique quelconque. »

Nous avons tenu à citer intégralement ce passage, parce que le précepte qu'y formule le professeur n'est pas applicable seulement à la strychnine. Il est vrai pour tous les médicaments d'une activité réelle. C'est faute d'oser aller assez loin, c'est pour être resté souvent au-dessous des doses suffisantes qu'on n'a pas obtenu de résultats sérieux, et qu'on en est arrivé à nier, non seulement l'efficacité de certaines substances, mais la thérapeutique elle-même, quand on n'aurait dû incriminer que la timidité du médecin, trop souvent conséquence de connaissances incomplètes.

Je m'arrête, j'aurais encore bien à dire; je pourrais insister sur la méthode rigoureuse des recherches, sur l'ampleur et la généralisation des conceptions, mais ce seraient là des redites. Le second fascicule est le complément du premier, et les qualités qu'on y trouve sont celles qu'on constate dans tous les livres de M. le professeur Vulpian.

H. CHOUPPE.

VARIÉTÉS

CORRESPONDANCE : LE *Qu'il mourût* DE CASIMIR DELAVIGNE. — Je prends la liberté de répondre ici à une douzaine de lettres qui m'ont été adressées, et, par anticipation, à celles qui pourraient me l'être encore au sujet d'un passage de l'article DÉONTOLOGIE du *Dictionnaire encyclopédique*, dans lequel il est parlé du *Qu'il mourût* de Casimir Delavigne. On craint que je n'aie confondu cet honorable poète avec le grand Corneille. Cela montre que la mémoire de C. Delavigne s'est effacée vite, au moins dans le corps médical. Cependant son *Qu'il mourût* est à l'adresse particulière des médecins, et faisait bien rire les étudiants, il y a une cinquantaine d'années, au théâtre de l'Odéon. Dans la comédie des *Comédiens*, Pembrock demande à Granville des nouvelles de son oncle Balthasard, lequel lui apprend que celui-ci est mort au Mogol. « Ils étaient trois docteurs, dit Granville, et pourtant... — Le pauvre homme! réplique Pembrock; que vouliez-vous qu'il fît contre trois? » On connaît la réponse.

A. D.

FACULTÉ DE MÉDECINE : DOCTORAT ÈS SCIENCES MÉDICALES. — Nous croyons savoir que M. le professeur Brouardel a été chargé, par la sous-commission désignée afin de présenter un projet de réponse à M. le ministre de l'instruction publique sur la création d'un doctorat ès sciences médicales, de faire prochainement un rapport à l'assemblée des professeurs de la Faculté de Paris. La sous-commission aurait été d'avis qu'en ce qui concerne les sciences pathologiques cette création serait inutile dans l'état actuel des ressources de l'enseignement aux divers degrés des grades; elle aurait peut-être quelque raison d'être pour les sciences anatomiques et physiologiques, ainsi que pour l'obtention d'un diplôme spécial, comprenant l'étude de l'hygiène, de la médecine légale et de l'aliénation mentale. Nous reviendrons à l'occasion sur ces divers projets.

LOGEMENTS D'OUVRIERS. — On se rappelle que nous avons insisté sur la nécessité d'assurer des logements aux ouvriers avant de leur interdire l'habitation des logements malsains. Le *Conseil général de la Seine* vient de décider la nomination d'une commission chargée d'étudier, sous ce rapport, la question de la désaffectation du mur d'enceinte et sa cession à la ville, ainsi que la suppression de la zone militaire. L'urgence de la proposition a été adoptée. D'un autre côté, M. Amouroux a déposé une proposition tendant à ce que le Conseil s'occupe de la création d'une maison-type. Cette proposition a été renvoyée à la commission de voirie.

LES POUSSIÈRES DE L'ATMOSPHÈRE.

L'Observatoire municipal de Montsouris a entrepris depuis 1875, sous l'habile direction de M. Marié Davy, des déterminations d'un grand intérêt sur les poussières en suspension dans l'atmosphère. Ce service spécial, confié à M. Miquel, a déjà fourni des renseignements utiles.

Il y a de tout dans l'air, des débris de coton, chanvre, laine, soie, poil, duvet, pollen, granules d'amidon, pellicules épidermiques, particules de charbon, de silex, des sels terreux, alcalins, des cristaux, des globules de fer, des cadavres d'insectes, des écailles de papillons, des œufs d'infusoires, etc., et surtout des spores cryptogamiques, et enfin des bactériens. Les microbes les plus abondants sont, sans conteste, les graines de moisissure, les spores blanches des *Penicillium*, les spores brunes ou verdâtres des *Aspergillum*, des *Coremium*, etc... Pour apprécier leur nombre et leur espèce, on les examine au microscope sur des lamelles enduites de glycérine, qui ont été exposées à un courant d'air artificiellement produit pendant quarante-huit heures. L'air débouche sur les lames au taux de 20 litres par heure environ.

La quantité de spores en suspension dans l'air est très variable. Voici un tableau, dressé par M. Miquel, pour les différents mois :

	1878-1879	1879-1880	SAISONS
Septembre	11.600	12.200	
Octobre	18.600	11.800	12.400
Novembre	10.900	9.000	
Décembre	3.900	8.500	
Janvier	6.600	6.200	6.300
Février	5.600	7.100	
Mars	1.200	3.000	
Avril	8.000	7.600	6.500
Mai	11.300	4.700	
Juin	34.000	54.000	
Juillet	43.000	30.000	36.500
Août	24.700	31.000	

L'influence saisonnière apparaît ici très nettement. En outre, on constate que la chaleur ou l'humidité exercent aussi leur action propre. L'humidité augmente considérablement le nombre des spores cryptogamiques. Des observations simultanées, faites à Montsouris et au cimetière de Montparnasse, ont donné à très peu près les mêmes chiffres aux dates correspondantes : 19 600 à Montsouris, 20 300 dans le cimetière. La différence est à peine sensible. Un appareil a été installé rue de Rivoli, à 1m, 80 au-dessus de la banquette de l'égout, à peu de distance du collecteur du boulevard de Sébastopol. On y trouve peu de spores, pas plus que dans les maisons les mieux tenues.

La distribution est toute différente pour les bactériens. Ces êtres infiniment petits sont d'une telle ténuité que leur dénombrement direct sous le microscope eût été impossible. Il a fallu avoir recours à une autre méthode : on prépare des liquides, des bouillons convenables où ces êtres trouvent la nourriture nécessaire à leur accroissement; les liquides eux-mêmes, préalablement dépouillés de germes, sont enfermés dans des ballons hermétiquement clos ; on fait passer ensuite, en coupant la pointe effilée du col, quelques bulles d'air et l'on note ultérieurement l'espèce de microbe qui a pénétré dans le ballon avec l'air introduit. Tous les microbes ainsi recueillis sont rangés par M. Miquel en quatre classes principales : 1° les *micrococcus*, microbes immobiles, formés de cellules circulaires, diversement associés; 2° les *bactériens*, microbes en bâtonnets, rudimentaires ; 3° les *bacillus*, microbes mobiles ou immobiles, formés de filaments rigides; 4° les *vibrions*, bacilles mobiles ondulants, mous et flasques, progressant

dans des infusions à la manière des serpents. Ces différents types servent à faire des expériences sur les animaux; on finira par savoir quels sont de ces quatre classes les microbes plus ou moins dangereux. En ce qui concerne Montsouris, les chiffres suivants représentent le nombre des bactériens par mètre cube d'air.

	1879-80	1880-81	SAISONS
Septembre........	»	129	
Octobre..........	252	142	161
Novembre.........	209	106	
Décembre.........	48	49	
Janvier...........	36	45	36
Février...........	15	31	
Mars..............	93	74	
Avril..............	56	48	91
Mai...............	195	80	
Juin..............	39	92	
Juillet............	53	190	89
Août............ ..	47	111	

On remarquera l'influence de la saison. La quantité de bactériens augmente énormément en septembre et surtout en octobre et commence à diminuer en novembre. Mais ici, à l'inverse de ce qui se passe pour les cryptogames, le nombre diminue beaucoup pendant les jours de pluie et augmente avec les jours de sécheresse; si le temps sec persiste, il diminue de nouveau. C'est que les bactériens ne se reproduisent pas au sein de l'air, ils sont apportés avec les poussières que le vent enlève au sol; la poussière se détache difficilement par temps humide; puis, si la sécheresse persiste, les microbes vieillissent et meurent; toujours est-il qu'on les voit augmenter ou diminuer suivant les conditions météorologiques.

Les cryptogames diminuent en automne; les bactériens augmentent; leur apparition en grande quantité semble coïncider avec la période des grands vents.

On a relevé le nombre des bactériens dans diverses pièces de l'Observatoire, rue de Rivoli, dans l'égout de la même rue, dans les salles de l'Hôtel-Dieu et de la Pitié.

	NOMBRE DE BACTÉRIENS	
	Moyens.	Proportionnels.
Air des pièces inhabitées à Montsouris...............	25	1
Air du parc de Montsouris...	98	4
Air du laboratoire de Montsouris...................	215	9
Air de la rue de Rivoli (4e)...	887	35
Air de l'égout de la rue de Rivoli..................	880	35
Air des salles de l'Hôtel-Dieu.	5.650	226
Air des salles de la Pitié.....	9.600	384

Le nombre des microbes est à peu près le même rue de Rivoli et dans l'égout de la même rue; mais c'est sans doute une simple coïncidence, car le nombre des microbes dans l'égout reste à peu près constamment de 880, tandis que, dans le reste, il varie sans cesse. On trouve, en effet, les chiffres variables suivants :

Hiver.................	520
Printemps.............	1.170
Automne...............	1.110

Les microbes de la rue et de l'égout ont des origines diverses, comme l'indique le tableau ci-dessous, qui donne les proportions des trois premières classes de microbes; la quatrième, celle des vibrions, est si rarement représentée, qu'on ne peut encore en tenir compte.

	NOMBRE PROPORTIONNEL POUR 100		
	Micrococcus	Baccilles	Bactériums
Salles inhabitées à Montsouris.	53	47	1
Parc..........................	79	14	7
Laboratoire...................	80	17	3
Hôtel-Dieu....................	84	8	8
Rue de Rivoli....	93	5	2
Egout........	60	14	26

Les influences locales, se superposant aux causes climatériques, apparaissent bien dans le relevé suivant qui se rapporte toujours au mètre cube d'air :

	PARC MONTSOURIS	MAIRIE DU 4e	HOP. DE LA PITIÉ Hommes.	Femmes.
Mars 1881....	74	750	11.100	10.700
Avril.........	48	970	10.000	10.200
Mai..........	80	1.000	10.000	11.400
Juin....	92	1.540	4.500	5.700
Juillet........	190	1.400	5.800	7.000
Août.........	111	960	5.540	6.600
Septembre....	103	990	10.500	8.400
Octobre......	114	1.070	12.400	12.700
Novembre....	69	780	15.000	15.600
Décembre....	52	525	21.300	28.900

A la Pitié, le nombre des microbes a diminué pendant l'été pour augmenter en hiver; c'est que l'aération est faible en hiver, mieux assurée en été; il en est généralement ainsi dans toutes les habitations des quartiers populeux. On voit, d'après ces chiffres, qu'un homme vivant à l'air libre de Montsouris introduirait par jour dans ses voies respiratoires 300 000 spores de cryptogames et 2500 bactériens. Le même homme, vivant dans les salles de l'Hôtel-Dieu moins chargées de microbes que celles de la Pitié, introduirait pendant le même temps dans ses voies respiratoires 80 000 spores cryptogamiques et 141 000 bactériens.

Ce qu'il importe de relever, c'est la coïncidence que M. Miquel a mise en relief, le premier, de la courbe qui représente les maladies épidémiques et de la courbe qui exprime le nombre des bactériens. La mortalité par maladies infectieuses augmente ou diminue toujours quand croît ou s'abaisse aussi le nombre des bactériens. Est-ce une simple coïncidence, est-ce une relation de cause à effet? M. Miquel est si convaincu de la réalité de ce parallélisme qu'il affirme qu'il peut suivre dans les ballons de son laboratoire les variations de la mortalité parisienne par maladies zymotiques, sans pouvoir encore indiquer quels sont ceux des microbes observés qui occasionnent le mal.

(Résumé de M. de Parville dans le *Journal des Débats*.)

ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Le préfet de la Seine vient de faire distribuer aux membres du Conseil général un rapport sur le service des aliénés que la *Ville de Paris* résume ainsi :

Notre département a le privilège peu enviable d'être celui qui fournit le plus fort contingent à la statistique des maladies mentales. Un tableau du mouvement général de la population des aliénés du département de la Seine, dressé pour une période de quatre-vingt-un ans, du 1er janvier 1801 au 31 décembre 1881, montre que l'on ne comptait, à la première de ces dates, que 946 aliénés dans le département de la Seine, et qu'au 31 décembre dernier il s'en trouvait 8260. Ainsi, dans l'intervalle de ces deux dates, la population aliénée a plus que sextuplé, tandis que la population générale de Paris s'est à peine triplée. Depuis dix ans, c'est par une moyenne d'environ 200 que se traduit l'accroissement de la population aliénée.

Les admissions d'hommes sont plus nombreuses que celles des femmes. En 1881, on a admis dans les asiles 56,23 pour 100 hommes, contre 43,77 pour 100 femmes. Les admissions nouvelles ont été en 1881 de 2438, savoir 1293 hommes, 1145 femmes. C'est pour la période d'âge de trente à quarante ans que la proportion des admissions est le plus considérable. Jusqu'en 1878, on avait constaté que les célibataires offraient habituellement un plus grand nombre de cas de folie. Cette année, le nombre des mariés admis a été de 1016 et celui des célibataires, de 1002.

Sur 2348 aliénés, 144 avaient une instruction supérieure, 1655 savaient lire et écrire, 138 savaient lire seulement et 474 étaient complètement illettrés. Les professions manuelles et mécaniques représentent à elles seules presque le tiers des admissions totales. Les professions libérales, au nombre de 79, n'occupent, selon l'importance numérique des admissions, que la septième place.

Les abus alcooliques, qui tiennent depuis longtemps le premier rang parmi les causes d'aliénation, représentent, pour l'année 1881, une proportion de plus de 15 pour 100 de la totalité des cas d'affection mentale attribuée à des causes physiques. Dans les causes morales, ce sont les chagrins domestiques qui l'emportent, puis viennent les causes de frayeur et de saisissement.

C'est au mois d'août que les admissions sont le plus nombreuses, et au mois de janvier qu'elles le sont le moins.

Pour Paris, la proportion des admissions à la population est de

1 sur 1126 habitants; pour les communes rurales, de 1 sur 1534.

180 aliénés de pays étrangers ont dû être admis dans nos asiles. Ils étaient, en général, originaires de Belgique, d'Allemagne, d'Italie, de Suisse.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS : AGRÉGATION. — Le jury pour le concours de l'agrégation en médecine (section de pathologie interne et de médecine légale), qui doit commencer le 1er décembre prochain, est, si nous sommes bien informé, composé de la manière suivante : *Président :* M. le professeur Lasègue. — *Juges titulaires :* MM. Sée, Fournier, Jaccoud, Cornil, Dieulafoy, Mayet (de Lyon), Dupré (de Montpellier), Bergeron (de l'Académie de médecine). — *Juges suppléants :* MM. Brouardel, Laboulbène, Peter, Parrot.

CHOLÉRA. — *Dépêche d'Alexandrie en date du 21 novembre.* — La commission sanitaire a reçu de la Mecque des nouvelles contradictoires. Tandis que le rapport de l'inspecteur ottoman constate, à la date du 11 novembre, que le choléra a disparu, le délégué égyptien déclare, de son côté, que le choléra existe toujours.

HÔPITAL DES ENFANTS MALADES. — Le docteur Descroizilles a recommencé ses leçons de pathologie et de clinique infantiles le samedi 18 novembre, salle Saint-Ferdinand, à neuf heures et quart, et les continuera les samedis suivants, à la même heure. Il s'occupera surtout des maladies chroniques. — Consultations le mercredi et le jeudi.

COMMISSION TECHNIQUE DES VIDANGES. — Par arrêté préfectoral, M. le docteur Léon Colin, inspecteur du service de santé des armées et membre de l'Académie de médecine, est nommé membre de la commission technique instituée par arrêté du 25 octobre 1882, pour la recherche du procédé d'évacuation des matières fécales le plus conforme aux lois de l'hygiène. — M. J. Worms, médecin de la préfecture, a été, par le même arrêté, nommé membre de la même commission.

CONSEIL MUNICIPAL. — Nous avons annoncé dernièrement la mort de M. Alfonso, interne provisoire à l'hôpital Trousseau, qui venait de succomber à une fièvre typhoïde contractée en soignant ses petits malades; M. Alfonso laissait une veuve et une fille sans ressources.

Nous apprenons que le Conseil municipal s'est ému de la situation de ces malheureuses, et que, « considérant que M. Alfonso est décédé des suites d'une maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions, victime de son dévouement, il a jugé qu'il était de son devoir d'atténuer, dans la mesure du possible, le malheur qui vient de frapper cette famille, en déclarant la jeune Estelle Alfonso pupille de la ville de Paris. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Les concours pour les divers clinicats sont terminés. Les élus sont MM. les docteurs Chambard pour la clinique des maladies syphilitiques et cutanées, Gangolphe pour la clinique chirurgicale, Rabot pour la clinique médicale, et Royer pour les maladies mentales.

HÔPITAUX DE LYON : CONCOURS. — Le lundi 5 mars 1883, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours public pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Lyon. Les médecins des hôpitaux restent en fonctions pendant dix-huit ans, à partir du moment où ils sont chargés d'un service autre que celui de médecin suppléant. Le traitement annuel des médecins des hôpitaux est fixé à 2000 francs.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — Sont proclamés lauréats des hôpitaux : — Prix Delord : M. A. Dumont. — Prix de l'administration : M. Chambrelent. — Prix Levieux : M. Sieur. — Médailles d'argent : MM. Tronchet et Phélippot. — Médaille de bronze : M. Sengensse.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Ont été proclamés lauréats de l'École pour l'année scolaire 1882-1883 :

Médecine. — Première année, prix : M. Terrien; deuxième année, prix : M. Vignard; troisième année, prix : M. Bureau; accessit : M. Chiron. — Clinique, 1er prix *ex æquo* : MM. Vigot et Brossier; 2e prix, M. Pedrono; 3e prix : M. Bibard.

ERRATUM. — Dans le numéro 45, page 736, 2e colonne, ligne 18, au lieu de : « il existe des scarlatines *fébriles* » lire « des scarlatines *afébriles* ».

MORTALITÉ A PARIS (46e semaine, du vendredi 10 au jeudi 16 novembre 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1002, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 120. — Variole, 6. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 27. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 38.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 175. — Autres tuberculoses, 4. — Autres affections générales, 77. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 51. — Bronchite aiguë, 23. — Pneumonie, 65. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 47; au sein et mixte, 22; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 86; de l'appareil circulatoire, 55; de l'appareil respiratoire, 66; de l'appareil digestif, 53; de l'appareil génito-urinaire, 14; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 2; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 24. — Causes non classées, 2.

Conclusions de la 46e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1097 naissances et 1002 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient 1111, 1077, 995, 1119. Le chiffre de 1002 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc inférieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir : une atténuation pour la diphthérie (27 décès au lieu de 45 pendant la 45e semaine), la variole (6 au lieu de 9); une aggravation pour la fièvre typhoïde (120 décès au lieu de 112), l'érysipèle (9 au lieu de 5). A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 11 décès par rougeole (au lieu de 14), 4 par infection puerpérale et 1 par scarlatine. En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la fièvre typhoïde (294 malades reçus du 6 au 12 novembre au lieu de 341 entrés pendant les sept jours précédents), et supérieur pour la diphthérie (32 au lieu de 28). Il a été admis 15 malades atteints de variole; le même chiffre avait été constaté dans le dernier bulletin. Nous ne croyons pas qu'il y ait lieu de s'effrayer de l'augmentation signalée plus haut sur le chiffre des décès typhoïdiques. Le grand nombre de malades encore en traitement dans les hôpitaux et celui, non moins considérable, sans doute, mais dont nous ne saurions mesurer exactement l'importance, des malades soignés à domicile, font comprendre qu'un accroissement aussi faible de décès puisse se produire d'une semaine à l'autre sans indiquer pour cela un arrêt dans la marche toujours décroissante de l'épidémie.

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Leçons sur les maladies mentales, par M. le professeur B. Ball. 2e fascicule : *Des formes du délire; de la mélancolie.* 1 vol. in-8. Paris, Asselin et Ce. 4 fr.

Dictionnaire des altérations et falsifications des substances alimentaires, médicamenteuses et commerciales avec l'indication des moyens de les reconnaître, par Er. Baudrimont. 6e édition, revue, corrigée et considérablement augmentée. 1 vol. grand in-8 de 1500 pages, avec 310 figures intercalées dans le texte et 4 planches en chromolithographie, cartonné à l'anglaise. Asselin et Ce. 30 fr.

De la nutrition dans la santé et la maladie, essai de physiologie appliquée, par M. le docteur James Henry Bennet, traduit de l'anglais sur la troisième édition par M. P. Barrné et revue par l'auteur. 1 vol. in-18 avec 1 planche. Paris, Asselin et Ce. 3 fr. 50.

Traité élémentaire de pathologie externe, par MM. E. Follin et Simon Duplay. Tome VIe, fascicule 4 (fin du volume). L'ouvrage complet formera 7 volumes grand in-8. 1 vol. grand in-8, pages 577 à 791. Paris, G. Masson. 4 fr.

Travaux scientifiques des pharmaciens militaires français, par M. A. Balland. 1 vol. in-8. Paris, Asselin et Ce. 3 fr. 50

Fragments de chirurgie antiseptique, par M. le docteur Jules Bœckel. 1 vol. in-8, Paris, Germer Baillière et fils. 12 fr.

Des médications hypothermique et hyperthermique et des moyens thérapeutiques qui les remplissent. De la pharmacothermogenèse ou théorie de l'action des médicaments sur la température animale, par M. P. F. Da Costa Alvarenga, professeur à l'École de médecine de Lisbonne. 1 vol. in-8 de 202 pages. Paris, Germer Baillière et fils. 5 fr.

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

Analyses de la peptone Defresne.

Les expériences de M. Debove, à Bicêtre, celles de M. Dujardin-Beaumetz, à Saint-Antoine, ont démontré que dans les cachexies, qu'elles soient le résultat de maladies aiguës ou chroniques, le phénomène qu'il faut combattre d'abord c'est la misère physiologique. Les poudres de viande du docteur Debove, les peptones de M. Defresne, peuvent alors être utilisées; nous avons quelquefois employé ces dernières, et nous pensons intéresser nos confrères en leur en faisant connaître la composition.

Analyses de la peptone Defresne (1). — Cette peptone est un liquide limpide, acide, de couleur rougeâtre, de saveur assez voisine de celle du jus de viande rôtie, de densité de 1,14 à la température de 10 degrés centigrades. Desséchée à la température ordinaire dans une capsule à fond plat, en présence de l'acide sulfurique, la peptone Defresne laisse 46,43 parties de résidu pour 100 parties.

Alcool. — 100 grammes de peptone ou 87^{cc},7, ont donné à la distillation au bain saturé de sel marin (par une distillation de cinq heures et après une addition d'eau distillée), 5^{cc},05 d'alcool ou 5^{cc},75 d'alcool pour 100 centimètres cubes de peptone.

Sels minéraux. — L'incinération donne un poids de sels minéraux qui a varié de 2,08 à 2,12 par 100 grammes de peptone.

Acide phosphorique. — La peptone a été additionnée de 5 pour 100 de son poids de carbonate de soude pur, évaporée, carbonisée, partiellement incinérée et le résidu épuisé par l'eau aiguisée d'acide chlorhydrique.

La partie non dissoute a été incinérée et traitée de nouveau par l'eau acidulée.

100 grammes de peptone donnent 0^{gr},6863 d'acide phosphorique Ph O^5.

100 grammes de peptone donnent 0^{gr},6952 d'acide phosphorique Ph O^5.

Moyenne 0,69075 d'acide phosphorique pour 100 parties de peptone. Le dosage a été fait à l'état de pyrophosphate d'urane, méthode des pesées. En résumé :

Acide phosphorique	0,69075
Chlorure de sodium	0,67625
Potasse, chaux, fer, acide sulfurique	0,71310
Total	2,08000

Ni le sulfate d'ammoniaque, ni le sulfate de magnésie, même après une addition d'acide, ne précipitent la peptone Defresne, *c'est la preuve que ce liquide ne contient ni albumine, ni fibrine dissoute, ni aucun produit analogue au sérum du sang qui n'ait été transformé en peptone.* La recherche de la glucose n'a donné que des résultats négatifs.

Azote. — L'azote existe en deux états principaux dans ce produit : 1° comme élément organique de la peptone ; 2° à l'état de sel ammoniacal de très facile décomposition, et dans ce dernier cas en très minime quantité.

Pour se convaincre de ce dernier état de l'azote, il suffit de placer dans un flacon quelques grammes de peptone, puis 1 gramme environ de cristaux de carbonate de soude pur, et de plonger dans le flacon à froid, un papier de tournesol rougi, ce papier bleuit rapidement et l'odeur de l'ammoniaque est manifeste. L'azote de la peptone a été dosé par la méthode de Will et Warentrapp (pesée du chlorhydroplatinate de potassium sec et incinération du sel platinique) ; j'ai obtenu 0^{gr},391 — 0^{gr},385 — 0^{gr},4008 d'azote pour 1 gramme de peptone liquide. Ce poids ne représente que celui qui appartient à la peptone et non les traces d'azote qui font partie des sels ammoniacaux mis en évidence par l'essai précédent.

Les nombres précédents indiquent 25 pour 100 *de peptone sèche et pure dans la peptone liquide de M. Defresne.*

L'*alcool absolu* agissant sur la peptone Defresne en consistance très épaisse, donne 27 *parties* 4266 de peptone sèche, mais le liquide alcoolique retient de la peptone unie à la glycérine ajoutée à ce produit dans un but de conservation. Malgré les nombreux essais, je n'ai pu éviter la dissolution partielle de la peptone par le liquide alcoolique et par conséquent séparer strictement la glycérine de la peptone même après une addition d'éther; mes résultats indiquent à peu près 15 à 16 grammes de glycérine desséchée à froid en présence de l'acide sulfurique. D'autre part, en déduisant 2 grammes de sels minéraux de 27^{gr},4 indiqués par l'expérience précédente, il resterait 25^{gr},4 de peptone pure, ce chiffre est très voisin de la vérité.

Résumé de l'analyse de la peptone Defresne (1).

4 grammes azote ou peptone sèche	25 grammes.
Acide phosphorique	0^{gr},69075
Chlorure de sodium	0^{gr},67625
Potasse, chaux, fer, acide sulfurique	0^{gr},71310
Alcool	5^{gr},75000
Glycérine	15 grammes.
Eau	51^{gr},83000
Total	99^{gr},66010

La peptone Defresne est de couleur rouge fauve, son odeur est agréable, son arome se rapproche de celui de la viande rôtie. Elle marque 16 degrés à l'aréomètre de Baumé, elle ne se trouble ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique; l'alun, le ferro-cyanure de potassium ne la précipitent pas. Le réactif de Milon donne une coloration rouge au précipité; l'alcool fort y détermine un précipité qui se redissout dans l'eau. Le sulfate de cuivre alcalinisé y donne la réaction propre aux peptones, c'est-à-dire la succession des couleurs roses, rouges et violacées. La peptone Defresne est constituée par une solution de peptone contenant un peu de chlorure de sodium formé pendant la préparation, nous n'y avons trouvé aucune trace de gélatine, nous nous en sommes assurés au moyen du sulfate de magnésie avec lequel nous avons saturé cette préparation ; essayée ainsi, elle n'a donné aucune espèce de précipité. Nous avons confirmé ce résultat en employant l'acide valérianique, réactif découvert par nous-même, pour caractériser la gélatine. En effet, une solution de gélatine forme avec l'acide valérianique une émulsion blanche et laiteuse, tandis qu'une solution de peptone ne donne pas naissance à ce phénomène.

Cette peptone laisse 28 pour 100 de résidu à l'étuve à 120 degrés et contient 2^{gr},20 pour 100 de sels minéraux.

Dr Vérax.

(1) Ces analyses ont été résumées dans le *Bulletin de thérapeutique* du 15 mars 1881 et dans la *Tribune médicale* du 20 mars de la même année. Elles ont été répétées par le docteur D. Freire, professeur à la Faculté de médecine de Rio de Janeiro, et elles se trouvent insérées dans le compte rendu annuel des travaux de cette Faculté.

(1) Analyse du docteur Domingues Freire, professeur à la Faculté de médecine de Rio de Janeiro.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action physiologique et thérapeutique de la digitale.

La digitale occupe l'un des premiers rangs de la matière médicale; elle produit en effet, sur l'organisme humain, deux phénomènes importants, l'accroissement de la diurèse et le ralentissement du pouls. Dès que ces effets eurent été constatés, la digitale attira l'attention de tous les praticiens et devint pour les chimistes l'objet de nombreux travaux; il était certain, en effet, que son emploi devait avoir une action utile dans toutes les affections du cœur. En effet, elle ralentit les battements de cet organe au point de faire tomber les pulsations du pouls de près de moitié, et il est constaté que le pouls devient plus fort et plus résistant à mesure que le nombre des pulsations diminue; de telle manière que la digitale, convenablement administrée, peut devenir le régulateur de la circulation, et la tonifier en la réglant.

Voici un fait qui en est la démonstration la plus évidente :

Camille de B..., âgé de quinze ans, de haute taille pour son âge, élève interne au collège Stanislas, à Paris, a été pris d'un ensemble de symptômes que l'on pouvait considérer comme les prodromes d'une fièvre typhoïde : épistaxis répétées, étourdissements, pâleur, diminution de l'appétit, nausées, coliques, diarrhée légère, un peu de fréquence du pouls avec augmentation de chaleur à la peau, affaiblissement. Ce jeune homme, transporté dans sa famille, qui habite un des quartiers les plus aérés de Paris, fut mis au repos du corps et de l'intelligence et soumis à un régime et à un traitement appropriés. En peu de temps sa santé se rétablit. L'appétit se réveilla, les garde-robes redevinrent régulières et le sommeil normal. Les forces mêmes parurent reprendre leurs conditions naturelles. Le jeune homme se disait bien portant. Cependant le pouls battait 138 à 140 fois; à l'auscultation, les battements du cœur avaient une grande violence, le cœur bondissait dans la poitrine; le visage restait pâle. Il y avait évidemment anémie, que l'on pouvait rationnellement attribuer à une croissance rapide, coïncidant avec une alimentation insuffisamment réparatrice et avec une aération incomplète.

La digitale était indiquée. Le sirop de Labélonye fut donc prescrit, d'abord à la dose d'une cuillerée à bouche le soir en se couchant. Au bout de trois ou quatre jours, le pouls était à 132 et les battements du cœur moins forts. Alors la dose du médicament fut doublée; une grande cuillerée le matin, et autant le soir. Après huit jours de cette médication le pouls ne battait plus que 96 fois, et l'impulsion du cœur était entièrement normale. En même temps, les forces faisaient des progrès et la santé générale allait s'améliorant. Au moment où nous écrivons le traitement est continué; on l'a complété par l'adjonction d'une préparation ferrugineuse.

L'action de la digitale bien démontrée, il était important de rechercher à quel principe elle devait ses propriétés bienfaisantes.

Le professeur Gubler, à la suite d'analyses comme il sait les faire, a trouvé dans la digitale deux huiles dont l'une volatile, une matière grasse, une résine, un principe amer désigné sous le nom de digitaline, le digitalin, la digitalose, les acides digitalique, antirrhinique et digitalésique. Il n'était pas possible d'attribuer à l'un ou l'autre de ces principes les vertus médicinales de la digitaline, et il fut bientôt prouvé que ce n'était pas à un principe unique, mais à la réunion des principes extractifs de l'huile, de la résine et des sels qu'elle renferme qu'elle devait ses propriétés. M. Labélonye, dont les recherches ont éclairé la question d'une vive lumière, a reconnu que l'extrait hydro-alcoolique était la préparation la plus favorable à l'administration de ce médicament. Il l'a mise dans le commerce sous le nom de digitale de Labélonye, et le corps médical l'a accueillie avec toute la faveur qu'elle méritait.

Trente-cinq années d'expérimentations, faites par les médecins de tous les pays, ont prouvé que ce sirop jouissait de toutes les propriétés de la digitale, sans avoir aucun des inconvénients des autres préparations de cette plante. Jamais il n'a amené aucun des accidents que détermine parfois la digitaline, et cependant il possède au plus haut degré l'action sédative et diurétique de la digitale. Il a toujours été employé avec grand succès dans le traitement de l'hydropisie, les bronchites nerveuses, asthmes, catarrhes et tout spécialement dans les affections du cœur, et est devenu l'un des agents les plus précieux de la thérapeutique.

THÉRAPEUTIQUE

Le vin à l'extrait de foie de morue.

Nous avons déjà entretenu deux fois nos lecteurs de cet excellent produit. Mais, depuis nos articles, vieux déjà, il est vrai, la question a marché, et de nombreux observateurs sont venus publier les résultats de leur pratique et faire apprécier au public médical les effets du nouveau médicament.

Ce sont ces appréciations que nous voulons résumer brièvement.

Le docteur Pesmes (*Journal de médecine de Bordeaux*) a employé avec succès le vin Vivien dans le rhumatisme polyarticulaire subaigu : il attribue, non sans raison, les succès qu'il obtint à la quantité énorme de propylamine (presque 3 pour 100) contenue dans ce médicament-aliment de premier ordre.

Le même observateur a recours à l'agent dont nous parlons pour le traitement souvent si difficile, pour le praticien, de la chloro-anémie avec dysménorrhée. Le succès dépassa ici l'attente de notre distingué confrère. Le tannin et l'alcool de l'excellent vin qui sert de base à la préparation unirent leurs effets toniques à l'action prodigieusement analeptique de l'extrait de foie de morue.

Nous avons essayé, dans des cas semblables, de recourir au vin Vivien : nous avons obtenu des digestions faciles, une menstruation régulière et aisée, et une reconstitution organique complète dans des cas où la dyspepsie, l'aménorrhée et la *cachexia virginium* résistaient à toutes les médications rationnelles.

D'autres observateurs ont employé avec succès le vin à l'extrait de foie de morue dans le rhumatisme chronique et déformant. Quant à nous, nous préférons volontiers cette médication si commode à la médication par l'iode, qui cause une maigreur rapide et augmente encore la profonde déglobulisation du sang que la diathèse rhumatismale entraînt toujours avec elle. Car on peut bien dire que l'anémie suit le rhumatisme comme l'ombre suit le corps. Quoi de plus conforme à la saine thérapeutique que de choisir un agent à la fois reconstituant pour le globule sanguin et antirhumatismal par ses principes extractifs?

Multiples sont les indications de l'extrait de foie de morue.

Dans les maladies infantiles, il est à même de rendre des services inappréciables. L'organisme délicat de l'enfant a besoin des médicaments dirigés contre le lymphatisme : l'huile est fort mal digérée par les intestins des petits êtres, à cause de la pauvreté de la sécrétion biliaire, qui rend peu sûre la saponification des corps gras. Alors, recourons à l'extrait dissous dans le vin, que les enfants acceptent si volontiers.

C'est merveille de voir avec quelle facilité la scrofule s'efface sous l'influence de la médication due au docteur Vivien, et que le docteur Bernard a si justement dénommée la médication *œnopropylamique*. En huit ou dix jours, on voit diminuer les engorgements ganglionnaires qui ont résisté à la médication iodée. Cela tient, croyons-nous, à l'énorme quantité de phosphore renfermée dans l'extrait de foie de morue.

Nos lecteurs ne peuvent ignorer les succès de la médication phosphorée dans la lymphadénie. Trousseau et le professeur Verneuil donnent à cette médication la préférence pour résoudre les engorgements lymphatiques.

L'extrait de foie de morue est inaltérable et sa composition est constante. Voilà ce qui fait, selon nous, du vin Vivien une véritable conquête pour la thérapeutique.

Le vin est d'une qualité exquise et constitue pour l'estomac un excellent tonique, non comparable aux banyuls et aux vins de quinquina du commerce, si communément indigestes.

Chaque cuillerée contient 20 centigrammes d'extrait.

Dans les cas où la thérapeutique ne demande pas l'emploi du vin, on peut employer les dragées Vivien à l'extrait de foie de morue, à la dose de 4 à 12 par jour.

Quant à nous, nous nous sommes bien trouvé en général de l'emploi alternatif des dragées et du vin, et nous recommandons à nos confrères qui emploient l'extrait de foie de morue préférablement à l'huile, de suivre notre méthode.

Dr Pol Vernoy.

Du lactate de fer.

L'action du fer dans la chlorose et la chloro-anémie est tellement connue qu'il ne saurait plus être question d'en faire l'éloge, et s'il est une étude à faire au sujet des nombreuses préparations martiales, c'est uniquement dans le but de savoir quelles sont celles qui peuvent être les plus efficaces, et surtout celles qui ne peuvent jamais nuire.

Il est d'abord de toute évidence qu'une préparation ne saurait être efficace qu'autant qu'elle est de nature à être assimilée, et la première condition pour être assimilée, c'est qu'elle soit soluble. Un certain nombre de préparations sont solubles par elles-mêmes, d'autres ne le sont qu'en empruntant aux organes les acides physiologiques qu'ils contiennent. Dans le premier cas, l'assimilation se fera tout naturellement et sans aucun effort de l'organisme, il en sera différemment dans le second cas qui exigera de l'estomac un travail plus ou moins laborieux. Il est hors de doute, par conséquent, que les préparations dans lesquelles le fer est soluble doivent avoir la préférence.

Des expériences nombreuses et concluantes peuvent d'ailleurs guider les praticiens à cet égard. M. Claude Bernard a étudié comparativement l'action du sulfate ferreux et celle du lactate de fer ou dragées de Gélis et Conté. Il a vu que ces deux sels, placés dans les mêmes conditions, se comportent d'une manière toute différente. Le lactate de fer, injecté en dissolution, même saturée, dans le sang, ne produit aucun accident et est complètement assimilé; tandis que le sulfate de fer, employé même à des doses très minimes, chemine dans tous les organes sans être assimilé et amène presque toujours la mort. Le même expérimentateur a constaté que le sulfate de fer se retrouve en entier dans les urines, mais que le lactate ne s'y montre point, preuve nouvelle de son assimilation.

En 1858, des expériences fort importantes ont été faites par une commission de l'Académie de médecine dans le but de déterminer l'action digestive du suc gastrique sur la fibrine en présence du fer. Il a été reconnu que certains sels de fer solubles sont absorbés sans être assimilés. De plus, la plupart des ferrugineux expérimentés doivent être considérés non seulement comme inefficaces, mais encore comme directement nuisibles, puisque, sur les neuf préparations soumises à l'expérimentation, six ont plus ou moins paralysé la digestion. L'action digestive du suc gastrique n'a pu se manifester d'une manière complète qu'en présence du lactate de fer. Le fer réduit et le pyrophosphate ont entravé cette action, sans toutefois l'arrêter complètement; mais il a fallu les donner à petites doses.

Le rapporteur de la commission, M. F. Boudet, s'exprimait en ces termes : « Les résultats obtenus avec le lactate, le tartrate et le citrate de fer, et le fer réduit, sont conformes à ceux que MM. Boudault et Corvisart avaient obtenus dans des expériences antérieures; ils montrent que le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal partage, avec des sels de fer dont l'efficacité est incontestable, comme le tartrate et le citrate, et avec le fer réduit lui-même, la propriété de paralyser l'action digestive du suc gastrique, et que le lactate de fer seul jouit d'une parfaite innocuité à cet égard. »

De ces expériences on peut conclure que les préparations ferrugineuses réellement efficaces qui se présentent au choix d'un praticien ne sont pas très nombreuses; et que le nom de *préparation ferrugineuse normale* peut rationnellement s'appliquer au lactate de fer ou dragées de Gélis et Conté; car il paraît bien démontré aujourd'hui que le fer n'est assimilé qu'à l'état de lactate. Il est en cet état éminemment soluble et est assimilé sans l'intervention du suc gastrique, laquelle ne peut se produire qu'aux dépens de la digestion. Aussi son premier effet est-il d'augmenter l'appétit et d'activer les fonctions digestives.

« Ce sel, dit M. le professeur Gubler, n'ayant pas une saveur atramentaire très prononcée, n'exerce aucune action irritante sur la muqueuse gastrique, ce qui est un avantage pour l'emploi interne; mais, en revanche, il ne jouit pas des propriétés styptiques efficaces des sels de fer solubles à acides minéraux. Aussi n'est-il d'aucune utilité comme topique astringent; on s'en sert uniquement dans la médication tonique analeptique dont il constitue, d'après Andral, Bouillaud, Beau, Rayer et d'autres médecins éminents, l'un des meilleurs agents chez les chlorotiques, les anémiques et les sujets épuisés. »

Un grand nombre d'observations prises dans les services de MM. les professeurs Andral, Bouillaud, Fouquier, Bally, Nonat, Beau, etc., démontrent l'efficacité des *Dragées et Pastilles de Gélis et Conté*, dans toutes les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang, comme la *chlorose* et l'*anémie*, l'*aménorrhée*, qui en est souvent la conséquence. Elles sont non moins efficaces pour aider au développement des jeunes filles et dans tous les cas où il faut ranimer les forces vitales, comme à la suite de longues maladies, d'abondantes saignées, etc.

Les déductions de la science aussi bien que l'expérience des faits s'accordent donc pour justifier la préférence que les médecins accordent à ces dragées sur toutes les autres préparations martiales.

(*Union medicale.*)

G. Masson. *Propriétaire-Gérant*

Motteroz, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 30 novembre 1882.

L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE. — DU PSEUDO-LIPOME SUS-CLAVICULAIRE, DU SCLÉRÈME GLYCOSURIQUE ET DE L'ADÉNOPATHIE SOUS-TRAPÉZIENNE. — RECRUTEMENT DE LA MÉDECINE MILITAIRE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : l'épidémie de fièvre typhoïde.

L'Académie a entendu trois nouveaux discours, remarquables à divers titres, de MM. Lancereaux, Léon Colin et Bouchardat, sur les causes et la prophylaxie de l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde ; car le traitement de cette affection, qui avait fait les frais de la séance précédente, n'a été qu'incidemment envisagé dans celle-ci par M. Lancereaux, dont la médication s'adresse aux diverses indications de la maladie, et M. Bouchardat ne s'en occupera que dans la seconde partie, remise à la séance suivante, de son discours. Quelque intérêt que l'on ait pris à cette nouvelle phase de la discussion, qu'on nous permette cependant de le dire en toute franchise — en nous faisant aussi l'écho de l'opinion généralement exprimée autour de nous, — il est temps que l'Académie close ces débats. Sans doute il n'a pas été sans profit et sans charme, étant donnés le talent et la science d'hommes tels que ceux qui ont pris la parole mardi dernier, d'entendre M. Lancereaux incriminer tout particulièrement les émanations insalubres sous certaines conditions atmosphériques ainsi que la mauvaise qualité des eaux potables, et nier l'influence de l'encombrement dans l'épidémie actuelle ; tandis que M. Léon Colin s'efforçait, au contraire, de démontrer que la fièvre typhoïde est l'une de ces affections contagieuses qui acquièrent, dans un milieu encombré, une puissance de propagation et une gravité telles qu'il faut admettre qu'elles y y trouvent un nouvel élément pathogénique. Ce n'est pas non plus sans curiosité qu'on écoutait M. Bouchardat chercher à rajeunir ces études étiologiques en déclarant que le ferment morbide de la fièvre typhoïde existe d'une façon continue et progressive dans les grandes villes, et que dans l'épidémie actuelle, à Paris, il faut surtout considérer la spécificité des habitants, le non-acclimatement des nouveaux venus à la maladie.

Beaucoup de membres de l'Académie pourraient ainsi tour à tour venir exprimer leur opinion particulière, basée assurément sur des considérations de haute importance et des études très personnelles ; mais l'on sait déjà que ce serait, en fin de compte, transformer de plus en plus ce tournoi oratoire en tour de Babel. Est-ce là ce que désire la savante Compagnie? Son but et sa mission l'y invitent-elle? Nous ne le croyons pas. Et ne vaut-il pas mieux pour elle, pour la santé publique en somme, qu'elle fasse connaître comment elle pense que la fièvre typhoïde peut être désormais évitée et comment elle doit être traitée? Jusqu'ici le traitement n'a été qu'un incident dans la circonstance, puisqu'il n'a eu d'autre but que de présenter et de combattre les médications récemment proposées pour en revenir à la méthode thérapeutique classique, plus ou moins modifiée suivant les indications.

Que l'Académie dise donc enfin au Gouvernement et à l'administration de la ville de Paris : « Les causes de la progression chaque année croissante de la mortalité par affections contagieuses dans la capitale, notamment par la fièvre typhoïde, sont complexes ; ce sont toutes celles qui dérivent des multiples conditions d'insalubrité existant encore ou produites dans ces derniers temps dans la capitale ; elles dépendent aussi bien du sol, des eaux, de l'air, des habitations, des citoyens eux-mêmes. Or, à chacune de ces diverses causes, le remède est indiqué et, s'il n'est pas possible de l'appliquer immédiatement, c'est dans telle ou telle direction qu'il faut en poursuivre la réalisation ; de même pour chacune de ces causes les procédés de recherches sont connus et appliqués avec le plus grand succès depuis longtemps dans maintes villes étrangères. Mais, pour atteindre un tel résultat, il importe au plus haut degré que les pouvoirs publics aient à chaque instant leur responsabilité garantie et leur action sollicitée par des administrateurs éclairés, compétents, mis en possession de tous les moyens d'informations multipliées et de recherches scientifiques et expérimentales précises. » C'est là, il nous semble, la conclusion forcée de ces débats ; l'Académie pourrait utilement en confier la rédaction à l'un de ses membres, après avis de la section d'hygiène.

Nous ne comprendrions pas d'ailleurs qu'elle se bornât à placer, sans un rapport d'ensemble, la discussion tout entière à laquelle elle se livre depuis cinq semaines, sous les yeux de l'administration supérieure, tant eelle-ci nous semblerait devoir trouver peu de profit à une lecture aussi disparate et aussi peu conforme à ses habitudes, à ses nécessités même, oserons-nous dire, de penser et d'agir; les réformes et l'organisation souhaitées par l'Académie risqueraient fort de ne pas même être commencées... lors de la prochaine épidémie.

Du pseudo-lipome sus-claviculaire, du sclérème glycosurique, et de l'adénopathie sous-trapézienne.

(Voyez le numéro 47.)

Une autre fois encore j'ai vu le sclérème se terminer par la suppuration après être resté longtemps à l'état subinflammatoire. C'était précisément dans la région sus-claviculaire, et je puis affirmer que le mal n'avait aucune ressemblance avec le pseudo-lipome.

Obs. V. — Mme D..., soixante-trois ans, très grasse, autrefois très robuste, avait été d'abord atteinte de rhumatisme, puis en prenant de l'âge était devenue emphysémateuse à un haut degré. J'avais été appelé auprès d'elle par son médecin ordinaire, le docteur Woillez, pour un volumineux polype naso-pharyngien (rareté pathologique dans le sexe féminin) qu'Adolphe Richard avait opéré antérieurement par la voie buccale, et qui, dans sa croissance lente, mais continue, descendait parfois assez bas pour gêner la respiration et la déglutition. De temps à autre, avec l'écraseur linéaire, nous réséquions le prolongement pharyngien et nous rendions plus facile le passage de l'air et des aliments.

Mme D... était sujette à des embarras gastriques et à des flux bilieux accompagnés de malaise, d'inappétence et d'un mouvement fébrile assez prononcé. Les crises duraient trois ou quatre jours. Les urines étaient alors plus que jamais chargées d'urate de soude; bien souvent d'ailleurs elles laissaient déposer du sable fin.

Un jour, après une crise de ce genre, apparut dans le triangle sus-claviculaire gauche une induration profonde, diffuse, de quelques centimètres d'étendue, sans changement de couleur à la peau, à peine sensible au toucher et n'occasionnant qu'un peu de gêne dans les mouvements du bras. Je crus d'abord à une adénopathie dont je ne m'expliquai pourtant guère l'apparition.

Quelque temps après je fus rappelé ; l'induration s'était étendue et en même temps rapprochée de la surface ; elle avait envahi tout le tissu cellulo-graisseux et commencé à immobiliser la peau. Il n'y avait pas encore de rougeur, mais la sensibilité spontanée et la gêne dans les mouvements avaient augmenté.

Je reconnus le sclérème et demandai l'analyse des urines : il n'y avait point de sucre, mais seulement des urates en grande abondance. Je prescrivais des onctions avec l'onguent napolitain belladoné et des cataplasmes, puis quelques purgatifs salins et des eaux alcalines. Le mal parut s'arrêter quelques jours, mais bientôt les phénomènes inflammatoires s'accentuèrent de plus en plus. La plaque indurée s'étendit jusqu'aux limites de la région qu'elle tendait même à franchir et fit saillie au-dessus du plan des parties voisines. La peau devint rouge et des douleurs vives se déclarèrent avec malaise, fièvre, anorexie, soif, insomnie, etc.

Un mois environ s'était écoulé depuis l'apparition du mal. L'existence d'un phlegmon n'était pas douteuse, mais la marche de l'inflammation était insolite. En effet, née de la profondeur, comme s'il se fût agi d'une phlegmasie ganglionnaire, elle s'était propagée vers la surface en s'étendant toujours sans se circonscrire et sans présenter à son centre ni saillie ni ramollissement; elle avait transformé toute la région en une plaque rouge et dure, rappelant le gonflement ligneux qui entoure les anthrax.

Les douleurs étaient vives et la malade réclamait du soulagement; je ne percevais nulle part de fluctuation, mais comme il y avait un peu d'œdème, je crus pouvoir inciser vers le centre de l'induration, au point où le noyau primitif avait paru. J'allai couche par couche dans cette région périlleuse en évitant le trajet de la veine jugulaire externe; mais étant parvenu à plus de trois centimètres sans rencontrer de pus, et sans que mon doigt porté au fond de l'incision ait reconnu distinctement un foyer fluctuant, je m'arrêtai.

Les lèvres de l'incision fournirent du sang en assez grande abondance, mais je pus constater sur les faces de section que le tissu conjonctif offrait les apparences de celui qui recouvre les articulations chroniquement enflammées, le pourtour des trajets fistuleux ou la circonférence des vieux ulcères variqueux. Les lobes graisseux étaient distincts, mais immobilisés dans une gangue épaisse de tissu fibroïde inextensible et criant sous le scalpel.

Je fis mettre des cataplasmes et annonçai que le pus ferait bientôt son apparition. Il n'en fut rien, et la plaie dont les lèvres restaient naturellement en contact, fournit à peine quelques gouttes de suppuration. En revanche, à quelque distance au-dessus, apparut la semaine suivante un point proéminent et fluctuant. Mon jeune ami, le docteur Le Dentu, qui, en mon absence était chargé de soigner Mme D..., incisa la collection. Le pus, d'ailleurs peu abondant, s'écoula lentement, mais les douleurs cessèrent et la guérison s'ensuivit. A mon retour des vacances, l'induration persistait encore dans une certaine étendue.

Peut-être me reprochera-t-on de ranger ce fait dans la catégorie des sclérèmes glycosuriques, puisque l'urine de Mme D... ne renfermait point de glycose; mais outre que l'analyse des urines n'a été faite qu'une fois, ce qui est bien insuffisant dans l'espèce, je n'hésite point à rapprocher des diabétiques, au moins au point de vue chirurgical, les sujets qui rendent soit un excès d'urée, soit une forte proportion d'acide urique ou d'urates.

Le malade qui nous est commun, lui non plus, au moment où il a présenté son sclérème, n'était pas glycosurique, mais l'avait été, et pour le moment était simplement atteint d'oxalurie, c'est-à-dire d'une forme bien voisine de la glycosurie.

Il est à remarquer que, lorsque l'inflammation qui accompagne le sclérème va jusqu'à la formation du pus, celui-ci se développe profondément et ne perfore qu'à grand' peine et à force de temps l'épaisse et solide cuirasse formée par le derme et la couche conjonctive qui le double. Ce pus d'ailleurs n'est pas très abondant, et ne s'étend pas en nappe comme dans le phlegmon diffus ordinaire. Le foyer qui le renferme est au contraire limité à sa circonférence par une induration très résistante ; en un mot, n'était l'absence de mortification centrale, le sclérème enflammé et en voie de suppuration profonde offrirait tous les caractères des anthrax en voie de propagation. Dans quelques cas même, la ressemblance est encore accrue par la présence, à la surface de la tumeur, d'une foule de petits points blancs qui résultent de l'inflammation suppurative des follicules pilo-sébacés, mais sans formation d'eschares.

Obs. VI. — J'avais tout récemment dans mon service (juin 1882) un bien bel exemple de cette forme circonscrite de phlegmon diabétique ou de sclérème diabétique profondément suppuré.

La tumeur qui occupait le dos, présentait au moins 25 centimètres de diamètre et offrait partout une dureté ligneuse, sauf au centre, où on percevait à peine une sorte de rénitence. Sur la partie culminante de cette plaque régulièrement convexe, on voyant dans l'étendue de plusieurs centimètres carrés, les follicules sébacés dont je viens de parler. Les urines renfermaient plus de 25 grammes de sucre par litre.

Mes meilleurs élèves étaient dans un grand embarras : les uns, ne voyant là qu'un abcès profond en voie de formation, s'étonnaient pourtant de l'extrême dureté et de l'épaississement consi-

dérable de la peau; les autres, qui trouvaient la fluctuation plus qu'équivoque, croyaient à l'existence d'un anthrax, mais avouaient qu'il était au moins singulier que l'eschare n'eût point encore apparu quand le mal remontait déjà à trois semaines et recouvrait une si grande surface.

Je les mis d'accord en ouvrant l'intumescence avec le thermocautère; nous trouvâmes au centre le foyer purulent dont la paroi superficielle formée par la peau n'avait pas moins de deux bons centimètres d'épaisseur.

Mais je m'aperçois que cette digression sur le sclérème diabétique nous éloigne un peu de notre sujet initial. Je reviens donc à l'œdème rhumatismal.

Notez bien, mon cher ami, que je ne fais aucune difficulté pour admettre cet œdème, que j'aimerais mieux toutefois appeler arthritique, mais que je reconnais être essentiel, circonscrit aux régions extra-articulaires, indépendant de toute arthrite, de toute cardiopathie, de toute oblitération veineuse. J'ai lu avec beaucoup d'intérêt la thèse de M. Alphonse Davaine sur ce sujet et j'y ai retrouvé ce que j'avais vu dans ma pratique (1).

Je ne serais pas éloigné de croire qu'il y a une variété consécutive aux blessures et à celles de la tête en particulier (2).

Si enfin vous voulez bien ouvrir nos *Bulletins de la Société de chirurgie* (3), vous verrez qu'à la suite d'une très intéressante communication de M. Le Dentu sur une variété peu connue d'engorgement de la mamelle, qu'il appelle *sclérème phlegmasique temporaire*, je citai plusieurs cas analogues, notamment celui d'une dame mexicaine que je soignais avec mon excellent ami le docteur Dechambre, et qui, à notre grande surprise, fut atteinte un beau jour d'une lésion des plus bizarres, comme vous en pourrez juger par les lignes suivantes :

Cette dame, de très belle apparence, ayant eu une douzaine d'enfants, était essentiellement goutteuse et graveleuse; fort grasse, elle avait les seins très développés et pendants. Un jour, presque subitement et sans cause appréciable, le sein droit se gonfla, durcit, et présenta comme une sorte d'érection générale. La peau était luisante, tendue, et l'aspect de l'organe était celui d'une pièce hydrotomisée. Le repos, les émollients, les cataplasmes, eurent raison en quinze jours de cet état singulier. Deux ou trois jours après que le sein était revenu à son état normal, apparut un œdème subaigu du bras, qui céda lui-même rapidement à la même médication.

Un autre fait cité à la même occasion n'est pas moins curieux à cause des relations du sclérème mammaire et de l'arthritisme.

Une dame américaine du Sud, essentiellement goutteuse, fut prise d'une violente douleur de la mamelle qui augmenta d'un tiers au moins. Je la vis deux mois après. Je ne portai point de diagnostic; je prescrivis seulement les applications émollientes. Au bout de quelques jours le gonflement avait disparu et il ne restait au centre de la glande qu'un petit noyau induré. Le lendemain du jour où j'avais constaté cette prétendue guérison, le sein gonfla de nouveau énormément, en même temps que des douleurs se manifestaient dans les genoux. Au bout de quelques jours tout avait encore disparu (1).

Si je reproduis ici des faits déjà publiés, c'est pour les vulgariser d'abord, puis pour vous convaincre que je crois à l'œdème arthritique aussi bien qu'au sclérème glycosurique, et que je suis familiarisé avec ces lésions tout autant qu'avec le pseudo-lipome. Or c'est précisément parce que j'ai vu déjà d'assez nombreuses fois les deux lésions que je me crois autorisé à les distinguer tout en les considérant comme des manifestations de la même diathèse.

L'argument que vous m'opposez avec le plus de confiance est le suivant. Les variations atmosphériques, le froid par exemple, modifient très notablement le volume du pseudo-lipome, comme elles font facilement paraître et disparaître l'œdème rhumatismal. Vous citez à ce propos le frère de notre commun malade, atteint également d'un pseudo-lipome sus-claviculaire, lequel par les temps froids et humides, grossit, devient plus saillant, sort de ses limites ordinaires au point d'atteindre la base du thorax.

Je ne songe pas un seul instant à contester un fait que vous annoncez et que sans doute vous avez contrôlé vous-même, mais je puis vous affirmer que les pseudo-lipomes sus-claviculaires que j'ai observés n'auraient jamais su s'étendre à ce point et acquérir des dimensions pareilles. J'aurais volontiers même opposé la fixité, la permanence, l'invariabilité de la tumeur supposée graisseuse, à la variabilité de l'œdème arthritique et du sclérème glycosurique. J'ai revu plusieurs fois les malades que j'ai observés, et j'ai toujours trouvé le pseudo-lipome à la même place et avec les mêmes dimensions.

Qui sait donc, si, sans se confondre comme nature anatomique et comme pathogénie, les deux processus morbides ne pourraient pas se réunir au même siège; si en d'autres termes l'œdème *a frigore* ne peut pas envahir fortuitement ou même avec prédilection une région déjà occupée par le pseudo-lipome? Avec la doctrine des lieux de moindre résistance cette association n'aurait pas de quoi nous surpendre outre mesure.

Toute cette divergence, en somme, ne prouve qu'une chose, c'est qu'il faut y regarder encore et prendre de nouvelles observations. Peut-être y aurait-il lieu également de fouiller un peu dans les livres. Le pseudo-lipome n'est pas bien rare, puisque vous l'avez observé environ vingt fois et moi dix pour le moins. D'autres ont fait comme nous, et sans doute ils ont parlé ou écrit. Je suis porté à croire que ni vous ni moi n'avons la priorité. J'ai prié notre savant bibliothécaire, M. L.-H. Petit, de faire quelques recherches sur ce point. Il m'a dit avoir déjà trouvé plusieurs documents. Je l'ai vivement engagé alors à remuer la poussière des bouquins pour

(1) *Contribution à l'étude du rhumatisme. Œdème rhumatismal, nodosités éphémères du tissu cellulaire.* Thèse de Paris, 1879.

(2) Voici ce que nous écrivions, en 1877, au cours de l'article CONTUSION du *Dictionnaire encyclopédique*, t. XX, 1re série, p. 135. « L'œdème consécutif à la contusion est commun dans les régions où le tissu conjonctif sous-cutané est lâche et abondant. Il s'étend quelquefois fort loin du point frappé; dans plusieurs cas de plaie contuse du cuir chevelu, nous l'avons vu envahir de haut en bas toute la face et même le cou jusqu'au sommet du thorax. Les parties infiltrées étaient pâles, indolentes, boursouflées comme dans les œdèmes albuminuriques ou cardiaques les plus intenses; les couches profondes n'étaient pas épargnées, car dans un cas où le cou était tuméfié, la dyspnée fut assez forte pour faire craindre un œdème de la glotte et penser à la trachéotomie. Cette infiltration singulière, que nous n'avons pas vue signalée par les auteurs, avait pour point de départ une plaie contuse de la région frontale. Le sujet était un adulte bien portant.

Je n'avais à cette époque aucune idée sur la nature de cet œdème; j'avais seulement été frappé de ses caractères particuliers et de sa rareté relativement à l'extrême fréquence des plaies de tête. Ayant revu il y a deux ou trois ans le même phénomène chez une arthritique, je songeai à la relation possible entre cette forme d'origine traumatique et l'œdème rhumatismal. Je donne ce rapprochement pour ce qu'il vaut, c'est-à-dire pour un simple renseignement.

(3) *Bull. Soc. de chir.*, 3e série, t. III, p. 600, séance du 11 novembre 1874.

(1) Je ferai remarquer que l'analyse chimique des urines n'a été faite dans aucun de ces deux cas et que la glycose n'a pas été cherchée. Chez la dame mexicaine, je constatai simplement à l'œil nu l'existence de dépôts uratiques extrêmement abondants à la fin de la crise.

nous déposséder si ainsi le veut le Dieu des érudits, si dur parfois aux inventeurs et aux faiseurs de découvertes.

Agréez, etc.

Mais, j'y pense, notre correspondance va avoir pour résultat d'attirer les regards sur le triangle sus-claviculaire, or il se pourrait bien faire que vous ou d'autres rencontrassiez une autre variété de tumeur que j'ai observée plusieurs fois déjà, qui m'avait beaucoup intrigué, et qui m'intrigue encore; car faute d'autopsie ou d'opération, je n'en connais pas plus le siège et la nature que pour le pseudolipome. Si vous le permettez, je vous dirai prochainement ce que je pense de cette affection, que je serais disposé jusqu'à nouvel ordre, à dénommer adénopathie sous-trapézienne.

A. Verneuil.

Recrutement de la médecine militaire.

Il y a plus de dix ans (*Gaz. hebd.*, 1872, p. 419), nous avons cherché à faire voir que le recrutement de la médecine militaire ne pourrait devenir sérieux et durable que si l'on réorganisait une ou plusieurs Écoles préparatoires sur le modèle de l'ancienne École de Strasbourg. Nous avons essayé, dans le même article, de montrer qu'une bonne organisation du corps de santé de l'armée exigeait la création de centres régionaux où un directeur médical pourrait répartir, suivant ses aptitudes et conformément au besoin des corps de troupe et des hôpitaux, le personnel placé sous ses ordres. La nouvelle loi sur le service de santé vient de réglementer, comme nous l'avions demandé, cette distribution régionale des médecins militaires, et, bien que l'instruction officielle qui définit les attributions des médecins directeurs reste très critiquable, nous ne pouvons qu'applaudir à ce qui a été commencé dans ce sens. Reste donc la question du recrutement. Or, depuis 1872, les jurys chargés d'examiner les candidats au titre d'élève du service de santé militaire se plaignent de leur insuffisance, qui d'année en année devient plus notoire. Le jour n'est donc pas éloigné où, si l'on ne se décide pas à modifier le système actuel, il deviendra impossible de remplir les nouveaux cadres de la médecine d'armée. Les raisons de cet état de choses sont faciles à comprendre. Un jeune homme, laborieux et actif, trouve aisément, dès qu'il a pu donner des preuves d'assiduité et d'intelligence, une position qui lui permette, dans les Facultés de nouvelle création, d'achever ses études et d'arriver au grade de docteur. Les bourses de doctorat, les places de prosecteur, d'aide d'anatomie, d'interne, etc., ont été créées ou multipliées. Dès qu'il a pris ses huit premières inscriptions, un étudiant en médecine, pour peu qu'il veuille travailler, voit s'ouvrir devant lui une carrière autrement brillante et rémunératrice que la carrière militaire. Il ne concourra donc pour les places qui lui sont offertes au Val-de-Grâce que s'il a échoué dans ses précédentes tentatives et c'est ainsi que le niveau des concours du Val-de-Grâce s'abaisse et que le recrutement de la médecine militaire périclite.

Pour remédier à ces inconvénients, on songe donc aujourd'hui à reconstituer des Ecoles préparatoires, et nous croyons savoir que l'on se préoccupe d'en créer au moins deux. Nous ne voulons pas, dès aujourd'hui, rechercher comment devront être organisées ces Ecoles, ni dans quelles villes il conviendrait de les établir. Il nous suffira de signaler l'empressement avec lequel la Faculté de Bordeaux a accueilli les ouvertures qui lui ont été faites officieusement par quelques-uns de ses membres. Nous ne doutons pas que d'autres Facultés, comme la Faculté de Lyon, pour ne citer que celle-ci, ne suivent cet exemple. Il appartiendra, dès lors, au ministre de la guerre d'accueillir enfin les légitimes réclamations qui lui sont adressées par l'inspecteur général du corps de santé et par le directeur du Val-de-Grâce, et de montrer qu'il veut assurer le recrutement du corps de santé en acceptant la seule mesure qui puisse le rendre vraiment efficace. Voici le texte de la délibération prise par la Faculté de Bordeaux :

La Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux:

Considérant que la création d'une Ecole du service de santé militaire, à Bordeaux, serait justifiée par l'importance des moyens d'instruction dont elle peut disposer, par l'extension toujours progressive qu'elle a acquise depuis sa fondation, aussi bien que par la situation même de la ville de Bordeaux;

Considérant qu'une telle création augmenterait, d'autre part, la prospérité scientifique de la Faculté, tout en créant parmi les étudiants civils et militaires une émulation qui profiterait aux uns comme aux autres;

Emet le vœu qu'une École du service de santé militaire soit fondée à Bordeaux;

Se déclare prête à faire tous ses efforts pour assurer aux élèves du service de santé l'instruction théorique et pratique la plus complète, comme elle l'a fait jusqu'à ce jour pour les élèves militaires libres, qui tous se distinguent par leur travail et leurs succès dans les concours;

Appelle sur cette question la sollicitude de la ville de Bordeaux et des pouvoirs publics, en particulier de M. le ministre de l'instruction publique et de M. le ministre de la guerre;

Voté à l'unanimité dans la séance du 6 novembre 1882.

L. L.

Contributions pharmaceutiques.

DE LA TEINTURE D'IODE.

La teinture d'iode est un de ces médicaments sur l'action desquels les médecins doivent pouvoir compter. Et cependant ils ont dû souvent être étonnés de voir que les résultats n'étaient pas toujours les mêmes. Ils ont entendu sans doute les plaintes des malades qui accusaient la teinture d'iode de les avoir fait souffrir, tandis que telle autre ne leur avait fait aucun mal tout en produisant l'effet d'irritation cutanée que l'on désirait. D'où proviennent ces différences d'action et comment peut-on s'y soustraire ? C'est ce que nous allons examiner aujourd'hui.

Le Codex prescrit pour la préparation des teintures alcooliques, l'emploi de l'alcool sous trois états de concentration :

Alcool à 60 degrés centésimaux.
— à 80 degrés —
— à 90 degrés —

Le premier est réservé pour les matières facilement attaquables et contenant des substances actives solubles dans l'eau; tels sont les feuilles, les tiges, les écorces, les racines, les sucs concrets, etc., etc. On se sert de l'alcool à 80 degrés toutes les fois que l'on a à épuiser des substances dures, résineuses, contenant des huiles essentielles ou des principes immédiats solubles dans l'alcool concentré, telles

que la noix vomique, la cannelle, les baumes, les cantharides, le musc, le castoreum, etc., etc.

Enfin, l'alcool à 90 degrés n'est employé que pour l'alcool camphré et la teinture d'iode, qui ne sont en somme que des solutions alcooliques.

Cette teinture se fait au treizième comme la teinture d'opium. La commission du Codex, avec son vif désir d'appliquer le système décimal dans les formules pharmaceutiques afin d'aider la mémoire et de faire une œuvre rationnelle, a agité longtemps la question de savoir s'il ne valait pas mieux faire préparer ces deux teintures au dixième. Comme ce sont des médicaments très énergiques, et dont l'emploi est constant, elle a reculé devant la moindre perturbation à jeter dans les habitudes des praticiens, et il a été décidé que ces teintures resteraient ce qu'elles étaient. Or, celle qui nous occupe est composée de : iode, 1 gramme, alcool à 90°, 12 (celle d'extrait thébaïque est préparée avec l'alcool à 60 degrés).

On a constaté que toutes les fois qu'une teinture d'iode avait une action trop irritante, elle contenait de l'acide iodhydrique. La formation de cet acide a lieu par la présence de l'eau dans la teinture et augmente avec le temps. Cet acide est nuisible à tous les points de vue, et l'on doit mettre tous ses soins à éviter sa présence. Comme l'alcool à 90 degrés contient 15 pour 100 d'eau, le pharmacien devra donc préparer la teinture d'iode nécessaire à sa consommation, au moins deux fois par mois.

Cet inconvénient n'existerait pas, ou tout au moins serait peu appréciable, si l'on fabriquait la teinture d'iode avec l'alcool absolu. Mais ce n'est pas pratique, tous nos lecteurs le sentent bien, et je n'ai pas besoin de m'appesantir sur cette démonstration, surtout aujourd'hui où le commerce nous fournit de l'alcool à 96 degrés de qualité véritablement merveilleuse et d'un prix abordable. Cet alcool contient 6, 7 pour 100 d'eau ; c'est donc celui-là que l'on doit employer dans la teinture d'iode. Je comprends très bien que la commission du Codex n'ait pas voulu créer un quatrième degré de concentration de l'alcool pour une chose si peu importante ; mais, selon moi, les pharmaciens qui se serviront de l'alcool à 96 au lieu d'alcool à 90 degrés dans cette préparation, auront raison. Ils seront, comme on dit, plus royalistes que le roi ; mais personne ne s'en plaindra. Quant aux médecins, voici ce que je leur recommande :

Toutes les fois qu'ils ne seront pas sûrs de leur pharmacien, ce qui signifie qu'ils ne connaîtraient pas l'âge de la teinture qu'ils prescrivent ; ou bien encore dans les cas où ils auront constaté que la préparation a causé de la douleur, ils n'auront qu'à écrire sur leur ordonnance ceci :

Teinture d'iode récemment préparée ou bien :

Iode bi-sublimé.................	1 gramme
Alcool à 96 degrés..	9 —

Dissolvez et filtrez.

Si l'on désire une action moins caustique on formule ainsi :

Iode bi-sublimé.................	1 gramme
Alcool à 96 degrés..............	14 —

Dissolvez et filtrez.

Dans les deux cas le pharmacien est obligé de faire la teinture extemporairement. Le produit ainsi obtenu est à l'abri de tout reproche.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

L'ataxie locomotrice est-elle d'origine syphilitique, par le docteur Ch. Abadie.

Depuis déjà quelque temps, des tentatives ont été faites de divers côtés pour rechercher l'étiologie toujours si obscure de l'ataxie locomotrice.

Au dernier congrès de Londres, Erb, Gowers, ont fait des communications importantes ayant pour objet le rôle de la syphilis dans l'étiologie de l'ataxie locomotrice. Plus récemment encore, le professeur Fournier vient de traiter ce sujet avec tout le talent qu'on lui connaît.

On s'étonnera peut-être de voir un ophthalmologiste intervenir dans ce débat, et prendre la parole dans une question qui semble plutôt ressortir au domaine de la pathologie nerveuse.

Rien pourtant n'est plus légitime ; en voici la raison :

Nous qui nous occupons particulièrement de maladies des yeux, nous sommes consulté très fréquemment par des malades atteints d'atrophie des nerfs optiques.

Notre impuissance contre cette lésion si grave, la pénurie des moyens que nous avons à lui opposer, contrastent tellement avec les admirables ressources thérapeutiques dont nous disposons contre les autres affections oculaires que, découragés par toutes les tentatives infructueuses de traitement, nous sommes obligé de nous rejeter sur le côté étiologique et prophylactique.

Sachant d'une façon irrécusable qu'un nerf optique dégénéré ne peut récupérer sa fonction et est irrémédiablement perdu pour la vision, nous mettons tous nos efforts à trouver les moyens préventifs de cette désorganisation.

Aussi, toutes les fois qu'un malade atteint d'atrophie des nerfs optiques se présente à mon examen, je me livre à une enquête minutieuse, fouillant dans son passé, interrogeant son état actuel, passant en revue tous ses organes, cherchant les influences diathésiques, remontant à ses ascendants, mettant tout en œuvre pour découvrir le point de départ de son affection.

Ces interrogatoires fréquemment renouvelés, répétés de tous côtés et faits par les plus habiles, sont encore, hélas, bien stériles, et nous n'avons aucune donnée précise sur la cause première des atrophies des nerfs optiques en général.

Nous savons toutefois aujourd'hui d'une façon absolument certaine, établie par l'observation clinique et par l'anatomie pathologique, que dans l'ataxie locomotrice les nerfs optiques sont souvent frappés par le même processus que la moelle elle-même.

L'étiologie de cette variété d'atrophie est donc étroitement liée à celle de l'ataxie, et nous sommes tenus, nous ophthalmologistes, d'être parfaitement au courant de tous les travaux dont le tabes dorsalis est l'objet.

Aussi, avant de discuter la question de l'origine de l'ataxie, je demande à dire ce que je pense des recherches cliniques publiées récemment sur cette maladie.

Je formulerai franchement mon opinion, alors même qu'elle ne serait pas conforme à celle de médecins de grand mérite, qui placent plus haut, j'en suis convaincu, la critique sincère et loyale que l'admiration quand même et sans réserve de leurs travaux.

Pour exprimer en un mot toute ma pensée, je trouve que la question de l'ataxie locomotrice s'embrouille au lieu de s'éclaircir.

J'estime qu'on a tort de s'écarter de cette voie lumineuse ouverte par l'École de la Salpêtrière, où l'on ne doit s'avancer que le scalpel et le microscope à la main, où constamment l'anatomie pathologique doit venir contrôler et expliquer la clinique.

C'est cette méthode féconde qui a permis de débrouiller en partie le chaos des myélites, et de fixer la place nosologique de l'ataxie locomotrice *vraie;* de reconnaître que les douleurs fulgurantes, l'incoordination des mouvements et les troubles oculaires, si bien décrits et groupés par Duchenne, de Boulogne, correspondent à des liaisons médullaires nettement déterminées, tellement bien déterminées qu'on les a qualifiées à juste titre de *systématiques.*

Or qu'arrive-t-il depuis quelque temps, c'est que les formes dites frustes ou irrégulières, deviennent tellement nombreuses, que la maladie principale disparaît, et qu'il n'est plus possible de s'y reconnaître. Aujourd'hui, qu'un trouble de la sensibilité ou de la motilité en apparence d'origine médullaire ou bulbaire vienne à se produire, et tout aussitôt on le rattache à l'ataxie.

De là ce polymorphisme inquiétant, envahissant, qui, si l'on n'y prend garde, aura pour résultat de substituer le mot *tabes dorsalis* à l'ancienne expression *myélite* et de le rendre tout aussi vague.

Il nous semble pourtant que toutes ces formes nouvelles, découvertes chaque jour et dans lesquelles les principaux symptômes de l'ataxie font le plus souvent défaut, devraient rester à l'état de descriptions cliniques jusqu'au jour où l'occasion favorable d'une autopsie déciderait de leur nature et de leur classement. Il n'en est rien; sans recourir à l'anatomie pathologique qui seule peut nous servir de fil conducteur dans ce dédale, on s'empresse d'étiqueter ces groupes de symptômes et de leur donner la désignation d'ataxie irrégulière.

Il est pourtant facile de montrer combien en pareille circonstance il est dangereux de faire des généralisations trop hâtives.

Prenons par exemple la sclérose en plaques.

Il existe incontestablement une grande analogie au point de vue des symptômes entre elle et la paralysis agitans, et la tentation était grande de regarder celle-ci comme une variété de celle-là. Mais l'anatomie pathologique a tranché la question, en montrant que dans la paralysis agitans il n'y a aucune altération appréciable des centres nerveux, tandis que la sclérose, au contraire, correspond à des lésions nettement déterminées. Les nécropsies ayant montré que ces deux maladies nerveuses, bien qu'ayant entre elles une certaine similitude, étaient en réalité différentes, on a depuis mieux analysé leurs symptômes, saisi les nuances qui les séparent et qui suffisent maintenant à un clinicien exercé pour les différencier l'une de l'autre sur le vivant.

Je sais bien qu'on m'objectera que, dans le tabes dorsalis, les lésions, tout en restant établies systématiquement dans les cordons et faisceaux radiculaires postérieurs, peuvent être échelonnées le long de l'axe médullaire jusques et y compris le bulbe, que par suite les troubles fonctionnels doivent être en rapport avec la hauteur de l'axe spinal où siège la dégénérescence scléreuse. Cela est vrai, mais alors les douleurs fulgurantes, l'incoordination frappent le membre supérieur. Les crises gastriques, si douloureuses, si caractéristiques, ne peuvent-elles pas être considérées comme des douleurs fulgurantes de l'estomac?

Les symptômes cardinaux de l'ataxie n'en restent donc pas moins les douleurs fulgurantes, qu'elles frappent les membres ou les viscères et l'incoordination des mouvements.

Il me semble par contre que c'est créer de la confusion que de croire, en présence d'un simple trouble fonctionnel souvent passager et de minime importance, tel que l'absence de réflexe rotulien, une impuissance génitale momentanée, un spasme de muscles du larynx, etc., à une ataxie au début. Prenons par exemple la forme dite vertigineuse, mais le vertige est un symptôme qui appartient plutôt à la sclérose en plaques qu'à l'ataxie; dès lors, les autres signes caractéristiques faisant défaut, comment pouvoir asseoir le diagnostic?

Je connais les belles recherches anatomo-pathologiques de Pierret qui lui ont permis de formuler une opinion personnelle et de considérer l'ataxie comme le résultat d'un processus qui frappe tout le système sensitif, central et périphérique. Mais si nous adoptons cette manière de voir, changeons alors les désignations et n'employons plus les expressions d'ataxie locomotrice et de tabes dorsalis.

Chez un malade qui n'a qu'une simple plaque d'anesthésie cutanée, disons qu'à ce niveau les fibres sensitives sont altérées, mais ne préjugeons pas de l'état de sa moelle; d'autant plus qu'à côté des travaux de Pierret il faut citer aussi ceux de Gombault qui, à mes yeux, ont une importance capitale, je veux parler de la découverte de la névrite parenchymateuse.

Gombault a reconnu qu'il existe une variété de névrite caractérisée par des altérations qui frappent simplement la myéline des tubes nerveux mais qui respectent la gaine et le cylindre axe. Ces névrites présentent ce caractère important, c'est qu'après une période d'état il survient une période de régénération, où la myéline se reproduit et le nerf récupère ses fonctions. Ainsi s'expliqueraient ces paralysies passagères qu'on observe dans les intoxications, la diphthérie, etc., dont le mécanisme était resté toujours très obscur et qu'on avait presque toujours considéré comme de cause centrale.

Que de troubles de la sensibilité et de la motilité signalés comme d'origine médullaire et qui peut-être, en réalité, relèvent de la névrite parenchymateuse.

Qu'il s'agisse de la forme *vraie* ou des formes dites irrégulières, qui semblent devenir chaque jour plus nombreuses, ce qui est certain c'est que, jusqu'à ce jour, c'est surtout la symptomatologie du tabes qui a fait des progrès (peut-être plus apparents que réels). Quant à l'étiologie et à la thérapeutique, elles restent encore bien en arrière en dépit des efforts de tous.

Le malaise qu'on éprouve à rester toujours plongé dans l'inconnu, le besoin d'en sortir à tout prix, expliquent peut-être la faveur avec laquelle on semble accueillir l'idée d'une influence possible de la syphilis. Examinons donc avec attention les arguments mis en avant, à l'appui de cette thèse par des hommes d'une haute valeur scientifique.

Le plus important de tous est fourni par les statistiques. Chez presque tous les ataxiques, ou tout au moins dans une proportion énorme, on trouverait une syphilis antérieure. Seulement Erb et le professeur Fournier, en observateurs consciencieux, font remarquer que souvent il s'agit de syphilis négligées ou ayant évolué sans donner naissance à des accidents secondaires. Je ne puis m'empêcher d'objecter, même à des syphiliographes éminents, que tout individu qui n'a eu qu'un chancre et jamais plus d'autres accidents, ne doit pas être compté toujours comme un syphilitique.

Je n'ignore nullement que très souvent les manifestations secondaires sont très légères, passent inaperçues. Puis tout à coup des lésions très graves, incontestablement de nature syphilitique, éclatent après un accident initial regardé comme sans importance et apparu dix, quinze, vingt ans auparavant, alors que pendant ce long laps de temps tout était resté silencieux dans l'organisme. Mais, ce qu'on ne peut pas davantage nier, c'est que nombre de malades disent avoir eu un chancre, qui n'ont jamais dans le reste de leur vie d'accidents syphilitiques. Outre le chancre mou, qui ne confère pas la syphilis, que d'érosions, d'ulcérations superficielles sans importance, dont la nature nous est encore inconnue et qui par les malades sont prises pour des chancres.

Donc, en l'absence d'accidents secondaires, plaques muqueuses, roséole, etc., qui, eux, sont pathognomoniques, il peut y avoir des présomptions en faveur d'une syphilis latente mais non une certitude.

Cette simple lésion du chancre, sans autre qualification, est tellement commune qu'au point de vue étiologique il est difficile de la faire entrer en ligne de compte.

Que de fois aussi, chez les malades atteints d'atrophie des

nerfs optiques, on trouve ou bien un chancre antérieur, ou bien des accidents secondaires non douteux, et cela quelle que soit la variété d'atrophie à laquelle on ait affaire, qu'elle soit liée à l'ataxie ou indépendante de cette affection. Faut-il en conclure que l'atrophie des nerfs optiques, cette maladie si obscure, si grave, si désespérante, si rebelle à toute espèce de traitement, est aussi sous la dépendance de la syphilis?

La syphilis est bien variée dans ses manifestations, mais d'ordinaire celles-ci sont irrégulières, disséminées, circonscrites quand elles frappent le système nerveux. Ce que nous en connaissons bien, nous permet plus difficilement d'accepter qu'elle puisse produire des lésions systématiques. Ce qui m'empêche aussi de me rallier, au moins complètement, à cette idée, que l'ataxie et ses diverses manifestations sont de nature syphilitique, c'est l'influence nulle, sinon nuisible, du traitement spécifique. Jamais, personnellement, je n'ai rencontré un cas d'atrophie des nerfs optiques relevant d'une ataxie soupçonnée ou confirmée, chez des malades ayant eu, soit un chancre, soit des accidents secondaires avérés, qui ait été, je ne dis pas guérie, mais améliorée par le traitement antisyphilitique. Ici, nous autres oculistes, nous sommes placés sur un terrain éminemment favorable pour l'observation. En effet, dès que la vue commence à être atteinte, les malades s'en préoccupent et s'en inquiètent et viennent de suite nous consulter. Nous pouvons donc saisir la maladie tout à fait au début. D'autre part, grâce aux échelles graduées qui nous permettent d'apprécier les moindres changements de l'acuité visuelle, et par suite les moindres variations du trouble fonctionnel, grâce à l'examen ophthalmoscopique qui nous permet de suivre pas à pas les progrès de la lésion, nous sommes en état d'apprécier mieux que personne l'influence d'un traitement pour si minime qu'elle soit. Or, je le répète, je n'ai pas connaissance qu'une atrophie ataxique, même prise tout à fait au début et traitée de la façon la plus énergique, ait été modifiée par le traitement. Je ne parle pas ici, bien entendu, que de ma pratique personnelle, je parle aussi de celle des autres.

Je ne trouve en effet, dans la littérature ophthalmologique française et étrangère, aucun cas de guérison. Et pourtant la moindre conquête thérapeutique faite dans un sens eût été accueillie avec la plus grande faveur et se fût répandue avec une grande rapidité.

Ce que je puis affirmer au contraire, et c'est surtout pour cela que je me suis décidé à écrire cet article, c'est que dans l'atrophie des nerfs optiques, qu'elle appartienne à la véritable ataxie locomotrice ou qu'elle survienne sans autre complication chez des individus ayant eu franchement la syphilis ou tout au moins un chancre, les préparations mercurielles m'ont paru toujours plus nuisibles qu'utiles. Cette remarque s'adresse à toutes les préparations mercurielles en général, y compris les frictions, et maintes fois j'ai constaté, sous l'influence de ce traitement, un affaiblissement rapide de l'acuité visuelle et une accélération dans la marche progressive de la maladie.

J'ai eu, dans ces derniers temps, meilleur espoir en voyant les succès que donnaient les injections sous-cutanées de peptonate de mercure dans la syphilis maligne. Je me suis empressé de mettre à profit cette nouvelle découverte thérapeutique qui me paraît avoir une grande valeur. J'ai obtenu, en effet, des succès remarquables dans certaines formes de chorio-rétinites et de névrites spécifiques qui résistaient au traitement habituel; par contre, ce nouveau mode d'administration du mercure ne m'a donné jusqu'ici, dans les atrophies des nerfs optiques, que des résultats nuls sinon mauvais.

Il est certain qu'on voit assez souvent le traitement spécifique n'avoir aucune prise contre des accidents syphilitiques avérés. Mais je ferai remarquer qu'en pareil cas cet insuccès ne s'applique qu'à une certaine catégorie de malades et non à tous, et alors, le plus souvent, c'est dans la mauvaise constitution du sujet, dans ses habitudes vicieuses d'alcoolisme ou d'excès de toute sorte, dans les conditions d'existence misérable auxquelles il ne peut se soustraire, que se trouve la raison d'être de l'impuissance du traitement. Cet insuccès n'est que relatif et non général, tandis que je connais pas d'exemple de guérison ou d'amélioration d'atrophie des nerfs optiques.

Ceux-là mêmes qui veulent rattacher l'ataxie à la syphilis avouent que ce n'est qu'au début, dans les formes incomplètes ou frustes, que le traitement semble avoir quelque efficacité. Dès lors, rappelant ce que j'ai dit en commençant cette étude critique, je ferai remarquer combien ces observations perdent de leur valeur, puisqu'elles ne s'appliquent plus à l'ataxie confirmée, mais à de simples troubles fonctionnels d'origine médullaire et dont la véritable nature reste peut-être encore à déterminer.

Sous l'influence de la syphilis, nous voyons très souvent survenir des névrites qui se localisent dans les nerfs optiques, à l'ophthalmoscope on aperçoit alors une infiltration diffuse qui occupe la surface du nerf. Or ces cas-là, où la syphilis frappe pourtant le tissu nerveux, cèdent presque toujours aux frictions mercurielles.

Dans l'atrophie des nerfs optiques, observée chez les ataxiques ou en dehors de l'ataxie, le processus est tout différent : à aucune époque de son apparition et de sa durée il ne revêt une apparence inflammatoire. Les modifications qui surviennent lentement dans le tissu nerveux se traduisent par une simple décoloration ; or il n'est pas une seule lésion connue de la syphilis qui ne débute par des modifications dans le système lymphatico-sanguin de la région intéressée. Tantôt c'est une simple rougeur, tantôt une ulcération, ailleurs une infiltration, des exsudats, etc., qui annoncent *toujours* l'apparition des manifestations syphilitiques. *Rien de pareil ne s'observe dans l'atrophie tabétique et, à mes yeux, c'est là un argument décisif* qui plaide en faveur de la non spécificité du tabes dorsalis. Chez un ataxique ayant succombé au début de sa maladie, Debove a trouvé les lésions médullaires systématiques déjà nettement établies, le tissu nerveux était atrophié, mais il n'y avait ni rougeur, ni vascularisation, ni exsudats.

L'ataxie locomotrice vraie, celle dont les symptômes fondamentaux sont les douleurs fulgurantes, l'incoordination des mouvements, les atrophies des nerfs optiques et les paralysies des muscles de l'œil, me paraît devoir être maintenue dans la grande classe des affections dites scléreuses, dont l'étiologie nous échappe encore.

La paralysie générale appartient-elle aussi à la catégorie des affections scléreuses, ne diffère-t-elle pas essentiellement de la syphilis cérébrale? Celle-ci commence à être assez bien connue aujourd'hui parce qu'on a assez souvent l'occasion de l'étudier à l'amphithéâtre; qu'y observe-t-on? diversité et variabilité des symptômes, lésions mal déterminées, difficiles à localiser, tantôt intéressant le système vasculaire seul, tantôt le tissu nerveux lui-même; ici produisant une gomme, là des exsudats méningés ou de la pachyméningite; se comportant très différemment suivant les sujets et le mode de traitement; guérissant complètement chez les uns, se terminant fatalement chez quelques autres, s'améliorant chez la plupart.

A nos yeux la syphilis médullaire, dont les modalités peuvent être très nombreuses, diffère autant de l'ataxie locomotrice vraie, que la syphilis cérébrale diffère de la paralysie générale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

La lithine, la strontiane et l'acide borique dans les eaux minérales de Contrexéville et de Schinznach (Suisse). Note de M. *Dieulafait*. — Des recherches de l'auteur, il résulte que les eaux de Schinznach, qui se minéralisent dans le trias, contiennent, comme toutes les eaux de cette classe, de la lithine en quantité tout à fait spéciale, de la strontiane et de l'acide borique. Dès lors, ces eaux, au lieu de constituer une exception à la loi de formation des eaux minérales salines, telle que je l'ai formulée, la confirment, au contraire, de la manière la plus complète.

Traitement du typhus. — M. *J. Grelley* adresse une note relative à l'emploi, contre le typhus, de pilules de sulfure de fer, préparées avec de la fleur de soufre et de la limaille de fer.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

M. *C. Husson*, pharmacien à Toul, envoie une *Note* manuscrite *sur les causes diverses qui peuvent rendre le lait plus aqueux.*

M. le docteur *Robuchon* adresse un *Rapport sur une épidémie de variole observée à l'île d'Yeu en 1881-82 et sur les vaccinations et revaccinations qu'il a opérées.* (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Cramoisy* (de Paris) envoie un mémoire manuscrit *sur un nouveau et rapide traitement des teignes.* — Renvoi à l'examen de M. Besnier.

M. le docteur *Ferret* adresse une *Note* manuscrite sur *l'épidémie de fièvres graves qui sévit actuellement à Saintes.* — (*Commission des épidémies.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° le *Rapport présenté à M. le ministre du commerce par l'Académie de médecine sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année* 1880; 2° au nom de M. *Georges Masson*, éditeur, la deuxième édition du *Traité théorique et pratique de la syphilis et des maladies vénériennes*, par MM. les docteurs *Belhomme* et *Aimé Martin* ; 3° de la part de M. le docteur *Bourneville*, deux volumes de ses *Rapports* au *Conseil* municipal de Paris et au *Conseil* général de la Seine *sur les services de l'Assistance publique et des aliénés*; 4° au nom de M. le docteur *Valentin Vignard* (de Sulina) un mémoire imprimé, ayant pour titre : *De la création d'un ministère de médecine publique*; 5° de la part de M. le docteur *José Armaugé* (de Barcelone), une brochure intitulée : *Discussion sobre algunos puntos de la historia del lavado gastrico par O. Gourgues, Dujardin-Beaumetz y J. Armaugé.*

M. *Empis* présente, au nom de M. le docteur *Grollemund* (de Saint-Dié), un mémoire manuscrit ayant pour titre : *Étude clinique d'une épidémie de fièvres d'origine tellurique à types particuliers, observée en 1882 à l'hôpital de Saint-Dié sur les hommes du 10e bataillon de chasseurs.* (*Commission des épidémies.*)

M. *Larrey* dépose : 1° de la part de M. *C. Tollet*, ingénieur, un mémoire *sur le casernement des troupes*; 2° au nom de M. le docteur *Hutin*, ancien membre du Conseil de santé des armées, une brochure intitulée : *L'épidémie de Bone en* 1833.

M. *Guéniot* fait hommage d'un volume de M. le docteur *Fabre* (de Marseille) sur *l'hystérie viscérale* et les *dilatations du cœur droit.*

M. *Bouley* présente, au nom de M. *Morot*, vétérinaire à Paris, une brochure intitulée : *Des pelotes stomacales des léporides, de leur origine (ingestion des crottes), de leur nature et de leur rôle.*

M. *Roger* fait hommage, de la part de M. le docteur *René Blache*, d'un volume ayant pour titre : *Extraits de pathologie infantile de Blache et Guersant.*

M. *Léon Le Fort* offre, au nom de M. le docteur *Rousselot-Beaulieu* (de Périgueux), une brochure intitulée : *Du diabète, sa nature, son traitement.*

M. *Depaul* présente : 1° le *Programme des travaux de M. le docteur Mourgue* (du Gard); 2° un mémoire imprimé de M. le docteur *Jorissenne* (de Liège), sous le titre de : *Un nouveau signe de la grossesse.*

M. *Lagneau* fait hommage de ses *Remarques à propos du dénombrement, sur quelques différences démographiques présentées par les catholiques, les protestants et les israélites.*

M. *Vulpian* présente une thèse de M. le docteur *Henri Rabeau* sur la *médication salicylée dans la fièvre typhoïde.*

M. *Léon Labbé* dépose un mémoire manuscrit de M. le docteur *Chavernac* (d'Aix), ayant pour titre : *Extraction de la cataracte, retour à la méthode de Daviel.*

Déclaration de vacance. — Sur l'avis du Conseil, l'Académie déclare vacante une place dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle, par suite du décès de M. Pidoux.

Crayon-feu. — Tel est le nom que donne M. le docteur *A. Moser* (de Paris) à une sorte de bâton cylindrique composé de la manière suivante : poudre de charbon, 30 grammes; nitrate de potasse, 4 grammes; fer porphyrisé, 5 grammes; benjoin, 1 gramme, et quantité suffisante de poudre d'agglomérants divers (dose pour 40 crayons). Il obtient ainsi une préparation dure, résistante, qui s'enflamme facilement à l'aide d'une allumette et dont il propose l'usage pour la cautérisation immédiate des morsures virulentes, pour pratiquer des pointes de feu, etc. Il enferme ces crayons dans d'élégants étuis portatifs, renfermant aussi des allumettes.

Fièvre typhoïde. — Pour M. *Lancereaux*, l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde à Paris offre surtout cette particularité qu'elle a éclaté presque subitement, du moins s'il en juge d'après ce qui s'est passé dans son service d'hôpital; alors qu'il n'y avait plus depuis quelques semaines de typhiques, brusquement le 28 septembre et les jours suivants ses salles se remplirent et bientôt furent encombrées, comme dans tous les hôpitaux, de malades atteints de cette affection. Or, si, comme il le croit, il faut admettre une incubation de quinze jours pour la fièvre typhoïde, ce serait donc du 13 au 20 septembre que l'infection s'est produite. Une épidémie éclatant d'une manière aussi brusque et sur un aussi grand nombre de personnes ne peut, suivant lui, être justiciable de la contagion ; on ne peut en accuser non plus l'encombrement, puisque les quartiers de Paris les plus peuplés n'ont pas été parmi les plus atteints ; c'est donc aux conditions atmosphériques et à la qualité des eaux potables qu'il convient d'en demander l'explication. A cette époque, les vents ont surtout soufflé du nord et du nord-est, c'est-à-dire dans la direction de cette partie de la banlieue où se trouvent le dépotoir de Bondy et tant d'usines insalubres ; on sait, et M. Lancereaux en donne de nouveaux exemples, que les émanations des matières de vidanges peuvent produire la fièvre typhoïde. Quant aux eaux potables, il faut remarquer que les eaux de source ont été rares cette année et que l'administration a été dans la nécessité de faire entrer les eaux de rivière pour une large part dans la consommation. Dès 1876, M. Lancereaux avait signalé le danger de l'eau de l'Ourcq à ce point de vue. « Peut-être objectera-t-on, ajoute-t-il, que ces causes sont permanentes ou persistantes, tandis que la fièvre typhoïde, dans ses ravages, procède par poussées épidémiques ; il faut cependant remarquer que les recrudescences de la fièvre typhoïde s'observent habituellement pendant la saison chaude, lorsque les eaux deviennent plus rares, que les matières organiques, plus concentrées, ont une tendance plus grande à se putréfier. » — Pour ces diverses raisons, M. Lancereaux estime qu'il conviendrait d'inviter l'administration à faire connaître le tableau de la distribution des eaux et des changements qui y sont journellement apportés; et quant aux particuliers, on fera bien de les engager par prudence à filtrer les eaux qu'ils doivent boire et à les faire bouillir. Il voudrait aussi que des membres de l'Académie fussent chargés de faire une enquête approfondie sur les causes de la fièvre typhoïde à Paris. — En ce qui concerne le traitement de cette affection, M. Lancereaux déclare qu'il suit avant tout le traitement des indications, « cherchant à faire vivre le malade autant que sa maladie » ; dans ce but, il donne des bains tièdes (28 degrés centigrades) combinés avec la teinture de digitale ; contre l'insomnie, 1 gramme à 1gr,50 de laudanum ; contre le météorisme, les purgatifs, les lavements froids, la glace ; contre les complications thoraciques, des ventouses et l'ipécacuanha ; des lavements phéniqués pour combattre la fétidité des garde-robes et un pansement phéniqué pour les éruptions furonculeuses ; sur 52 malades, il n'en a perdu que 5.

M. *Léon Colin* appuie l'opinion exprimée par M. Rochard dans l'avant-dernière séance sur le rôle principal de l'encombrement dans l'étiologie de la fièvre typhoïde; il croit en effet que celle-ci est le plus souvent due à un miasme provenant de l'organisme vivant et se développant par le seul fait de

l'encombrement. Suivant lui, les diverses maladies contagieuses peuvent être divisées en deux groupes: 1° les maladies virulentes par excellence, la variole, la rougeole, la scarlatine, où l'encombrement ne fait guère que rapprocher les individus et faciliter les contacts; 2° les autres, comme le typhus, la fièvre puerpérale, la diphthérie, l'ophthalmie purulente, qui acquièrent, dans un milieu encombré, une puissance de propagation et une gravité telles qu'il faut admettre qu'elles y trouvent un nouvel élément pathogénique; de ce nombre est la fièvre typhoïde, dont il admet d'ailleurs le développement spontané en semblables circonstances, ainsi qu'il en fournit un nouvel exemple. M. Léon Colin reconnaît aussi l'influence nocive des matières fécales; mais il fait également remarquer combien, dans les épidémies de fièvre typhoïde, les causes sont complexes et combien peuvent être variés les milieux, les terrains de culture favorables à l'entretien et au renouvellement de ses germes. D'une part, se montre l'action du miasme de l'encombrement et d'autre part aussi, celle du miasme putride, de la putridité; on en voit la preuve dans la prédominance du premier pendant la saison hivernale et dans l'effet du second surtout en été. Quoi qu'il en soit, c'est le premier de ces facteurs qui offre assurément le plus d'importance; par exemple, dans ces casernes si bien assainies aujourd'hui et qui n'en sont pas moins visitées par la fièvre typhoïde dès qu'on y produit l'encombrement, dès que celui-ci donne au miasme de l'organisme vivant sa plus grande énergie. M. Colin ne reconnaît pas, par contre, à la corruption des eaux potables un danger aussi manifeste, aussi spécial dans l'espèce, comme il en est pour le choléra, pour la peste, et il s'appuie à cet égard sur l'étude des épidémies de fièvre typhoïde survenues dans l'armée. Il s'élève enfin contre les déductions théoriques de Budd et de Murchison, contre leurs classifications trop radicales concernant le typhus, la fièvre typhoïde et la fièvre récurrente; et, donnant à l'encombrement le rôle primordial dans la genèse de la fièvre typhoïde, il recommande, en pareil cas: pour la population militaire, la diminution des effectifs; et, pour la population civile, la dispersion dans des habitations provisoires des personnes demeurant dans les maisons atteintes jusqu'au complet assainissement de celles-ci, suivant le vœu de la Commission des logements insalubres de la ville de Paris.

Dans la première partie de la communication, qu'il achèvera mardi prochain, M. *Bouchardat* déclare tout d'abord que le ferment morbide de la fièvre typhoïde existe d'une façon continue et progressive à Paris comme dans toutes les grandes villes; ce ferment appartiendrait au groupe des miasmes diffus permanents dans les grands centres, comme ceux de la rougeole et de la variole; il s'appuie à cet égard sur l'accroissement de la mortalité par ces affections à Paris à mesure que la population augmente. Pour lui, le sol infect mis à l'air par les travaux de voirie, les émanations des égouts, les odeurs des établissements insalubres, la mauvaise qualité des eaux ont peut-être quelque importance, mais leur action nocive n'est pas prouvée en ce qui concerne la fièvre typhoïde, tandis que ce qu'on ne saurait contester, c'est la spécificité des habitants vis-à-vis de cette affection; d'ailleurs celle-ci n'attaque que les personnes qui n'y sont pas acclimatées. M. Bouchardat apppuie la preuve de cette influence sur plusieurs faits: 1° la fièvre typhoïde s'attaque de plus en plus aux ouvriers qui arrivent chaque jour plus nombreux à Paris avec leur famille; 2° les étudiants en médecine qui ne viennent aujourd'hui dans la capitale qu'après avoir passé plusieurs années déjà dans les hôpitaux de province contractent moins cette maladie qu'autrefois. En somme on s'acclimate de deux façons: ou l'on a eu l'une des formes légères de cette affection, ou bien l'on a subi des inoculations préventives, en quelque sorte, par suite d'absorptions successives, si bien que M. Bouchardat déclare que personne ne parvient à l'âge de cinquante ans sans avoir eu la fièvre typhoïde, à un degré quelconque.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. *Chatin* sur les candidats au titre de correspondant national dans la division de pharmacie; la liste de présentation est ainsi fixée: en première ligne, M. *Garreau* (de Lille); en deuxième ligne (*ex æquo*), MM. *Andouard* (de Nantes) et *Husson* (de Toul).

Dans la prochaine séance, l'Académie entendra, en comité secret, la lecture d'un rapport de M. *Gariel* sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. MILLARD.

Muguet primitif du pharynx dans la dothiénentérie: M. Damaschino. — Un pseudo-helminthe: M. Laboulbène. — Deux cas d'hystérie chez l'homme: M. Seveetre.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Damaschino* lit une note sur deux cas de muguet primitif du pharynx observés par lui chez des typhoïdiques. Le premier malade était un jeune homme de vingt-quatre ans, atteint de dothiénentérie assez bénigne; il se plaignit, le vingt-quatrième jour de sa maladie, d'une sécheresse de la gorge, accompagnée d'une certaine gêne douloureuse de la déglutition. On put constater, sur le voile du palais et le pharynx, de petites plaques blanches, d'aspect assez caractéristique; une autre plaque semblable, mais moins épaisse et paraissant plus récente, existait à la face muqueuse de la lèvre supérieure. L'examen histologique, pratiqué aussitôt, vint confirmer le diagnostic porté de *muguet*. On constatait d'ailleurs la réaction acide des liquides buccaux. Ce muguet du pharynx persista assez longtemps malgré le traitement par le collutoire boraté. M. Damaschino préfère d'ailleurs l'eau oxygénée pour combattre le muguet; il en a retiré d'excellents résultats. Le second malade était atteint d'une fièvre typhoïde grave, à forme spinale; plongé dans un état semi-comateux, il ne put fournir aucun renseignement sur l'apparition de larges plaques blanches que l'on constatait au niveau de la gorge et aussi de la muqueuse buccale: on ne peut donc savoir, dans ce cas, si la lésion a débuté par le pharynx. Le microscope permit de reconnaître facilement les spores et les tubes de l'*oïdium albicans*. Le malade succomba. M. Damaschino insiste pour que l'examen de la gorge ne soit jamais négligé chez les typhoïdiques, d'autant plus que, dans les cas graves, les symptômes fonctionnels annonçant l'apparition du muguet passent inaperçus. On voit d'ailleurs que les cas de muguet primitif du pharynx ne seraient pas aussi rares qu'on l'avait cru tout d'abord; M. Damaschino en a également observé plusieurs chez des tuberculeux.

M. *Duguet* a rencontré un grand nombre de cas analogues pendant la dernière épidémie de dothiénentérie; en y joignant ceux qu'il a observés chez des tuberculeux et des cachectiques, tant en ville qu'à l'hôpital, il en évalue le nombre à 40 ou 45. Dans la fièvre typhoïde, le début du muguet est assez souvent marqué par de la sécheresse dans la gorge, de la dysphagie et des vomissements; ce dernier symptôme surtout doit éveiller l'attention. Les plaques blanches se montrent principalement sur le voile du palais et le pharynx, quelquefois sur la langue et les joues, rarement sur les lèvres; leur aspect est assez caractéristique, d'ailleurs l'examen histologique ne peut laisser aucun doute. Il suffit ordinairement de badigeonner, pendant un jour, les plaques avec un collutoire au borax et au miel rosat pour les faire disparaître; elles ont cependant une grande tendance à récidiver. On peut également employer le bicarbonate de soude. Dans deux cas,

l'affection s'est montrée très rebelle, et les malades, convalescents d'ailleurs de leur dothiénentérie, semblaient près de succomber à l'inanition causée par la dysphagie. Pensant alors à la possibilité de l'existence du muguet dans l'œsophage, M. Duguet administra le bicarbonate de soude à haute dose; bientôt les malades purent se nourrir, et la guérison fut complète. Chez un seul typhoïdique, M. Duguet a observé de la diphthérie vraie; ce malade n'a d'ailleurs pas succombé.

M. *Bucquoy* a vu, il y a quelques années, une jeune fille qui, dans la convalescence d'une dothiénentérie, fut prise de dysphagie et de vomissements entravant l'alimentation, par suite de muguet œsophagien. Elle rendait, dans ses vomissements, de volumineux paquets de mycélium sur la nature desquels l'examen histologique n'a laissé aucun doute.

M. *Guyot* fait badigeonner plusieurs fois par jour la gorge de tous ses typhoïdiques avec une solution de bicarbonate de soude, pour prévenir la sécheresse de la muqueuse et préserver les dents des altérations fréquentes dont elles sont le siège dans la fièvre typhoïde. C'est sans doute à cette pratique qu'il doit de n'avoir observé qu'un seul cas de muguet.

M. *Damaschino* fait remarquer que M. Duguet a, sans aucun doute, assisté à une épidémie de muguet. En effet, les typhoïdiques présentent, par suite de la desquamation épithéliale de la muqueuse bucco-pharyngée et de l'acidité des secrétions, un terrain favorable pour la contagion du muguet importé dans les salles par un premier malade atteint de cette affection.

M. *Duguet* admet en partie seulement cette explication, car la moitié environ des cas de muguet pharyngés ont été observés par lui chez des malades venus de l'extérieur, le jour même de leur entrée à l'hôpital. Il en a également vu de nombreux cas en ville; aussi croit-il plutôt à une sorte de *génie épidémique* actuel.

M. *Bucquoy* est d'avis qu'il faut rejeter l'emploi du collutoire au miel rosat, les substances sucrées fournissant, par leur fermentation, un milieu acide propre au développement de l'*oïdium albicans*.

M. *Damaschino* ne conteste pas l'apparente exactitude de cette objection théorique Mais il n'est pas douteux cependant qu'on retire d'excellents résultats de l'usage du collutoire classique; le borate de soude détruit très rapidement le parasite, et les substances sucrées n'ont pas, en définitive, l'action nuisible qu'on leur a attribuée. Pour lui, d'ailleurs, il préfère l'eau oxygénée dont le pouvoir toxique sur les algues a été signalé par M. Regnard.

M. *Troisier* a suppléé pendant quelque temps M. Vulpian à l'Hôtel-Dieu. Il rappelle que ce professeur emploie contre le muguet une solution d'acide borique et en obtient de très bons effets.

— M. *Desnos* présente une thèse d'un de ses élèves, M. Perraton, sur l'action thérapeutique de la résorcine. Ses effets sont nuls dans la phthisie et le rhumatisme articulaire aigu. Elle permet, au contraire, d'obtenir dans la dothiénentérie un abaissement de température assez marqué; elle a également pour effet de modérer les diarrhées abondantes. Bien que moins toxique que l'acide phénique, elle demande cependant à être maniée avec quelque prudence.

— M. *Laboulbène* présente à la Société un corps d'apparence nématoïde, trouvé dans les selles d'un malade, et qui lui a été envoyé par un médecin de province comme un helminthe de variété inconnue. Ce corps, qui présente en effet assez bien l'aspect d'un ver intestinal, n'est autre chose qu'un tendon non digéré, ainsi que l'examen histologique l'a démontré. Cette interprétation a été confirmée par M. le professeur Robin.

— M. *Sevestre* donne lecture d'un travail sur l'*hystérie chez l'homme*. Il a observé, à l'hôpital Tenon, un malade âgé de vingt-deux ans, qui entra dans son service le 14 avril 1881 pour une paralysie du bras gauche ayant débuté brusquement. En interrogeant le malade, on apprit qu'en 1870 il avait eu une perte de connaissance qui dura près de quarante-huit heures; ces accidents se renouvelèrent quelques années après. En 1877 apparurent des troubles de la vue et de l'accommodation, et en 1880 une amaurose totale, mais passagère, qui disparut au bout de trois heures; ces attaques de cécité se renouvelèrent plusieurs fois, et il fut réformé pour amaurose intermittente. Plus tard, il fut atteint d'une impossibilité absolue de parler, revenant à intervalles plus ou moins éloignés et alternant avec les accès de cécité. Le 12 avril, il fut pris d'aphasie; celle-ci disparut le 14, et la paralysie du bras se produisit alors subitement. On constatait, à ce moment, une diminution notable de la sensibilité du côté gauche, sans hémianesthésie sensorielle; la compression du testicule gauche et du canal inguinal du même côté déterminait une vive douleur. Ce malade présenta encore à plusieurs reprises des troubles amaurotiques passagers et des accès de paralysie brachiale à début et disparition brusques.

Un autre malade, âgé de vingt-cinq ans, avait présenté, en 1880, des accidents de bronchite avec amaigrissement et sueurs nocturnes, qui avaient fait croire à la tuberculose pulmonaire; bientôt les sueurs se localisèrent aux extrémités, surtout à la paume des mains; puis apparurent des modifications du caractère et enfin des attaques convulsives qui étaient suspendues par la compression du testicule gauche. Une de ces attaques fut suivie de contracture du côté droit en extension et d'une impossibilité de parler absolue; tous ces accidents disparurent brusquement. Lorsque M. Sevestre examina ce malade pour la première fois, il constata un affaiblissement marqué du côté droit avec hémianesthésie, sans troubles des organes des sens; les mains étaient le siège d'une abondante transpiration. Le malade était également atteint de polyurie atteignant parfois le chiffre de 8 et 9 litres d'urine dans les vingt-quatre heures; par moments, au contraire, il présentait une anurie presque complète. Il eut, depuis lors, plusieurs attaques convulsives, avec sensation vertigineuse; puis une contracture de la jambe droite qui cessa brusquement, enfin des conceptions délirantes et des hallucinations qui, d'abord limitées à la durée des attaques, sont devenues persistantes et ont nécessité l'internement dans un asile d'aliénés.

Chez ces deux malades, le diagnostic d'hystérie ne paraît pas pouvoir être mis en doute. Enfin, le matin même, M. Sevestre a constaté chez l'infirmier de l'une de ses salles, qui se plaignait de douleurs abdominales, une anesthésie complète sensitivo-sensorielle du côté droit, avec analgésie lors de compression, même énergique, au niveau du testicule du même côté. Cet homme a éprouvé, en 1878, à l'hôpital de la Charité, une attaque nerveuse sur la nature de laquelle on ne peut obtenir que des renseignements peu précis et qui paraît avoir été accompagnée, pendant deux jours, d'une perte de connaissance. Il a été opéré au Val-de-Grâce, par M. Lereboullet, d'un kyste hydatique du foie. L'hystérie semble encore probable dans ce cas.

M. *Duguet* demande si M. Sevestre a recherché, chez ce malade hémianesthésique, le liséré gingival de l'intoxication saturnine.

M. *Sevestre* n'a pu interroger cet individu que très rapidement le matin même. Il se réserve de l'examiner plus en détail et de compléter, s'il y a lieu, sa communication.

— A cinq heures la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Ostéotomie du tarse dans le pied bot invétéré. — Ulcération des artères dans les foyers purulents. — Constriction permanente des mâchoires; modification au procédé de Rizzoli. — Extraction de la cataracte sans excision de l'iris. — L'extension continue appliquée au membre inférieur. — Ablation de la langue. — Présentation d'un instrument.

M. *Polaillon* lit un rapport sur un mémoire présenté par M. Bauregard (du Havre) : de l'ostéotomie du tarse appliquée à la cure du pied bot invétéré. D'abord, on a enlevé l'astragale dans le pied bot équin, et le cuboïde dans le pied bot varus; mais comme cela ne suffit pas toujours, on a imaginé la résection cunéiforme du tarse; M. Poinsot a fait une fois cette opération, et M. Bauregard quatre fois. M. Polaillon résume les observations de M. Bauregard.

Premier fait. — Julia Varet, quinze ans, pied bot équin avec enroulement prononcé de la plante du pied; tous les traitements antérieurs ayant échoué, M. Bauregard enlève avec le ciseau et le maillet une partie notable de l'astragale et la tête du calcanéum. On voit sur le moulage, pris avant et après l'opération, que le pied est très amélioré.

Deuxième et troisième faits. — Garçon de neuf ans, portant deux pieds bots varus équin. La ténotomie et les appareils avaient été impuissants. M. Bauregard sectionne le tendon d'Achille, détache le muscle pédieux, gratte le périoste, et enlève un coin osseux ayant sa base à la face dorsale du pied; suture; pansement de Lister, guérison. Le pied gauche fut opéré plus tard; on enleva le cuboïde.

Quatrième fait. — L..., quinze ans. A sept ans, paralysie musculaire, et depuis pied bot équin. Section du tendon d'Achille, de l'aponévrose plantaire; le pied droit est ainsi redressé. Mais à gauche, ces sections ne produisent rien; M. Bauregard enlève un coin osseux, guérison.

Ces opérations ont été heureuses, parfois la tarsotomie offre des dangers pour la vie. Dans un mémoire de M. Chauvel, publié dans les *Archives de médecine*, sur 37 opérations on constate 3 décès. Les résultats obtenus par M. Bauregard permettent-ils la marche? Les deux premiers opérés marchent avec un appareil; c'est un résultat partiellement satisfaisant. M. Jules Guérin dit que jusqu'à l'âge adulte on peut toujours se passer de la ténotomie. Pour les adultes, M. Polaillon pense, avec M. Tillaux, que la résection cunéiforme peut seule dans quelques cas, donner une amélioration sérieuse et durable.

M. *Théophile Anger*, jusqu'à présent, n'a pas vu de cas résistant à la ténotomie et à l'application d'appareils bien faits. Il a opéré, à l'hôpital Tenon, un homme de trente-six ans, qui avait un pied bot varus très prononcé, marchant sur le dos du pied. C'était un pied bot paralytique datant de l'enfance. M. Anger fit la ténotomie et appliqua des appareils à traction continue; le pied fut bien redressé. La jambe était atrophiée; le dos du pied était ulcéré. Après la section du tendon d'Achille, les appareils avec caoutchouc pour la traction continue furent appliqués pendant deux mois. Le malade marcha ensuite sur la plante du pied, avec des souliers appropriés. L'astragale faisait une saillie considérable sur le dos du pied. Les moulages présentés par M. Bauregard ne montrent pas un résultat parfait, et les opérés sont encore obligés de porter des appareils. Le résultat que M. Anger a obtenu chez un homme de trente-six ans ne l'engage pas à employer la tarsotomie. M. Anger insiste sur la nécessité de faire des tractions continues avec le caoutchouc. Pour ramener la vitalité dans les tissus atrophiés il a appliqué avec succès les courants continus.

M. *Verneuil*. Chez les jeunes enfants il est parfaitement inutile de faire l'excision des os du tarse. Quand aux adultes, ils marchent parfois assez bien avec des pieds difformes; alors il est inutile de les opérer. Pour ceux qui marchent mal, avec la ténotomie, la section de l'aponévrose plantaire, et les appareils bien faits, on arrive à redresser les pieds les plus difformes. Les moulages de M. Bauregard font douter que ses opérés puissent marcher sans appareils.

M. *Desprès*. La ténotomie est une opération préliminaire qui facilite le redressement du pied bot par les appareils. Les appareils servent au redressement, et aussi de secours pour les muscles paralysés, comme l'a montré Duchenne (de Boulogne).

M. *Chauvel*. Il ne faudrait pas juger la tarsotomie d'après les résultats de M. Bauregard. Les chirurgiens étrangers ont obtenu d'excellents résultats que nous n'avons pas le droit de nier.

M. *Polaillon*. Parfois les os du tarse sont tellement déformés chez les adultes que, malgré les sections de tendons, on ne peut redresser le pied; on réservera la tarsotomie pour ces cas.

— M. *Charvot* lit une note sur l'ulcération des artères dans les foyers purulents. Il donne l'observation d'un coxalgique chez lequel l'artère iliaque externe, baignant dans un abcès, s'ulcéra, d'où hémorrhagie interne, et mort du malade.

— M. *Blanc* décrit une modification au procédé de Rizzoli pour remédier à la constriction permanente des mâchoires.

— M. *Galézowski* lit un travail dans lequel il cherche à démontrer l'utilité qu'il y aurait à abandonner l'excision de l'iris dans l'opération de la cataracte par extraction. Sur 120 opérés il a eu 5 phlegmons du globe oculaire malgré le pansement phéniqué. L'iridectomie n'est pas destinée à prévenir les accidents inflammatoires, et elle dispose aux cataractes secondaires. M. Galézowski conseille de donner au lambeau la forme ellipsoïde, faisant porter l'incision sur la limite scléroticale. Depuis le mois de juillet, 40 opérations ainsi faites, sans iridectomie, n'ont pas donné de phlegmons oculaires.

L'iridectomie est indispensable si l'iris se porte spontanément sous le couteau, ou s'il y a symétrie postérieure, ou si le bord de l'iris a été contusionné pendant l'opération.

— M. *Hennequin* fait une communication sur l'extension continue appliquée aux membres inférieurs et considérés aux points de vue anatomique, physiologique et pathologique.

— M. *Desprès* présente un malade auquel il a enlevé la presque totalité de la langue au moyen de l'écraseur linéaire, pour un épithélioma tubulé suite de psoriasis.

— M. *Guéniot* présente, de la part de M. James Dupont, un forceps dérivé de celui de M. Tarnier.

— M. *Bauregard* (du Havre) présente un corps thyroïde enlevé au moyen de l'écraseur linéaire.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE, VICE-PRÉSIDENT.

Actions antifermentescibles: MM Bochefontaine et Marcus. — Sulfate de cuivre dans le blé, la farine et le pain: M. Galippe. — Matière colorante bleue de l'ombelle des méduses: M. Blanchard. — Action de l'eau oxygénée sur les virus et la fibrine: MM. P. Bert et Regnard.

MM. *Bochefontaine* et *Marcus* communiquent les résultats de leurs recherches sur l'action antifermentescible d'un certain nombre de substances. Ils ont eu surtout pour but de déterminer si des fragments de muscles introduits dans un

milieu aussi purifié que possible deviendraient le siége de putréfactions en présence de telle ou telle substance.

M. *P. Bert* fait remarquer qu'on n'a peut-être pas pris pour ces expériences toutes les précautions requises pour s'assurer de la pureté de l'air et de l'eau introduits en même temps que le muscle dans le flacon à expérience.

— M. *Galippe* a entrepris de laborieuses expériences pour préciser un point d'hygiène et de police sanitaire des plus importants, à savoir si le sulfate de cuivre qu'on trouve dans le pain y a été introduit en totalité dans l'opération de la panification ou du chaulage, ou bien si une partie de ce sel n'existait pas déjà dans le blé lui-même. Il a analysé à cet effet des échantillons de blés de différentes provenances (Beauce, Amérique, etc.), et dans tous les froments il a constaté la présence du cuivre en proportions variables suivant l'origine : la moyenne est de 10 milligrammes par kilogramme. L'opération du chaulage et de la panification n'y ajouterait que peu de chose; par conséquent on ne peut, à priori, intenter des poursuites à un fournisseur dont le pain contiendrait une proportion un peu supérieure de sulfate de cuivre, d'autant moins qu'il est reconnu aujourd'hui ou qu'on tend à admettre généralement que d'aussi faibles doses de cuivre ne peuvent en rien compromettre la santé. Cette question de la présence du cuivre dans le pain, qui a peu attiré l'attention chez nous, a passionné, il y a quelques années, les chimistes belges, et M. Galippe donne leurs résultats comparativement aux siens.

Le procédé qu'il emploie, comme il l'a fait depuis plusieurs années, pour déterminer les quantités de cuivre contenues dans une solution de cendres, est la production d'un dépôt de cuivre à l'aide du courant de la pile.

— M. *Blanchard* ayant eu à sa disposition un grand nombre de méduses à ombelle teintée de bleu, a commencé des recherches qu'il se propose de poursuivre sur la nature de cette matière colorante. Il a observé au spectroscope l'apparition constante de trois bandes noires dans le spectre et considère ces bandes d'absorption comme caractéristiques de la matière colorante. Il note que la matière bleue emmagasinée par la cellule est à l'état de vie diffuse dans les tissus après la mort.

— MM. *P. Bert* et *Regnard* ont poursuivi leurs expériences sur l'action que l'eau oxygénée exerce sur la fermentation. Étudiant d'abord son influence sur les virus, ils constatent que l'addition de quelques gouttes d'eau oxygénée à un liquide de culture contenant du virus charbonneux *sans spores*, tue instantanément le virus : le liquide reste complètement inefficace à provoquer l'infection. Le virus charbonneux à spores résiste davantage ; quand on se contente de le traiter comme précédemment, l'inoculation est toujours active; si au contraire on laisse l'eau oxygénée en contact plus prolongé avec le liquide de culture, le virus charbonneux est tout aussi sûrement tué dans ce dernier cas que dans le premier.

Le virus vaccin paraît résister davantage, bien qu'on ne puisse donner ce résultat qu'avec quelque réserve, un seul enfant sur trois ayant été vacciné avec succès, et deux autres sujets soumis à l'expérience n'ayant pu être observés en temps suffisant.

Les auteurs pensent que l'eau oxygénée agit sur la spore comme le ferait l'oxygène à haute pression : l'eau se décomposerait dans l'intérieur de la spore après en avoir traversé l'enveloppe et la tuerait par excès de pression. — L'action du même produit sur la fibrine a été étudiée récemment par M. Béchamp (*Compte rendu de l'Académie des sciences*) : MM. P. Bert et Regnard diffèrent d'opinion avec M. Béchamp sur plusieurs points. On sait, depuis que M. Thénard l'a montré, que la fibrine décompose l'eau oxygénée ; M. Béchamp suppose que la fibrine qui a produit cet effet est désormais altérée au point de ne pouvoir agir de même sur l'eau oxygénée nouvelle avec laquelle on la remet en contact ; MM. P. Bert et Regnard montrent qu'il suffit de régénérer la fibrine par un lavage à l'eau distillée pour lui restituer sa propriété d'agir sur l'eau oxygénée, mais ils constatent que les dégagements sont de moins en moins actifs. L'action réciproque de l'eau oxygénée sur la fibrine et de la fibrine sur l'eau oxygénée existe donc, mais l'altération de la fibrine par l'eau oxygénée n'est pas telle qu'on l'a avancée.

En troisième, si l'on détermine la courbe de dégagement d'oxygène qui se produit dans la décomposition de l'eau oxygénée, on obtient une courbe parabolique, fait concordant avec la théorie récemment émise par M. Berthelot.

Enfin, il est à remarquer que la proportion d'eau oxygénée décomposée par la fibrine n'est pas en rapport avec la quantité de fibrine, le dégagement d'une même proportion pouvant s'effectuer avec une quantité moindre de fibrine, et l'addition de cette dernière substance n'exagérant pas le dégagement.

REVUE DES JOURNAUX

Des suites de l'occlusion des artères coronaires, par M. le professeur Cohnheim et M. A. v. Schulthess-Rechberg.

Expériences sur des chiens. On ouvre le thorax, on résèque une grande partie des côtes, on incise le péricarde. L'opérateur met à nu les artères coronaires, ce qui se fait sans trop de difficulté chez le chien, malgré les battements du cœur. On passe un fil sous le vaisseau et on pratique la ligature après avoir préalablement mis la fémorale ou la carotide en communication avec un appareil enregistreur.

Pendant trente ou quarante secondes la ligature n'exerce aucune action sur l'activité cardiaque; ce n'est que vers la fin de la première minute que quelques pulsations font défaut. Les pulsations manquantes sont de plus en plus nombreuses, l'action du cœur devient manifestement arythmique des deux côtés : la courbe s'abaisse un peu. Puis tout à coup, le cœur qui battait irrégulièrement, mais vigoureusement, *s'arrête subitement*, et la courbe de l'appareil tombe à zéro. Cet arrêt subit, qui se produit en moyenne cent cinq secondes après la ligature, frappe les deux ventricules en même temps, et est *absolument irréparable :* les deux oreillettes continuent à se contracter vigoureusement. Puis après dix ou vingt secondes, on voit se produire dans la musculature cardiaque des mouvements de torsion, ou plutôt d'oscillation, extrêmement vifs, ressemblant aux contractions péristaltiques, qui disparaissent à leur tour pour le repos définitif.

Cet arrêt subit ne peut être attribué ni à l'anémie, ni à l'hyperhémie de la musculature; il semble être dû à un poison spécial du muscle ou du nerf qui serait produit par le travail du cœur lui-même. (*Archives de Virchow*, t. LXXXV, p. 503.)

De la cure radicale du varicocèle, par le docteur Harrison.

Ce procédé consiste à découvrir le cordon par une incision verticale, à séparer ensuite les grosses veines variqueuses, et à pratiquer avec le catgut leur ligature en deux endroits. Ces veines sont en général au nombre de trois ou de quatre. Les plus petites qui avoisinent l'épididyme sont oblitérées au moyen du thermocautère. L'opération étant faite suivant la méthode antiseptique et sans sutures, on obtient une cicatrice rétractile qui a pour effet de diminuer le relâchement du scrotum. Par ce procédé l'auteur a observé de complètes guérisons. (*The Lancet*, 25 mars 1882.)

Des injections sous-cutanées d'alcool en chirurgie, par le docteur Schwalbe, de Magdebourg.

D'après l'auteur, l'action sclérogénique de l'alcool en injections hypodermiques peut être utilement employée en chirurgie. Il aurait guéri par ce procédé un angiome veineux de la face, une hernie ombilicale chez un adulte, une hernie scrotale et d'autres hernies.

De plus, par des injections d'alcool pur ou d'un mélange d'alcool et d'éther, il aurait obtenu la diminution de volume d'un lipome. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 6, 1882.)

Des indications de la néphrectomie, par le docteur Brichetti.

Les principales indications de cette opération sont : 1° certains traumatisme du rein ; 2° les reins mobiles douloureux ; 3° les tumeurs du rein, l'hydro et la pyonéphrose ; 4° les calculs rénaux ; 5° les parasites ; 6° certaines affections des uretères. Dans la pyonéphrite, d'après l'auteur, il faudrait préférer à cette opération de larges incisions de l'organe, combinées avec le drainage, surtout dans les cas de plaies suppurantes. (*Gaz. degli ospitali*, 9 août 1882.)

L'ovariotomie en Italie, par le docteur Dominico Penizzo.

L'auteur analyse les observations de trois cents opérations d'ovariotomie. Ce fut dans l'espace de dix-neuf ans seulement qu'on put réunir une première série de cent cas de tumeurs de l'ovaire, dans lesquelles on pratiqua l'ovariotomie. La deuxième série fut complète en deux ans et demi ; et la troisième en trente mois.

La mortalité était de 63 pour 100 dans la première ; de 36 pour 100 dans la seconde, et de 26 pour 100 dans la troisième série. Dans cette dernière les causes de la mort étaient les suivantes : une fois la péritonite ; six fois le choc traumatique ; cinq fois la septicémie ; trois fois la thrombose et une fois l'hémorrhagie et l'obstruction intestinale ; enfin, une fois on observa la mort par l'anesthésie chloroformique. Il faut remarquer enfin que cinq fois les deux ovaires furent enlevés avec succès. (*Raccoglitore medico*, 20 juillet 1882.)

Parésie des cordes vocales, par le docteur Whitfield-Ward.

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes : 1° le muscle aryténoïdien est surtout en cause dans la paralysie dite de l'articulation ; 2° la paralysie « elliptique » a pour origine la parésie des crico-aryténoïdiens latéraux et leur impossibilité d'écarter les cartilages aryténoïdes après qu'ils ont été rapprochés ; 3° les thyro-aryténoïdiens ont seulement pour action de produire le relâchement des cordes vocales. La paralysie de ces muscles a pour caractère la tension permanente des cordes vocales ; 4° les muscles crico-thyroïdiens sont tenseurs des cordes vocales et leur paralysie a pour caractère le relâchement permanent de ces dernières. (*Archives of laryngology*, avril 1882.)

Nouvelle classification des troubles de la motilité du larynx, par le docteur Lefferts.

Le docteur Lefferts propose de grouper ainsi qu'il suit les divers troubles moteurs laryngiens : 1° paralysie motrice de cause nerveuse centrale ou par lésion des gros troncs nerveux ; le trouble moteur étant unilatéral ou bilatéral ; 2° paralysie motrice de certains muscles par lésions partielles des centres ou des troncs nerveux, le trouble moteur siége le plus souvent uni ou bilatéralement sur les muscles abducteurs de la glotte ; 3° paralysie motrice de chacun des muscles isolément, par lésions des branches nerveuses périphériques, localisée dans le larynx ou au dehors ; 4° paralysie par dégénérescence du tissu des muscles du larynx ; 5° paralysie de cause fonctionnelle affectant plus souvent les adducteurs que les abducteurs laryngiens. (*Archives of laryng.*, avril 1882.)

De l'action hypnotique de l'ozone, par M. Binz.

D'après un certain nombre d'expériences sur des étudiants de bonne volonté, il semble que l'ozone ait une action hypnotique ou, du moins, une action calmante sur le système nerveux central. « Je reconnus immédiatement, dit l'un des expérimentateurs, l'ozone à son odeur. Ma respiration devint aussitôt plus facile, plus profonde, plus agréable, comme dans l'air très pur. Bientôt j'éprouvai une sensation de bien-être général au cours de laquelle je tombai dans une sorte de demi-sommeil... Je ressentis plus tard une fatigue générale, de la lourdeur de tête... Pas d'autres désagréments. » Jamais il n'y eut perte complète de connaissance, et plus d'un sujet, même couché, ne ressentit aucun abattement. Quelques-uns éprouvaient dans les voies respiratoires une sorte de chatouillement très fréquent dans les inhalations de l'ozone.

Binz considère l'ozone comme suspendant l'activité des cellules cérébrales en qualité de corps à l'état naissant. Il conseille son emploi dans l'asthme, son emploi prudent, car cette affection est tellement capricieuse qu'elle déroute tous les traitements. C'est l'ozone qui est probablement l'agent curatif d'un certain nombre de stations d'hiver. L'action singulièrement bienfaisante sur les personnes nerveuses, les asthmatiques, etc., doit être attribuée à ce gaz qui produit déjà expérimentalement un bon sommeil, l'amélioration de la respiration, une humeur plus gaie. — Tout cela peut être vrai, mais nous paraît bien loin d'être démontré. (*Berl. kl'n. Woch.*, n. 43, 1882.)

Traitement des échinocoques de l'abdomen par l'opération, par M. Landau.

Un grand nombre d'individus périssent encore par le traitement symptomatique des échinocoques de l'abdomen, qui auraient fort bien guéri par une opération simple et certaine dans ses résultats. M. Landau n'admet ni l'opération de Simon, ni celle de Volkmann. Il incise les parois abdominales, puis commence par vider le kyste au moyen de la seringue de Dieulafoy. Ainsi se trouve évité avec certitude l'écoulement du liquide hydatique dans la cavité péritonéale. Dès que la poche est moins tendue, on l'incise : les bords de l'incision sont fixés aux parois abdominales par un grand nombre de fines sutures, la plaie est drainée et maintenue ouverte. Le tout en *une* séance.

Il indique ensuite un certain nombre de particularités fréquentes des échinocoques du foie. Il signale la consistance remarquablement molle du foie normal, qui, à la palpation, donne la sensation d'un kyste ; l'odeur spéciale, fécaloïde, qui cependant ne provient pas de l'intestin, etc.

Il présente deux malades opérées par lui, deux fillettes de six et de douze ans. Chez la première il y avait deux poches distinctes ne communiquant pas entre elles, l'une dans le lobe droit, l'autre dans le lobe gauche : les deux ont été enlevées en une séance.

Küster a opéré tous les cas d'échinocoques de l'abdomen par le procédé de Landau et s'en déclare satisfait. (*Cent. für Chir.*, suppl. au n. 29, p. 62.)

BIBLIOGRAPHIE

L'étude et les progrès de l'hygiène en France, de 1878 à 1882, par MM. H. Napias et A.-J. Martin, avec une Préface de M. Brouardel. Ouvrage publié par la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. — Paris, G. Masson, 1882.

Après être trop longtemps restée plus dogmatique que pratique, voici que, depuis quelques années, l'hygiène tend à s'affirmer de plus en plus comme une science positive, résumant les données fournies par les sciences physico-chimiques et naturelles, s'appuyant sur des observations vraiment médicales et sur des statistiques rationnelles, pour arriver à formuler en termes précis les préceptes qui doivent servir à l'amélioration physique et morale de l'homme. Dédaignée jadis par les législateurs et les administrateurs, à peine étudiée par les médecins, elle a su, par ses progrès et la méthode nouvelle qui a dirigé ses études, s'imposer aux méditations de tous ceux qui se préoccupent des questions sociales et humanitaires. Plusieurs projets de loi relatifs à la condition des enfants assistés, des manufactures, des industries dangereuses, des logements insalubres, sont ou vont être présentés à nos Chambres législatives. La dernière épidémie typhoïdique, qui a fait tant de victimes à Paris, a rappelé l'attention sur les défauts que peuvent présenter à Paris les canalisations d'égout et les systèmes de vidange. L'hygiène scolaire a motivé la création de plusieurs commissions instituées par divers ministres. Enfin l'on se préoccupe de réformer et de rendre tout à la fois plus complet et plus pratique l'enseignement d'une science dont nul ne songe plus aujourd'hui à contester l'utilité.

Plusieurs de ces progrès sont dus à l'activité et à l'énergique insistance de ceux de nos confrères qui ont créé la *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle*, et qui se sont appliqués à multiplier les Congrès d'hygiène et à discuter, avec les représentants des nations voisines, les questions générales les plus urgentes à résoudre. C'est dans le but de montrer ce qui a été fait en France depuis quelques années que les deux secrétaires de cette Société, si active et si utile, ont rédigé le volume que nous avons sous les yeux. Comme le dit dans sa préface le président de la Société, notre éminent collègue M. Brouardel, « cette récapitulation, absolument impartiale, de tous les documents concernant l'hygiène publiés en France depuis quatre ans, sera pleine d'enseignements. Elle encouragera les travailleurs et permettra, par un rapide examen, de se faire une idée d'ensemble sur les tendances actuelles de l'hygiène. » On ne pouvait mieux définir le but qu'ont poursuivi et le résultat qu'ont obtenu MM. Napias et A.-J. Martin. Ce n'est pas seulement une œuvre de compilation et un résumé impersonnel qu'ils ont offert au Congrès de Genève. Pour classer avec méthode, et pour bien mettre en lumière les nombreux matériaux dont ils disposaient, il leur fallait une connaissance approfondie de toutes les questions d'hygiène étudiées dans ces dernières années, et un sens critique dont chacun peut aujourd'hui apprécier l'étendue et la portée. Un coup d'œil jeté sur la table des matières de ce volume nous permettra d'en mieux indiquer les mérites.

Les auteurs ont divisé l'étude des matières de l'hygiène en onze chapitres. Ils étudient d'abord l'hygiène de l'enfance, puis l'hygiène alimentaire, l'hygiène industrielle, professionnelle, navale et militaire, ensuite les habitations privées et les logements insalubres ; l'hygiène et l'assainissement des villes ; l'hygiène et l'assainissement des campagnes ; les hôpitaux et les hospices ; ils arrivent alors à l'étude de la pathogénie et de la prophylaxie des maladies épidémiques et contagieuses, à celle de l'organisation de la médecine publique en France, de l'enseignement de l'hygiène, enfin des Sociétés d'hygiène. Leur but étant de prouver que l'hygiène est une science à la fois théorique et pratique, ils ont donné dans chacun des chapitres de leur rapport non seulement les préceptes généraux d'hygiène et les documents officiels, tels que décrets, arrêtés ministériels ou municipaux, règlements administratifs, etc., mais encore les modèles d'instruments, de machines, d'appareils, d'hôpitaux, etc., qui ont été imaginés dans ces dernières années. C'est dire que l'on trouvera dans ce livre un grand nombre de figures et de planches éclairant le texte et permettant d'apprécier rapidement la valeur de telle ou telle innovation. Nous citerons à ce point de vue les figures qui accompagnent le programme des exercices gymnastiques rendus obligatoires depuis 1879, la discussion très détaillée des divers systèmes d'éclairage des écoles et des mobiliers scolaires, les plans et les modèles de casernes et d'hôpitaux, les divers systèmes de vidange et les applications qu'on en peut déduire au sujet de la propagation et, par conséquent, de la prophylaxie des maladies épidémiques, etc., etc. Mais nous tenons surtout à mentionner le chapitre consacré à l'étude des maladies épidémiques et contagieuses qui résume les travaux de M. Pasteur sur l'atténuation des virus et donne, d'après le livre de M. Duclaux, les spécimens des divers microbes aujourd'hui reconnus, et le chapitre dans lequel les auteurs ont eu l'heureuse pensée de reproduire les nouveaux programmes des cours et des traités d'hygiène récemment ouverts ou publiés. On y peut voir les efforts tentés par la parole et par la plume pour vulgariser les connaissances hygiéniques les plus indispensables, pour multiplier les procédés d'étude, pour intéresser à de nouvelles recherches un plus grand nombre d'étudiants studieux.

L'un des auteurs du livre que nous signalons aujourd'hui à l'attention du monde médical, notre distingué collaborateur M. A.-J. Martin, indiquait ici même il y a quelques jours (*Gazette hebdomadaire*, p. 730) quelles sont les réformes à introduire dans l'enseignement de l'hygiène à la Faculté de médecine de Paris. Les programmes qu'il a reproduits dans la deuxième partie de ce rapport sur l'étude et les progrès de l'hygiène en France, sont un éloquent commentaire de son récent article. Ils prouvent ce que peut l'initiative privée et comment, dans les Facultés de province, des maîtres dévoués ont su réaliser ce que Paris n'ose encore demander. La création des laboratoires d'hygiène marque un progrès sensible pour l'enseignement de cette science. Le livre de MM. H. Napias et A.-J. Martin, est un témoignage non moins probant de ce que font les sociétés actives et soucieuses de tracer la voie dans laquelle s'engageront plus tard les Facultés et les Ecoles. C'est donc une œuvre des plus sérieuses, des plus utiles. C'est un document précieux à conserver dans toutes les bibliothèques et à consulter souvent.

L. L.

Index bibliographique.

Etude clinique sur la paralysie spinale aigue de l'adulte, par M. le docteur Paul Sauze. — Paris, 1881. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

L'auteur, ainsi que l'indique le titre de son travail, se borne à étudier au point de vue clinique cette myélite caractérisée par une lésion des cellules des cornes antérieures, et à laquelle le professeur Charcot a donné le nom de *téphromyélite antérieure aiguë*. Il s'occupe tout d'abord de l'étiologie encore si obscure de cette affection, et conclut avec Duchenne de Boulogne, que le surmenage et le froid, ce dernier surtout, sont les seules causes nettement établies. Passant ensuite aux symptômes, il les groupe en deux périodes : la période paralytique, qui débute par un mouvement fébrile, et durant laquelle on observe les divers troubles du mouvement, de la sensibilité, et enfin l'amyotrophie ; puis la période de régression, caractérisée par le retour plus ou moins complet de la contractilité spontanée ou électrique des divers

muscles paralysés. Il étudie avec soin l'état de la sensibilité électrique des nerfs et des muscles pendant les différentes phases de la maladie, et rapporte sur ce point les intéressantes recherches de F. Muller; il relate en terminant un certain nombre d'observations très complètes dont plusieurs sont inédites ou personnelles.

Du décollement rétinien et de son traitement, par le docteur Léon Debierre. — Thèse de Paris, 1881. A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Après avoir passé en revue les divers symptômes du décollement de la rétine, diminution de la tension oculaire, modifications de l'image ophthalmoscopique du fond de l'œil, droite ou renversée, ainsi que les symptômes subjectifs, réduction de la vision centrale, morphopsie, suppression pour une direction fixe de la vision périphérique, l'auteur étudie les principaux modes de production et l'anatomie pathologique de la lésion rétinienne. Il admet trois formes distinctes : le décollement par distension, par soulèvement, et par attraction; puis, résumant les opinions émises par les divers ophthalmologistes, il explique le mécanisme du décollement rétinien par la stase dans la circulation capillaire et la dégénérescence colloïde des cellules pigmentaires de la choroïde, consécutives à une inflammation chronique de cette membrane. Dès lors la rétine moins intimement adhérente à la choroïde et mal soutenue par le corps vitré atteint de ramollissement partiel, est décollée par l'exsudation d'un liquide séreux qui s'épanche entre elle et la choroïde. Passant ensuite au traitement, il le divise en traitement médical et chirurgical. Le premier, qu'il faut employer tout d'abord, comprend le repos au lit, dans l'obscurité avec un bandeau compressif sur l'œil malade, les purgatifs légers, quelques émissions sanguines à la tempe, et enfin les injections hypodermiques de chlorhydrate de pilocarpine, à la dose de 1 centigramme, répétées tous les deux jours. En cas d'insuccès, il faut recourir au traitement chirurgical, c'est-à-dire à la ponction de la sclérotique.

Contribution a la pathologie de l'enfance, par M. le docteur E. Charon, médecin-adjoint de l'Hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles. — Paris, 1881, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Cet ouvrage forme un volume de près de trois cents pages, orné de plusieurs planches, et qui contient une intéressante étude clinique de diverses affections de l'enfance. M. Charon étudie, sous forme d'observations accompagnées d'un exposé théorique, la plupart des cas intéressants qui se sont offerts à lui dans sa pratique hospitalière. Ces observations sont groupées en trois principaux chapitres : affections du système nerveux; — affections du système osseux; — anomalies et malformations. Dans un chapitre spécial, il est traité de la diphthérie, du croup et de la trachéotomie. Enfin, certains cas d'affections cardiaques, de fièvre typhoïde, de calculs vésicaux, de cystite, etc., sont relatés et soigneusement décrits, ainsi que l'opération du bec-de-lièvre et le traitement du pied bot. C'est moins un ouvrage dogmatique qu'un recueil précieux de faits instructifs ou d'intéressantes observations prises au lit du malade, et complétées parfois à la salle d'autopsie.

Annual Report of the Board of Regents of the Smithsonian Institution, for the year 1880. — Washington, Printing Office.

La grande institution scientifique fondée aux Etats-Unis par James Smithson, donne, par le présent rapport du professeur Baird, secrétaire de l'Institut Smithsonien, et l'*appendice général* qui le suit, un sérieux témoignage de son activité et des services qu'elle rend à la science. Le Congrès des Etats a décidé que ce rapport serait tiré à 15560 exemplaires, dont 2500 pour le Sénat, 6060 pour la Chambre des représentants, et 7000 pour l'Institut. Le rapport déclare que les travaux de construction du nouveau muséum, votés par le Congrès, ainsi que l'avait annoncé le rapport pour 1879, sont très avancés.

Le gros volume de près de 800 pages que nous avons sous les yeux ne renferme rien qui concerne la médecine proprement dite. Le travail de M. Baird est relatif à la situation présente de l'Institut, à sa publication, à ses nouveaux rapports avec le muséum ou avec d'autres établissements, etc. L'appendice, précédé d'une introduction de M. Baird, et rédigé par MM. E.-S. Holden, G.-W. Hawes, G.-F. Barker, W.-G. Farlow, T. Gill, O.-T. Mason, constate les progrès accomplis dans l'année 1880 en astronomie, géologie, physique, chimie, minéralogie, botanique, zoologie et anthropologie.

Des moyens d'éviter l'infection de la plaie a la suite de l'extirpation de la cataracte dans les cas de catarrhe du sac lacrymal. Broch. in-8°. — Toulouse, Bouladoure-Privat.

Dans ce mémoire, lu à la Société de médecine de Toulouse, l'auteur s'applique à montrer, par des exemples tirés de sa pratique personnelle, l'avantage de désinfecter le sac lacrymal *avant* l'opération de la cataracte, et non pas seulement *après*. Ce traitement consiste à injecter dans le sac une solution d'acide borique, une ou deux fois par jour, une quinzaine de jours avant d'opérer : à continuer les injections pendant le même temps environ après l'opération, en y joignant l'irrigation borique continue à travers une couche d'ouate salicylée (à 5 pour 100). C'est la méthode de Horner appliquée préventivement.

VARIÉTÉS

Manifestation confraternelle. — Une commission de médecins, pharmaciens et vétérinaires de Belgique ouvre, sous les auspices de la *Fédération médicale belge*, une souscription en vue d'offrir un objet d'art à M. le docteur Festraests, directeur du *Scalpel*, pour le remercier des services qu'il a rendus depuis trente-cinq ans au corps médical. Le prix de la souscription est de 3 francs (6 francs, banquet compris). Adresser l'avis de souscription à M. Victor, Sondron, comptable de la *Caisse des pensions du corps médical belge*, 50, rue du Collège, à Ixelles-Bruxelles.

Crémation. — M. Casimir Périer, en son nom et au nom de ses collègues, parmi lesquels nous remarquons les noms de MM. Gambetta, Liouville, Martin Nadaud, etc., vient de déposer à la Chambre des députés la proposition de loi relative à la crémation en France :

Art. 1. — Tout citoyen pourra, par acte de dernière volonté, décider que son corps sera soumis à la crémation, au lieu d'être inhumé dans les conditions usitées jusqu'à ce jour. A défaut de l'expression de la volonté personnelle, toute famille ou toutes personne qualifiée à cet effet aura le droit de faire procéder à la crémation du corps de la personne décédée.

Art. 2. — En cas d'opposition fondée sur quelque motif que ce soit, il sera statué dans les 24 heures par le juge de paix du domicile, lequel pourra, soit ordonner qu'il sera sursis, soit ordonner l'inhumation provisoire, jusqu'à décision définitive.

Art. 3. — En cas de dénonciation de crime ou d'action directe exercée par le ministère public, il devra être procédé à l'autopsie, aux frais de qui de droit, préalablement à la crémation et, sur le refus des intéressés, en l'absence d'une décision judiciaire, l'inhumation aurait lieu.

Art. 4. — Un règlement d'administration publique déterminera toutes les conditions de constatation préalable, d'ordre et de police auxquelles devra être subordonné l'exercice du droit accordé par la présente loi.

Art. 5. — Sont abrogées toutes les dispositions légales antérieures contraires à la présente loi.

Faculté de médecine de Paris : concours d'agrégation. — Une lettre de M. le secrétaire adjoint de la Faculté nous donne avis que, *conformément* à la demande de M. Lasègue, président du jury, les instructions relatives au concours et de nature à intéresser le public médical seront transmises à la presse. La note suivante émane du secrétariat.

Le concours d'agrégation (section de pathologie interne et de médecine légale) s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le vendredi 1er décembre 1882, à cinq heures. — *Ordre du jour :* Appel du jury; délibération d'ordre intérieur; appel des candidats.

La deuxième séance aura lieu le lendemain samedi, à onze heures, à la Faculté. — *Ordre du jour :* Sujet de la composition écrite.

Le jury d'agrégation est composé de MM. (Nous avons fait connaître cette composition dans le précédent numéro.)

Les candidats sont MM. Leroy (Charles), Bard (Jean-Louis), Clément (Etienne), Bannel (Hippolyte), Brousse (Charles), Schmitt (Marie-Xavier), Artigalas (Jean), Ballet (Louis), Balzer (Félix), Barth (Jules), Blaise (Henri), Brissaud (Edouard), Cuffer (Paul), Dejerine (Joseph), Dreyfous (Maurice), Dreyfus (Louis), Ducastel, (Auguste), Hanot (Charles), Hutinel (Victor), Labadie-Lagrave, Moutard-Martin, Letulle (Maurice), Merklen (Marie), Oulmont (Paul), Quinquaut (Charles), Rohin (Edouard), Grenier (Just).

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE. — Reconnue d'utilité publique. — *Programme des prix et récompenses à décerner en* 1883. — Le Conseil d'administration de la Société, dans sa séance du 7 juin 1882, a décidé : 1° Que tous les ouvrages se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours; 2° Que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société.

La Société ne met au concours aucune question spéciale, mais elle appelle spécialement l'attention des concurrents sur les questions suivantes : De l'alcoolisme héréditaire; Action sur l'économie des eaux-de-vie de cidre et de poiré; Mesures qu'il convient de prendre à l'égard des ivrognes d'habitude. Une somme de 2000 francs sera répartie entre les auteurs des mémoires couronnés. Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 1er janvier de l'année 1883.

CONSEIL D'HYGIÈNE. — M le docteur E. Lancereaux a été élu à une forte majorité en remplacement de M. Hillairet, décédé.

CHOLÉRA. — Une dépêche de Madrid, du 24 novembre, annonce que le choléra a entièrement disparu du Japon.

BIENFAITEURS DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — M. le docteur Brun, trésorier de l'Association, a reçu les dons suivants : de MM. les docteurs Burdel (de Vierzon), 100 francs; Eugène Petit (Krishaber), 200 francs; Pfeiffer, 100 francs; Paul Reynier, 58 francs; Leroy-Dupré, 200 francs; Vergne, 100 francs; Jules Bergeron, 1040 francs; Émile Vidal, 500 francs; Tessereau, 300 francs. Total, 2598 francs.

MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX DE PARIS. — Par suite de l'ouverture des nouveaux services de l'hôpital Bichat et de l'hôpital d'Ivry le 1er décembre prochain, les mutations suivantes vont avoir lieu.

Médecins. — M. Gérin-Roze passe à l'hôpital Bichat. M. Gouguenheim passe à l'hôpital Bichat. M. Landouzy à l'hôpital Tenon. M. Rathery à celui de Lourcine.

Chirurgiens. — M. Terrier passe à l'hôpital Bichat. M. Delens à Saint-Antoine. M. Gillette à Tenon. M. Monod prend le service d'Issy.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS. HYGIÈNE INDUSTRIELLE. — MM. Félix Faure et Martin Nadaud ont déposé une proposition de loi sur l'hygiène industrielle. Cette proposition a pour objet d'assurer la salubrité des établissements industriels et la sécurité des ouvriers dans les manufactures, fabriques, usines, chantiers et ateliers. Des agents spéciaux pourvus du titre d'inspecteurs des fabriques seraient créés à l'effet d'assurer l'exécution des mesures qui seront prescrites par un règlement d'administration publique. Des pénalités spéciales seraient édictées contre les industriels qui voudraient se soustraire à ces prescriptions. Cette proposition prévoit le cas où, après enquête, des travaux de sûreté, ou même la fermeture d'un établissement défectueux au point de vue de l'hygiène, pourraient être imposée aux industriels.

NÉCROLOGIE. — *La famille Séguin.* — Une affreuse nouvelle nous arrive d'Amérique. Le docteur Séguin, né en France, établi à New-York, mort récemment, avait laissé une femme et trois enfants, dont une fille très jeune encore. Mme Marguarett Séguin, sans motif connu, les a tués tous trois à coups de pistolet, et s'est tuée ensuite. Elle avait bandé les yeux de ses enfants et leur avait attaché les mains derrière le dos, sous prétexte de les faire jouer à *cache-cache*, et c'est dans cette situation qu'elle leur a donné la mort.

— M. le docteur *Edouard-Louis Prestat* vient de décéder à Pontoise, à l'âge de soixante-douze ans, très estimé du corps médical tout entier pour son savoir et son caractère ; il avait conquis à Pontoise une situation exceptionnelle comme médecin et comme citoyen. Il est mort chirurgien honoraire de l'hôpital, et membre du conseil municipal et de la délégation cantonale. Ses longs et éminents services professionnels lui avaient mérité la croix de la Légion d'honneur.

— On annonce la mort de M. Houzé de l'Aulnoit, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Lille.

COLLÈGE DE FRANCE. — *Cours du semestre d'hiver* — M. Brown-Séquard : Leçons sur les effets des lésions et des maladies des diverses parties du système nerveux. — Les mercredis et vendredis, à dix heures.

M. Ranvier : Leçons sur les membranes muqueuses et le système glandulaire. — Les mardis et jeudis, à quatre heures.

M. François-Franck : Applications de la physiologie à l'étude des maladies de l'appareil circulatoire (anévrysmes; lésions valvulaires du cœur; péricardites). — Les lundis et vendredis, à quatre heures et demie.

MORTALITÉ A PARIS (47e semaine, du vendredi 17 au jeudi 23 novembre 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1071, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 79. — Variole, 10. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 34. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 48.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 197. — Autres tuberculoses, 4. — Autres affections générales, 66. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 56. — Bronchite aiguë, 41. — Pneumonie, 53. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 53; au sein et mixte, 33; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 109; de l'appareil circulatoire, 81; de l'appareil respiratoire, 73; de l'appareil digestif, 51; de l'appareil génito-urinaire, 16; de la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 2; infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 24. — Causes non classées, 1.

Conclusions de la 47e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1242 naissances et 1071 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient 1077, 995, 1119, 1002. Le chiffre de 1071 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir : une atténuation pour la fièvre typhoïde (79 décès au lieu de 120, pendant la 46e semaine); une aggravation pour la diphthérie (34 au lieu de 27), la variole (10 au lieu de 6). A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 11 décès par rougeole (au lieu de 10), 5 par coqueluche (au lieu de 3), 7 par érysipèle (au lieu de 9), 2 par infection puerpérale (au lieu de 4). En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la fièvre typhoïde (221 malades reçus du 13 au 19 novembre au lieu de 294 entrés pendant les sept jours précédents), et pour la diphthérie (30 au lieu de 32), et supérieur pour la variole (22 au lieu de 15).

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Fragments de chirurgie antiseptique, par M. le docteur Jules Bœckel. 1 vol. in-8. Paris, Germer Baillière et Ce. 12 fr.

Des médications hypothermique et hyperthermique et des moyens thérapeutiques qui les remplissent. De la pharmacothermogenèse ou théorie de l'action des médicaments sur la température animale, par M. P. F. Da Costa Alvarenga, professeur à l'École de médecine de Lisbonne. 1 vol. in-8 de 202 pages. Paris, Germer Baillière et Ce. 5 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

MOTTEROZ, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 7 décembre 1882.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — LE SULFATE DE QUININE. — LE MUGUET DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

Académie de médecine : la fièvre typhoïde. — Le sulfate de quinine.

M. Bouchardat a terminé mardi, à l'Académie de médecine, son humoristique discours, humoristique dans la diction plus que dans le fond, qui repose sur des idées très sérieuses, dont l'expression la plus générale est que le ferment de la fièvre typhoïde est permanent, probablement indestructible par nos moyens d'action hygiénique, et que les conditions d'insalubrité ne font que le placer dans un milieu favorable au développement de sa vitalité. Ce discours important, souvent semé de petites digressions, doit être lu dans le *Bulletin*.

Au commencement de la séance, M. le Secrétaire perpétuel a donné lecture, au nom de M. Barthez, empêché, d'une note sur l'emploi du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde chez les enfants. Notre éminent confrère a été amené, par des observations qu'il rapporte brièvement, à penser que le sulfate de quinine à dose élevée (relativement à l'âge) est indiqué « lorsqu'à partir de la fin de son premier septenaire la fièvre typhoïde présente des caractères tels qu'il y a lieu de poser le diagnostic différentiel avec la méningite tuberculeuse ».

Nous ne présenterons qu'une remarque. Il est à craindre que le mode d'administration adopté par M. Barthez ne soit pas très propre à mettre en relief l'immunité des hautes doses de sulfate de quinine. Le café noir, l'infusion de thé concentrée transforment une partie au moins de ce sel en tannate, moins actif que le sulfate. C'est un point de pratique sur lequel insistait beaucoup, on s'en souvient, le regretté Briquet, qui avait fait une étude si longue et si approfondie des propriétés du quinquina. A. D.

Société médicale des hôpitaux : Le muguet dans la fièvre typhoïde.

Nos lecteurs connaissent les intéressantes communications faites par MM. Damaschino, Duguet, Bucquoy et Gayot à la Société médicale des hôpitaux, sur l'existence du muguet dans la fièvre typhoïde (*Gaz. hebd.*, n° 48, p. 789). A en juger par ce qu'ont dit les deux premiers membres, il paraîtrait

FEUILLETON

Lettres médicales.

Projet d'un registre médical officiel. — Le drame de New-York et le docteur Séguin. — Le drame de Constantinople et le docteur Kiatibian — « Ecce iterum » le docteur Tanner. - Le duc-médecin à Menton. — La médecine et le sexe féminin. — Le trésor de Saint-Denis.

Il est venu à mes oreilles — tant il est vrai que ce n'est pas toujours un défaut de les avoir longues — qu'on médite au ministère de l'instruction publique une mesure selon nous excellente. Il s'agirait d'instituer un registre officiel et public des membres de la profession, à l'imitation de ce qui existe en Angleterre. Le registre toutefois ne saurait ni être établi sur les mêmes bases, ni avoir le même caractère que le *Medical Register* anglais. Celui-ci résume en quelque sorte toute la loi sur l'exercice de la médecine dans le Royaume-Uni; il est dressé par un conseil supérieur de médecins investi par ses statuts du droit de réglementer l'exercice comme l'enseignement de la médecine; de poursuivre les contraventions, les enregistrements frauduleux, les usurpations de titres, et de punir, même par la radiation, les atteintes à l'honneur et à la dignité professionnelles; et ce sont ces statuts mêmes qui déterminent les peines applicables. L'inscription régulière au registre signifie que l'inscrit est en possession du diplôme délivré par les corps enseignants; que les inscrits seuls font partie de la profession; mais elle n'enlève à personne le droit commun de pratiquer la médecine sous sa propre responsabilité, comme affaire personnelle avec les intéressés, toujours libres de se plaindre des résultats obtenus et d'en appeler à la justice. En France, où l'exercice de la médecine est régi par une loi spéciale qui détermine les contraventions et édicte les peines, où le droit de pratiquer ne peut être exercé que moyennant le dépôt des diplômes au greffe du tribunal de

bien que cette complication est en ce moment assez fréquente, non seulement dans les hôpitaux, où les conditions de milieu pourraient en favoriser le développement, mais aussi dans la clientèle civile. Il serait à désirer que cette question fût élargie et étudiée plus à fond, nous voulons dire qu'elle fût étendue aux autres manifestations pathologiques du pharynx et de l'œsophage qui accompagnent quelquefois la fièvre typhoïde, et à la signification qu'elles peuvent avoir quant au diagnostic, au pronostic et au traitement. Personne n'ignore, surtout à la Société médicale des hôpitaux, que cette complication de muguet, vérifiée au microscope, a été souvent signalée; qu'on l'a regardée généralement comme appartenant à la période de déclin de la fièvre; que néanmoins certains auteurs, notamment M. le docteur Deshayes, médecin à l'Hôtel-Dieu de Rouen, l'ont rencontrée souvent dans le second et même dans le premier septénaire (*Gaz. hebd.*, 1880, p. 694). Personne n'ignore non plus que la rougeur du pharynx, la saillie des papilles de la langue, les ulcérations de la muqueuse buccale siégeant principalement mais non exclusivement sur la voûte palatine, ne sont pas non plus très rares dans la dothiénentérie. Les ulcérations en particulier ont le même degré et le même genre d'importance que le muguet, en ce sens qu'elles soulèvent les mêmes questions de pratique. L'une et l'autre lésion peuvent dérouter le diagnostic d'un praticien quand elles se produisent au début de la fièvre; et nous avons vu traiter obstinément, pendant huit jours pleins, pour des *aphthes* fébriles un malade qui a passé par toutes les phases de la fièvre typhoïde la plus grave. A quelles formes de la pyrexie se lient de préférence ces diverses manifestations; ou ne se lient-elles spécialement à aucune, comme le croit M. Deshayes? Ont-elles surtout quelque importance quant au pronostic? Leur coexistence avec une pyrexie grave a-t-elle quelque influence sur les moyens thérapeutiques à leur opposer et sur les résultats de ce traitement local? Autant de questions, nous le répétons, qu'il y aurait avantage à examiner en ce moment.

A. D.

L'Hôpital Bichat.

Le nouvel établissement dans lequel l'administration de l'Assistance publique, à Paris, reçoit des malades depuis lundi, présente certaines particularités intéressantes. Il ne ressemble en aucune façon aux constructions hospitalières qu'on avait l'habitude d'édifier à grands frais depuis si longtemps; paraît-il offrir des avantages sur le système anciennement suivi et, si l'on voulait le prendre pour modèle de constructions ultérieures, quelles modifications conviendrait-il de lui faire subir?

Il y a déjà plusieurs années que M. le docteur Thulié proposa au Conseil municipal, dans le but de remédier au manque de lits dans les services hospitaliers de Paris, de transformer en hôpitaux ceux des postes-casernes des fortifications, qui sont inoccupés; M. le docteur Blachez était du même avis lorsqu'il se préoccupait également de cette insuffisance, ici même, en 1879. On conçoit, en effet, qu'on ait pu espérer trouver dans ces bâtiments, en même temps que des murailles déjà élevées, des aménagements faciles à approprier et des espaces suffisamment étendus. Comme il fallait s'y attendre toutefois, le poste-caserne lui-même ne pouvait servir en grande partie que pour l'administration de l'hôpital, et c'est dans les terrains qui l'environnent, resserrés dans les limites des épais talus des fortifications, qu'on devait être obligé de placer les pavillons de malades.

Tel est le plan forcément suivi pour l'hôpital Bichat. Il serait difficile de remplir davantage de constructions l'enceinte du bastion n° 39 sur lequel il s'élève, près de la porte de Saint-Ouen; sur une surface disponible de 7700 mètres, il comprend en effet: 1° l'ancien bâtiment, dans lequel on a installé l'administration et quelques chambres de malades; 2° une annexe pour la cuisine et ses dépendances; 3° une autre annexe pour le service des morts et une buanderie; et 4° quatre pavillons, deux à droite et deux à gauche, sans compter des services accessoires (bâtiment des chaudières, château d'eau, etc.), pour les bains placés en façade à la gauche, tandis que les pavillons de droite sont reliés sur le devant de l'hôpital par une galerie destinée à la consultation externe. Si bien que, en examinant le plan dans le sens longitudinal d'une extrémité à l'autre, on rencontre une série de corps de bâtiments séparés seulement par des petites cours de 15 mètres de largeur; du reste, le rapport de M. le docteur Bourneville constate que la surface libre dont les malades peuvent disposer n'est que de 600 mètres, soit environ 28 mètres carrés par tête. On nous objectera sans doute que la façade de l'hôpital est en bordure sur la route stratégique et n'a devant elle que des terrains vagues sur une assez vaste étendue, tandis que par derrière se trouvent les talus des fortifications et la zone militaire. Nous reconnaîtrons donc volontiers que l'hôpital Bichat a été élevé sur un terrain suf-

---

première instance et au bureau des sous-préfectures, où enfin des listes de médecins sont dressées par les procureurs de la république et les préfets et transmises aux ministres de la justice et du commerce, un registre médical imprimé et rendu public n'apporterait aucune modification au fond des choses; mais ce serait un document destiné à porter à la connaissance de tous ce qui est encore enfoui dans les cartons officiels. Chacun pourrait savoir qui a, ou non, le droit légal de pratiquer la médecine en France; qui est docteur, ou officier de santé, ou médecin étranger autorisé; car il serait indispensable que la qualité suivît le nom, comme sur le registre anglais. Ce serait un moyen de mieux assurer l'exécution de la loi. Aujourd'hui, on peut dire que ni le public en général, ni le public pharmaceutique ou même le public médical, ne sont en mesure de constater une usurpation de titres, à moins de fouiller les bureaux de greffe, ou les secrétariats de facultés, ou les archives ministérielles. En effet, les Annuaires ne sont pas des évangiles canoniques; on n'ignore pas que quelques-uns d'entre eux sont ou ont été ouverts aux accommodements, et les plus vertueux comme les plus exacts ne s'imposent à la foi de personne; si bien que lorsqu'une ordonnance arrive avec une signature quelconque chez un pharmacien, celui-ci n'a aucune raison plausible de ne pas l'exécuter. Une liste officielle des personnes autorisées à exercer la médecine, délivrée à tous les pharmaciens et qui leur permettrait de contrôler immédiatement la qualité, assurerait contre eux-mêmes l'application de l'article 32 de la loi de Germinal, qui leur interdit de livrer et de débiter, sans la prescription d'un médecin, des préparations médicinales ou des drogues composées. La mesure aurait encore cet avantage d'éviter à certaines administrations l'ennui de voir des praticiens peu scrupuleux solliciter les places de médecin officiel et les obtenir parfois grâce à des protections extra-médicales.

Vous voyez que, à la différence du registre anglais, utile seulement aux familles, le registre français deviendrait un

fisamment aéré; mais nous craignons qu'on n'y ait pas suffisamment pratiqué ce que M. le professeur Ulysse Trélat appelait, dans sa classique étude sur les hôpitaux (*Annuaire scientifique* de M. P.-P. Dehérain, cinquième année, 1866) « l'espacement en surface ».

Le plan général des constructions de cet établissement est une application du système de M. l'ingénieur Tollet; on ne pouvait assurément mieux choisir. Nos lecteurs savent quels sont les avantages de ce système, dont il a été souvent question dans la *Gazette hebdomadaire;* ils n'ignorent pas qu'il est l'une des réalisations les plus complètes des revendications les plus rigoureuses de l'hygiène hospitalière. La forme voûtée des salles à angle dièdre curviligne au faîtage et les moyens très énergiques de ventilation qu'on y peut aisément disposer, leur élévation d'un seul étage sur un sous-sol aéré, la disposition des fenêtres et des vitrages des extrémités de façon à donner une très grande surface d'éclairement, sont les points les plus importants du système; aussi, plus que tout autre, et ce n'est pas la moins utile de ces exigences, il impose la nécessité de la dissémination des surfaces bâties sur de vastes espaces; aussi en conçoit-on difficilement l'application sur un terrain rétréci. Or, au bastion n° 39, il a fallu placer devant les pavillons de malades une galerie fermée dont les extrémités sont utilisées pour le service, et dont le rez-de-chaussée sert, d'un côté à une très importante installation de bains, et de l'autre à la consultation externe; de plus, les rez-de-chaussée des pavillons ne forment plus des galeries ouvertes à tous les courants d'air, comme à l'hôpital de Saint-Denis que nous décrivions ici l'année dernière; ils sont en grande partie occupés par diverses pièces pour le service des salles. Le système Tollet n'est donc pas appliqué à l'hôpital Bichat dans toute sa rigueur. Les changements qu'il a subis ne nous paraissent présenter que des inconvénients. Qu'on étudie en effet, par comparaison, les plans définitifs de ce magnifique établissement hospitalier que M. Tollet élève en ce moment à Montpellier et pour lequel M. le docteur Bertin-Sans, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de cette ville, lui a prêté un concours si autorisé; grâce à celui-ci, en effet, M. Tollet a pu appliquer dans cette circonstance ses conceptions sans aucune entrave. Combien sont grandes les différences avec ce qu'il a dû faire pour l'hôpital Bichat !

Il est juste de constater, d'autre part, que l'existence forcée du poste-caserne au centre de l'hôpital est la cause première de ces différences; il était vraiment difficile, en conservant ce bâtiment massif à plusieurs étages, d'agir autrement qu'on ne l'a fait. Mais qu'est-il arrivé? Il a fallu y laisser l'administration et trouver dans les étages supérieurs un certain nombre de chambres isolées pour y loger des malades qu'on ne voulait ou ne pouvait pas recevoir dans les pavillons; assignant à l'hôpital une population de 200 malades, on ne trouvait même plus dans le bâtiment central l'emplacement des cuisines et d'autres services. On a donc eu l'idée de les installer dans l'espace séparant des fortifications la façade postérieure du poste-caserne; mais de plus, comme l'administration de la guerre refusa de supprimer la poudrière établie à l'est de cet emplacement, il a fallu mettre le service des autopsies en arrière de la cuisine, et séparé d'elle par une simple allée.

La direction longitudinale des pavillons est nord-nord-ouest, sud-sud-est, de telle sorte que le soleil, ainsi que le fait remarquer M. le docteur Bourneville dans son remarquable rapport, « visitera successivement toutes les faces des bâtiments et que les longues façades recevront obliquement les rayons solaires pendant la plus grande partie de la journée et aux heures où la température s'élève au maximum pendant l'été », disposition excellente, ajouterons-nous, si le bâtiment central, qui a une hauteur de 16 mètres environ, ne venait porter ombre sur les deux pavillons qui en sont les plus rapprochés. Remarquons surtout que « par suite de l'orientation qui vient d'être indiquée, les vents dominants de l'ouest prendront en écharpe les façades ouest-sud-ouest des deux pavillons de gauche, les deux pavillons de droite seront alors abrités de ce côté par le bâtiment central, mais leurs pans exposés à est-nord-est seront frappés obliquement par les vents de l'est ».

Si maintenant l'on recherche si les malades sont suffisamment séparés dans les salles, on a plaisir à reconnaître que l'intervalle compris entre les lits est bien supérieur à la moyenne de cet intervalle dans les autres hôpitaux de Paris, sans pour cela atteindre la limite qui avait été fixée lors des célèbres discussions de la Société de chirurgie en 1864-65; « l'espacement moyen des lits est en effet de 1m,80 dans deux pavillons et de 1m,30 dans les autres, mesuré longitudinalement, et de 3 mètres mesuré transversalement, en réservant un espace de 25 centimètres entre les murs et les chevets ». D'ailleurs chaque salle collective a une largeur de 8 mètres et une longueur de 36 mètres, soit une surface de 12 mètres carrés par chacun des 24 lits qu'elle renferme; la ration individuelle d'air s'élève

---

auxiliaire précieux des lois qui règlent l'exercice de la médecine et l'exercice de la pharmacie.

— La terrible tragédie que celle qui a eu pour théâtre, le mois dernier, une maison de New-York, avec une femme de médecin pour actrice et pour victime! Quel délire s'est emparé tout à coup de cette malheureuse, la meilleure des épouses et des mères! De quelles épouvantables visions a-t-elle été le jouet, pour tuer ses trois enfants et se suicider sur leurs cadavres! Le mari de cette malheureuse, de cette folle certainement, est le fils du vénérable docteur Séguin qui, après s'être livré à l'éducation des idiots, à Bicêtre, a emporté ses lares aux États-Unis. Cet infortuné confrère, encore jeune, qui a été l'assistant de M. Brown-Séquard pendant son professorat en Amérique, y a fondé un journal très estimé. On lui doit aussi un *Traité de la myélite.* Son père, peu connu de la grande majorité des médecins français, a pourtant fort agité le corps médical dans toutes les parties du monde, en Amérique, en Angleterre, en France, en Suisse, en Belgique, en Allemagne aussi, je crois. L'idée dont il s'est fait l'apôtre est, dans sa formule la plus générale : *l'uniformité internationale en médecine et en pharmacie,* avec le mètre pour mesure commune. Dans une de ses nombreuses notes présentées aux congrès, en voici une, la neuvième, dans laquelle sa proposition est rédigée en articles :

« 1° Le système métrique doit être la base de l'uniformité *médicale internationale.*

» 2° Les échelles des instruments seront toutes métriques ou au moins uniformes.

» 3° Les *records* (style américain) d'observations individuelles et hospitalières, et les tableaux de statistique médicale seront préparés sur un plan uniforme, de manière à donner des résultats *harmonieux* (harmoniques).

» 4° Les membres du congrès seront invités à raccorder leur cas autant que possible par les méthodes graphiques et numériques... »

à 60 mètres cubes. En outre, le renouvellement d'air pur par le chauffage est de 100 mètres cubes par heure et par lit;... mais n'entrons pas dans ces divers détails qui nous entraîneraient trop loin, et nous conduiraient à discuter l'économie même du système de logements collectifs de M. Tollet. Il y aurait, du reste, mauvaise grâce à discuter ce système à propos d'une application qui n'est pas entière et qui a dû se plier à des circonstances indépendantes du constructeur. Nous admettrons donc bien volontiers qu'on ne pouvait alors mieux faire que d'élever des constructions ainsi disposées, constructions dont la salubrité est incontestablement supérieure à celle de tous les autres systèmes. Nous reconnaîtrons aussi que le mobilier a été aménagé avec une grande habileté et avec une aussi profonde connaissance du sujet qu'on devait l'attendre de M. le secrétaire général de l'Assistance publique, spécialement chargé de ce soin; qu'on nous permette toutefois de regretter l'usage des sommiers à ressorts en boudin pour les lits au lieu de ce sommier à lames flexibles et si faciles à nettoyer, dont M. le docteur Thévenot a si justement loué l'usage au Pavillon Tarnier, dans son récent rapport à la Société de médecine publique sur les nouvelles Maternités. Notons aussi que les lits n'ont pas de rideaux à l'hôpital Bichat; mais cette excellente mesure ne compense pas l'absence d'une étuve à désinfection; du moins nous avons vainement cherché celle-ci. Nous aurions aussi à signaler l'installation à certains égards très défectueuse de la salle d'autopsies; mais ce n'est pas ici le lieu d'insister. Il nous reste, dans cette courte étude, à indiquer le prix de revient de cet hôpital; d'après les renseignements qui nous ont été fournis sur place par M. Tollet, ce prix doit être établi ainsi qu'il suit:

Construction neuve et modifications à l'ancienne.	455.000
Crédit alloué pour les installations mobilières et celle des bains externes et des consultations.	330.000
Prix de construction de l'ancien bâtiment......	400.000
Total.....	1.185.000

Pour 200 lits, soit 6000 francs le lit, en chiffres ronds; ce qui est loin des dépenses habituelles dans ce genre de travaux à Paris!

Remarquons toutefois, d'après les chiffres qui précèdent, que les services d'un hôpital coûtent aussi cher que le local proprement dit du lit; d'autre part, la dépense proportionnelle de ce chef décroît avec le nombre plus considérable des lits. Si bien qu'au point de vue budgétaire, lequel a, comme on sait, une si haute valeur dans l'espèce, les établissements nombreux peuvent être relativement beaucoup moins coûteux que ceux qui sont destinés à une population hospitalière restreinte. Cette considération empêchera sans doute longtemps encore la construction de petits hôpitaux, et comme il est impossible d'élever de grands hôpitaux, dans une ville comme Paris, sans s'exposer aux plus graves mécomptes au point de vue sanitaire, l'édification d'hôpitaux de 400 à 500 lits, disséminés sur de vastes surfaces de terrain et à quelque distance de l'enceinte, s'impose donc forcément. L'exemple de l'hôpital Bichat nous paraît militer en faveur de cette solution. Sans doute, les savants médecins qui, au Conseil municipal, ont eu le mérite de décider la création de cet établissement ont su l'entourer de toutes les garanties hygiéniques les plus complètes qu'il était possible d'y réaliser, et il faut leur savoir grand gré de cette initiative; mais nous avons dû cependant montrer à quels compromis l'existence de la massive construction du poste-caserne avait obligé de se résoudre; combien cet hôpital a ses services rapprochés les uns des autres, même ceux qui offrent le plus de dangers, tel que celui des morts; comment enfin il avait été impossible d'y installer, avec tous ses développements nécessaires, le meilleur système de construction hospitalière actuellement connu dans notre pays. Aussi croyons-nous devoir reproduire, comme conclusion, les remarques suivantes consignées dans le rapport encore inédit que M. le docteur Rochard doit prochainement soumettre à la Société de médecine publique : « Avec les sommes dépensées pour la construction de Lariboisière et de l'Hôtel-Dieu, on aurait pu entourer Paris d'une ceinture de 16 hôpitaux de 500 lits, fonder 24 hôpitaux de secours, et créer un système de transports aussi profitable que possible :

Lariboisière a coûté..........	10 445 143 fr.
L'Hôtel-Dieu................	60 000 000 fr. environ.
Total, pour 1000 lits....	70 445 143 fr.

ce qui équivaut à :

16 hôpitaux de 500 lits à 5000 fr. le lit (chiffre suffisant pour un hôpital excentrique), soit........	40 000 000 fr.
Et 24 hôpitaux de secours de 100 lits à 6000 fr. le lit (chiffre suffisant, même au centre de Paris, ces petits hôpitaux n'ayant pas de dépendances), soit..	14 400 000 fr.
Total, pour 10 400 lits.......	54 400 000 fr.

Il serait donc resté à l'Assistance publique une somme de

Outre les moyens d'application de la méthode, notre digne confrère a inventé un papier rayé métriquement dans la pâte, qui doit permettre « de reproduire partout, sans talent exceptionnel, des réductions ou des agrandissements identiques. » La dernière étape de sa propagande a été le Congrès d'Amsterdam, où il obtint la nomination d'une *Commission internationale de l'uniformité métrique en médecine*, composée de MM. A. Dechambre, Gill, Guye, Marey, Méhu, Palaciano, Pacchiotti, Lewis Sayre, G. Séguin et Warlomont. La dispersion des membres apporte, comme vous le pensez bien, une grande gêne à leur entente mutuelle, et je ne pense pas qu'ils aient mené leur mission bien loin. Dans la réforme à laquelle Séguin s'est dévoué, figure cependant une mesure très pratique et très praticable, depuis longtemps réclamée d'ailleurs, dont les avantages ne peuvent être contestés : c'est l'uniformisation internationale de la posologie; mais elle ne pourrait être organisée, au moins en projet, que par une commission cohérente et délibérant en commun. Si la proposition devait en être faite encore dans un congrès, il faudrait nommer, dès le premier jour, cette commission, et la charger de présenter un rapport qui serait discuté et soumis au vote en séance générale. Le projet serait aisément porté à la connaissance des médecins de tous les pays par la presse, qui en serait officieusement priée. Je sais bien que tout ne serait pas fait. Il faudrait encore que chaque pays avisât au moyen, — congrès national, assemblées régionales, votes postaux, etc., — de connaître l'opinion de son propre corps médical; il faudrait, si la majorité n'était pas obtenue, que la commission examinât les objections et les vues émises; qu'elle rédigeât un second projet, et qu'elle le soumît de nouveau à la sanction publique; il faudrait que certains gouvernements consentissent, sur un point particulier, à une innovation non entrée jusqu'ici dans leur régime économique. Que si l'on trouvait bien lourde à remuer la masse entière des médecins d'Europe et d'Amérique, chacun des membres de la commission internationale

plus de 16 000 000 de francs pour établir son système de transports et pour le matériel nécessaire, tandis qu'elle a dépensé toute la somme pour n'avoir que 1000 lits au lieu de 10 400. » On ne saurait mieux dire, ni plus clairement indiquer les solutions de l'avenir.

A.-J. Martin.

Contributions pharmaceutiques.

ENCORE LA TEINTURE D'IODE.

Il y a lieu, et cela ressort de ma précédente note, de faire aux praticiens la recommandation suivante : ils ne doivent jamais introduire la teinture d'iode dans un mélange faiblement alcoolisé, lorsque ce mélange doit être conservé pendant un certain temps.

Ainsi, les dentistes se servent souvent, en application sur les gencives, d'une mixture composée de parties égales de teinture d'iode et d'alcoolature d'aconit. Or, l'alcoolature d'aconit contient la moitié de son poids d'eau, ce qui est une cause d'altération rapide de la teinture d'iode. L'acide iodhydrique, qui se forme en cette circonstance, dépasse l'action que l'on se propose d'obtenir, et occasionne dans la bouche une brûlure inutile. Il est donc indispensable que le mélange des deux teintures ne soit fait qu'au moment du besoin. Ceux auxquels j'ai conseillé cette pratique sont venus m'en témoigner leur satisfaction.

Si, aujourd'hui, j'attire l'attention sur cette préparation, c'est qu'elle est recommandée par les professeurs de la nouvelle école des dentistes, et il serait à souhaiter que cette observation leur tombât sous les yeux.

Pierre Vigier.

TRAVAUX ORIGINAUX (1)

Pathologie interne.

DES RAPPORTS ENTRE LA GLYCOSURIE, LE DIABÈTE, L'OXALURIE ET LES DIFFÉRENTES FORMES DE L'IMPALUDISME, par le docteur E. Calmette, médecin-major.

Depuis que l'attention des médecins a été éveillée par les discussions qui ont eu lieu à l'Académie à la fin de l'année 1881, à propos de la communication de M. le professeur Verneuil sur le diabète d'origine paludéenne, plusieurs observateurs sont venus apporter le résultat de leurs recherches. L'appel que nos maîtres, MM. L. Colin et Verneuil, ont fait aux médecins exerçant dans les pays impaludés, nous engage à résumer les principaux faits qui se sont passés sous nos yeux, et qui nous ont paru avoir quelque rapport avec la question actuellement en litige.

Le milieu où nous avons observé est essentiellement palustre : le territoire de Tunis et de ses environs est constitué par des marais à demi desséchés ; le sous-sol se compose en grande partie de couches argileuses entremêlées de calcaires ; enfin les conditions favorables au développement de la malaria ont été rendues plus intenses par les remuements de terre qu'ont nécessités les nombreux campements du corps expéditionnaire depuis la fin de l'année dernière.

Nos observations ont porté sur plus de cent cas d'impaludisme bien nets, c'est-à-dire caractérisés par des accès francs revenant à intervalles périodiques ou par des symptômes *équivalents*, et sur l'origine desquels il ne pouvait y avoir aucun doute. Les urines des malades atteints de fièvre paludéenne ont été examinées plusieurs fois dans la même journée : d'abord à la première miction qui suivait l'accès, puis quelques heures après l'accès, enfin à intervalles irréguliers ; leur quantité en vingt-quatre heures n'a jamais pu être évaluée qu'approximativement, et, par cela même, l'uromètre ne nous a donné que des indications incomplètes. Le sucre a été recherché par la liqueur de Fehling et par le sous-nitrate de bismuth. Les sels et sédiments ont été recueillis à diverses reprises, puis examinés qualitativement et au microscope.

I. — Tous les médecins savent que les manifestations de l'intoxication paludéenne sont très variées, et qu'elles se produisent, soit dans les organes internes, soit dans les organes externes, donnant ainsi naissance à ce que M. Verneuil appelle des *endopathies* et des *exopathies* (Discours à l'Association française pour l'avancement des sciences, Congrès d'Alger, 1881). Les premières sont les plus fréquentes, et on peut dire qu'elles précèdent toujours les exopathies, attendu qu'il faut que le miasme, microbe ou poison, arrive dans la circulation pour qu'il produise ses effets ; mais le trait d'union entre les unes et les autres réside dans l'influence ultérieure de l'agent morbigène sur le système nerveux, comme l'avait pressenti Maillot dans son immortel ouvrage des irritations

(1) Le lecteur ne s'étonnera pas de rencontrer si fréquemment dans ce journal des travaux relatifs aux rapports de la glycosurie avec la fièvre paludéenne. On se rappelle que, à l'époque où cette question, portée à la tribune de l'Académie par M. le professeur Verneuil, y fut l'objet de contestations, nous crûmes devoir provoquer de nouvelles observations de la part de quelques confrères bien placés pour avoir occasion de rencontrer souvent la fièvre intermittente. Il a été répondu à notre appel. De son côté M. Verneuil a reçu de nouveaux documents, qu'il a bien voulu nous communiquer. Nous sommes assurés de répondre à ses intentions toujours si libérales, en publiant sans distinction, et ce qui est ou paraît défavorable à ses opinions et ce qui tend au contraire à les confirmer. (*La Rédaction.*)

---

du Congrès pourrait prendre les dispositions nécessaires pour porter la question directement devant les pouvoirs publics et provoquer des négociations *ad hoc* entre les gouvernements.

Par où vous voyez, cher confrère, que si vous en avez fini en France avec le *scrupule*, le *gros* et l'*once*, la *chopine*, le *setier*, le *canon*, vous n'êtes pas prêt d'être protégé contre l'invasion étrangère du *grain*, du *drachme*, du *pennyweight*, du *pint*, du *quart*, du *gallon* et autres trouble-fêtes de la profession.

— La *Gazette* vous a annoncé, dans son numéro 46 (p. 759), la mort violente du docteur *Kiatibian* ou *Kiatibjan*, ou même *Kiatib*, c'est-à-dire *écrivain* (*jan* n'étant qu'une désinence arménienne), médecin arménien exerçant à Constantinople. Au risque de faire une incursion sur le territoire de notre *Chronique de l'étranger*, — ce que les circonstances amèneront, du reste, plus d'une fois, — je veux vous faire part de ce que j'ai appris au sujet de l'homme et de l'événement. Ce regretté confrère, qui était âgé d'environ cinquante ans, avait fait de bonnes études médicales à Paris, et avait débuté dans la pratique, vers 1858, à Andrinople, où habitait sa famille, puis était venu, en 1864, s'établir à Constantinople. Là il s'était acquis, surtout parmi les Arméniens, qui forment plus d'un tiers de la population, une réputation hors ligne. Il était d'ailleurs très répandu aussi parmi les Turcs, et avait même donné des soins à une sœur du sultan, qui l'avait fait appeler pour le remercier, et lui avait offert une décoration, refusée, dit-on. Sur les 50 ou 60 000 francs que lui rapportait habituellement sa pratique, il en employait 5 ou 6000 en secours aux indigents de la communauté arménienne, auxquels il prodiguait des soins gratuits ; de plus, il pourvoyait à l'entretien et à l'instruction de plusieurs membres de sa famille (il était célibataire). C'était donc un excellent homme ; il était non moins excellent confrère. Un peu notre compatriote en médecine, comme je vous ai dit, il

cérébro-spinales intermittentes, et comme le dit expressément Hirtz dans son article du *Dictionnaire* de Jaccoud. C'est ainsi qu'on peut comprendre l'apparition d'exopathies cutanées, telles qu'érythèmes divers, zonas, ulcérations, gangrènes symétriques, etc.

Il est encore un moyen de dégager la malaria des formes multiples qu'elle affecte, et de la définir par les effets mêmes de son action dans l'économie, c'est l'examen des urines. Ce sont elles, en effet, qui renferment les cendres plus ou moins éteintes résultant de la combustion intime de nos tissus, et c'est là que nous trouverons le plus facilement des renseignements précieux sur la déviation de nutrition provoquée par l'intoxication palustre. Nos observations vont le prouver.

Les hommes affectés de fièvre rémittente, intermittente, tierce ou quarte, *sans complications*, ont formé le tiers environ de notre contingent de malades. Les examens d'urine ont été généralement négatifs au point de vue de la présence du sucre : sur 41 malades, nous n'avons noté que 5 cas de glycosurie passagère; ces 5 cas se rapportent à des hommes solides, vierges de toute affection antérieure.

Obs. I.—Turub..., soldat en Tunisie depuis le 4 septembre 1881. Constitution robuste; aucun antécédent vénérien; est pris le 15 novembre, vers quatre heures du soir, de courbature générale avec fièvre. Langue nette; aucun phénomène gastrique; accès franc qui dure deux heures, et se termine par une moiteur modérée. La miction a lieu avant la terminaison de l'accès; elle est peu abondante et assez colorée. Il est immédiatement procédé à l'examen des urines; le papier de tournesol décèle une acidité franche; l'acide nitrique ni la chaleur ne donnent de précipité. Nous introduisons dans un tube à essai 5 centimètres cubes de liqueur de Fehling, et nous portons à l'ébullition; puis nous versons dans le tube quelques gouttes d'urine, et aussitôt on voit se former au contact des deux liquides une coloration jaune qui devient rouge en quelques secondes. Un second examen fait avec le sous-nitrate de bismuth donne également un résultat positif (précipité noirâtre). — Traitement ordinaire : sulfate de quinine le soir; éméto-cathartique pour le lendemain.

Le 16, nouvel accès franc à midi. Langue saburrale; courbature générale; l'accès se termine sans sueurs. Examen de l'urine négatif pour toute la journée.

Le 17, pas d'accès. — Le 18, accès à quatre heures; pas de sucre. Les 19, 20 et 21, pas d'accès. Le traitement quinique est néanmoins continué.

Le 20 décembre, accès de fièvre avec subdélirium; injection des conjonctives; l'urine donne la réaction sucrée. Même traitement que pendant le mois précédent. Guérison des accès. Le sucre ne reparait plus dans les urines.

Obs. II. — Jou..., vingt-trois ans, 2e soldat; constitution moyenne; en Tunisie depuis le 4 septembre 1881; pas d'antécédents pathologiques; est pris subitement de fièvre le 7 décembre, à huit heures du matin. Vomissements; courbature; on ne peut avoir de son urine qu'à midi; elle présente la réaction réductrice manifeste. Même technique que pour l'observation I. L'accès se renouvelle à quatre heures et dure jusqu'à la nuit. Nous avons affaire à une fièvre rémittente. Le lendemain, éméto-cathartique, sulfate de quinine par prises de 10 centigrammes toutes les deux heures. Guérison au bout de dix jours. Examens de l'urine négatifs pour le sucre; beaucoup d'urates et de phosphates.

Obs. III. — Farg..., vingt-deux ans; pas de maladies antérieures; amaigri depuis notre arrivée en Tunisie; embarras gastriques fréquents, mais aucune atteinte de fièvre jusqu'au 19 décembre. Ce jour-là, à quatre heures de l'après-midi, accès violent avec tremblement, algidité, difficulté considérable à se réchauffer; pas de sueurs. A la première miction, urine assez abondante, claire, et à réaction sucrée bien nette. Le lendemain, fièvre rémittente bien accusée, disparition du sucre, léger soupçon d'albumine. La fièvre dure quatre jours, puis se transforme en intermittente, et la guérison n'a lieu que dans les premiers jours de janvier. Pendant cette période, examens des urines négatifs pour le sucre.

Obs. IV. — Gél..., vingt-deux ans, soldat robuste, contracte la fièvre le 1er décembre 1881; accès francs quotidiens; pas de sucre dans les urines. La fièvre cesse après six jours de traitement; mais le 26 décembre, après un refroidissement prolongé sous la pluie, Gél... est de nouveau pris de frissons et de fièvre subcontinue qui dure trois jours. Au début de cette rechute, on constate la présence du sucre dans les urines. Les examens ultérieurs sont négatifs. Après la guérison, amaigrissement assez prononcé; l'anémie persiste jusqu'au mois de mars.

Obs. V. — Par..., constitution moyenne; pas de maladies antérieures; se livre quelquefois à des excès de boissons; est pris de frisson le 30 décembre, à cinq heures du soir. Accès terminé par des sueurs abondantes. L'urine de la première miction ne contient pas de sucre; celle du lendemain en contient. Les accès reviennent tous les jours en avançant de quelques minutes chaque fois. Au cinquième jour, ils disparaissent grâce à la médication quinique; mais ils reviennent trois semaines après la guérison sous la forme quarte. Pas de sucre ni d'albumine; phosphates abondants; anémie profonde. Guérison en mai 1882.

Si nous résumons l'histoire de ces cinq cas où la glycosurie a paru manifeste, nous voyons qu'ils appartiennent tous à des sujets de constitution robuste, et qui ont été brusquement saisis par la fièvre. L'apparition et la disparition du sucre se sont produites sans que nous puissions en pénétrer la raison; mais nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que la glycosurie s'est montrée chez des malades qui ne présentaient pas le stade de sueur dans tout son développement normal. Nous insisterons aussi sur ce fait que cette glycosurie s'est reproduite deux fois chez un même sujet, rappelant ainsi ces cas d'albuminurie intermittente que Rosenstein a signalés comme accompagnant le plus souvent les accès où le stade de sueur faisait également défaut.

Ces cinq observations font partie de la série des quarante et

---

avait essayé de l'être encore plus au sens politique, et avait rempli autrefois toutes les formalités requises pour se faire admettre protégé français. En vingt années d'exercice, une grosse somme était entrée dans sa caisse; mais elle en était sortie avec trop d'imprévoyance, et quoiqu'il possédât d'assez grandes propriétés, Kiatibian avait des affaires embarrassées.

Ces détails n'étaient pas inutiles, vous allez le voir, pour le jugement à porter sur le triste incident qui a tant ému les esprits et les cœurs à Constantinople. Le 1er novembre, on trouve le cadavre de Kiatibian sur le bord de la mer; la mort avait eu lieu dans la matinée. L'autopsie, pratiquée seulement le 3, par des médecins peu familiarisés avec l'anatomie pathologique et la médecine légale, — bien que le médecin sanitaire de France, sur l'invitation du procureur impérial de Péra, eût désigné pour l'expertise des membres très instruits de la Société de médecine, les docteurs Mühlig et Deihedijmoldji, — fut très incomplète et défectueuse, et la rédaction du rapport n'eut lieu que quelques jours plus tard. Cependant, il ne paraît pas que le cadavre ait présenté des signes ni de strangulation, ni de suffocation, ni d'asphyxie par submersion. On a décidé alors de procéder à l'analyse chimique des viscères et des matières contenues dans le tube digestif : cette seconde expertise n'a fourni aucun résultat.

La levée des scellés, après l'arrivée à Constantinople des deux frères de Kiatibian, une dizaine de jours après l'événement, a donné aux interprétations, jusque-là favorables à la thèse d'un homicide, une direction différente. Les papiers d'affaires ont révélé un passif peu important, il est vrai (d'une dizaine de mille francs, je crois); et quelques lettres datées du 29 octobre indiquaient clairement l'intention du suicide, avec accompagnement de réflexions philosophiques inutiles à vous faire connaître. Des personnes dignes de foi, étrangères à la famille, affirment avoir vu ces lettres. Il est avéré en outre que, dans les derniers jours d'octobre, notre malheureux confrère donnait des signes évidents de

un cas d'endopathie paludique légère, caractérisés par une fièvre sans complications viscérales apparentes; mais on peut dire que ces cas sont les plus rares. Les endopathies que nous avons observées en plus grand nombre affectaient le tube digestif, le foie, la rate, les reins avec une intensité variable. Dans la première quinzaine de décembre, au moment des fortes pluies, nous avons observé cinquante-cinq cas de fièvre rémittente ou intermittente avec ictère. Comme la relation de ces observations serait trop longue, nous nous bornerons à résumer les principaux traits de cette épidémie de fièvre bilieuse dans ce qui a rapport à notre sujet. Aucun homme n'a succombé, et la durée des accidents ayant varié de neuf à quinze jours, nous avons pu conserver les malades dans le camp où nous nous trouvions. La maladie débutait généralement par des névralgies en différents points du corps, puis survenaient des accès quotidiens ou tierces, et du troisième au quatrième jour un ictère généralisé avec *ecchymoses sous-conjonctivales*. Ce dernier symptôme n'a fait défaut que dans trois cas, d'ailleurs très légers; enfin, après une période d'un ou deux septénaires, la coloration ictérique disparaissait, mais les accès de fièvre ne cessaient que beaucoup plus tard. Pendant la durée de la maladie, le foie et la rate étaient hypertrophiés, quelquefois douloureux à la pression. Les urines étaient ictériques; quelques-unes présentaient une couleur acajou foncé à tel point que les hommes se plaignaient de pisser du sang.

Les urines de ces malades ne nous ont jamais donné la réaction sucrée, mais nous avons noté neuf fois la présence d'une petite quantité d'albumine dans l'urine; cette légère albuminurie apparaissait en même temps que l'ictère, et ne persistait jamais plus de trois ou quatre jours. Enfin, ajoutons que les matières fécales n'étaient pas décolorées, ce qui indique que nous avions bien affaire à une altération de la glande hépatique et non pas à une simple obstruction des voies biliaires.

II. — Mais c'est surtout dans les suites éloignées des endopathies paludiques que nous avons remarqué des particularités intéressantes au point de vue de nos études. Les urines de ceux de nos malades qui avaient été atteints en novembre et décembre 1881, soit de fièvre rémittente et intermittente, soit de fièvre bilieuse, furent examinées en février et mars, puis en mai et juin 1882, et voici les caractères généraux qu'elles nous présentèrent : absence de sucre, absence d'albumine, quantité très notable de phosphates et d'oxalates de chaux.

Ces derniers sels, les oxalates de chaux, attirèrent notre attention en ce sens que leur production pouvait être considérée comme un dérivé du processus glycogénique dans l'économie; on sait, en effet, que l'acide oxalique se forme dans l'oxydation de la glycose par les acides énergiques, comme l'acide nitrique. D'autre part, l'oxalurie ne pouvait provenir, chez nos hommes, ni d'une alimentation végétale ou sucrée, ni de l'absorption de rhubarbe.

Notre technique a consisté à recueillir les sédiments et à les soumettre à l'action de l'acide acétique, qui dissout les phosphates; les oxalates restent au fond du vase, et on peut facilement reconnaître les cristaux au microscope. Nous avons employé également le procédé qui consiste à dissoudre les sédiments à l'aide de l'acide chlorhydrique, puis à déterminer un précipité en ajoutant quelques gouttes d'ammoniaque, enfin à redissoudre le précipité par l'acide acétique, qui ne laisse déposer que les oxalates.

Tous les hommes qui avaient été éprouvés par la malaria et qui portaient le masque anémique caractéristique de l'intoxication palustre, présentèrent de l'oxalurie et de la phosphaturie à des degrés variables.

Nous donnons ici l'observation d'un officier qui voulut bien se prêter à nos recherches, et qui offre un exemple des vicissitudes morbides subies par la plupart de nos malades.

Obs. VI. — X..., âgé de trente ans, arrivé en Tunisie le 4 septembre 1881. Aucun antécédent paludéen, ni syphilitique, ni alcoolique; constitution assez forte. Est atteint de fièvre intermittente le 3 novembre, à cinq heures du soir. Accès franc, complet. Le lendemain, à la même heure, nouvel accès qui dure une heure environ, après lequel il est pris de maux de tête et d'estomac.— Traitement ordinaire par purgatif et sulfate de quinine à doses fractionnées.

Le 5, accès à quatre heures du soir, moins fort que les deux premiers. Les urines, examinées jusqu'à ce jour, ne donnent aucun résultat.

Le 6, mieux sensible; accès fruste, consistant en un simple malaise, à quatre heures. Anorexie; continuation de la médication quinique.

Le 7 et les jours suivants, pas d'accès; retour de l'appétit; urines chargées de sels; urates; phosphates. Ni sucre ni albumine, mais un peu de polyurie : 2 litres en vingt-quatre heures.

Le 22, c'est-à-dire seize jours après le dernier accès, M. X... est pris le matin, à dix heures, d'une céphalalgie intense, et au moment de se mettre à table il est forcé de s'aliter : fièvre forte; température, 40°,2; pouls, 130. A midi, l'accès se termine par des sueurs abondantes, mais la céphalalgie persiste toujours. Le soir, pas de fièvre; coliques; deux selles diarrhéiques.

Le 23, pas de fièvre; dysenterie avec épreintes; urines rares, foncées; pas d'albumine ni de sucre. — Traitement : éméto-cathartique, quinine et opium.

Le 24, accès de fièvre à quatre heures du soir; la dysenterie persiste et suit son cours normal. Opium; eau de riz.

Le 25, amélioration sensible, mais anémie rapide; amaigrissement très apparent.

Le 26, même état : le mieux continue; la fièvre se montre encore dans l'après-midi, puis le 28 et le 30, sous forme d'accès incomplets. Guérison le 2 décembre. Les urines examinées à cette époque sont boueuses; le dépôt qui se forme dans le fond d'une éprou-

---

graves préoccupations. Ses ordonnances contenaient fréquemment des erreurs, ce qui ne lui était pas habituel. Il avait dû, le 29 octobre, prendre une forte dose de chloroforme, car son domestique fut obligé, pour le réveiller, de forcer la porte vers dix heures du matin et le trouva tout engourdi. Lui-même, dans le cours de la journée, sentant qu'il exhalait l'odeur de l'anesthésique, allait au-devant des remarques et disait qu'il avait dû appliquer le chloroforme sur une dent malade. Bref, on suppose maintenant que Kialibian a pris d'abord du poison, puis s'est jeté à l'eau et a succombé sans faire de mouvements notables de respiration ni de déglutition.

Voilà, cher confrère, la vérité du jour, qui sera sans doute celle de demain. On m'écrit qu'une réunion de médecins, n'ayant pas tous assisté à l'autopsie, et parmi lesquels le docteur Cervicon, autre médecin arménien, qui a également, si je ne me trompe, étudié la médecine à Paris, va faire paraître un nouveau rapport. Je vous ait dit aussi, d'après le *Temps*, que le sultan avait nommé une commission spéciale, mais dont les lettres trouvées chez le défunt rendront le fonctionnement inutile.

Quoi qu'il en soit, vous pouvez juger par ce qui précède de l'importance attachée à cet événement dans la capitale de la Turquie; et ce me sera, auprès de vous, l'excuse de ce long exposé.

— Nombre de journaux politiques, médicaux, littéraires, artistiques, amusants, ennuyeux, racontent une nouvelle prouesse de notre très célèbre confrère d'Amérique, le docteur Tanner, qui a trouvé, comme on le sait, le moyen de vivre en mangeant et buvant par intervalles. Cet homme ingénieux a *imaginé* (ce qui laisse supposer chez lui une manifestation intellectuelle d'atavisme), que la nature des aliments exerce une certaine influence sur le caractère; que, par exemple, la carotte rend sournois, que le navet porte à la douceur, et que, tout au contraire, les haricots verts contiennent des trésors d'irascibilité. Pour bien étudier de près ce dernier phé-

vette de 50 centimètres cubes occupe le tiers de la hauteur. Sédiments de phosphates, d'urates et d'oxalate de chaux.

Le 12 décembre, treize jours après le dernier accès, nouvelle atteinte de fièvre légère, mais anémie toujours très prononcée, anorexie presque absolue.

Le 13, mouvements de fièvre à différentes heures de la journée.

Le 14, même état. Le traitement quinique n'a jamais été interrompu.

Le 15, mieux sensible; les forces reviennent.

Le 18, laryngo-bronchite très douloureuse, mais sans fièvre; l'état général est meilleur.

Le 19 et les jours suivants, la toux est incessante, mais l'appétit renaît; les urines sont toujours boueuses, surtout celles de la nuit. Légère polyurie; le malade se lève deux fois la nuit pour uriner. La quantité d'oxalate de chaux augmente.

Le 23, pas de fièvre; l'appétit disparait tout d'un coup; le malade ne ressent aucun malaise et ne désire que le repos et la possibilité de dormir sans qu'on le dérange; il lit dans la journée sans fatigue; pas de diarrhée; selles normales; urine foncée; examen négatif.

Le 24, léger ictère aux conjonctives; foie un peu hypertrophié et douloureux à la pression; la réaction de la biliverdine ne se manifeste pas; l'urine est rouge foncé; l'acide nitrique la rougit davantage. Nous reconnaissons le type des urines dites hémaphéiques. Pas d'albumine.

Le 25, l'ictère reste limité aux conjonctives et autour de la région orbitaire et des ailes du nez. État général satisfaisant, mais anémie et anorexie persistant toujours. — Traitement : eau de Vichy artificielle, sulfate de quinine, quinquina.

Le 31, mieux sensible; les urines restent foncées jusqu'au 5 janvier. Pas d'albuminurie, beaucoup de sédiments boueux.

Le 16 janvier 1882, nouvel accès de fièvre à deux heures de l'après-midi; état général bon.

Le 17, accès incomplet à la même heure que la veille.

Le 19, accès incomplet à huit heures du matin; l'appétit, qui avait disparu depuis trois jours, revient.

Le 20 et les jours suivants, la guérison se maintient; les urines sont toujours chargées; elles contiennent beaucoup d'oxalate de chaux mélangé à des phosphates. Le malade urine depuis deux mois environ, 2 litres et demi par jour; mais ni son appétit, ni sa soif ne sont augmentés; amaigrissement considérable; pâleur des téguments.

Depuis cette époque, et grâce à un traitement ferrugineux chloruré longtemps continué, M. X... a vu ses forces revenir; mais la polyurie n'a disparu qu'au mois de mai dernier, et ses urines contenaient encore au mois de juin une certaine quantité d'oxalate de chaux.

Cette observation peut être résumée dans un sommaire ainsi conçu : fièvre intermittente chez un sujet non encore intoxiqué, endopathies diverses portant sur le foie, la rate, les reins, le larynx et les bronches; troubles de nutrition ayant pour résultat une anémie profonde et une déviation dans le travail d'oxydation des matériaux d'assimilation et de désassimilation, d'où apparition dans les urines d'une quantité anormale de phosphate et d'oxalate de chaux, ce dernier sel résultant principalement de la transformation des matières glycogénées par un agent oxydant quelconque, ferment ou microbe.

III. — Ces dernières lignes renferment l'enseignement que nous avons cru pouvoir tirer de l'étude des nombreux cas d'impaludisme aigu que nous avons observés pendant la première partie de notre séjour en Tunisie. Nous allons voir que les endopathies paludéennes chroniques fournissent encore un appui à nos idées.

Nous nous sommes adressé, non pas à la population militaire, qui ne se composant que d'hommes jeunes et bien soignés, ne peut fournir qu'un faible contingent à l'impaludisme chronique, mais plutôt aux indigènes du quartier arabe de Tunis (1), dont nous étions voisins. Le champ d'observation est considérable. Malheureusement les moyens d'investigation scientifique sont d'un emploi difficile chez les Arabes : les autopsies sont interdites, et nous n'avons pu faire des analyses d'urine aussi fréquemment que nous l'aurions voulu. Mais, grâce au concours et à l'amitié de M. Kaddour-ben-Ahmed, officier de santé de l'École d'Alger, et médecin en chef de l'hôpital musulman, nous sommes arrivés à recueillir les renseignements suivants, dont l'exactitude est rigoureuse.

Les cachexies palustres, cirrhoses du foie, hypertrophies de la rate, etc., abondent à Tunis, et les nègres eux-mêmes, qui passent, en général, pour réfractaires à l'empoisonnement paludéen, nous ont présenté toutes les formes de l'impaludisme aigu et chronique. La majorité des malades de l'hôpital se compose de cachectiques. Chose curieuse et qui a appelé notre attention aussitôt après la discussion de MM. Verneuil et L. Colin à l'Académie, le diabète est une des maladies les plus répandues; les indigènes l'appellent *boul-haloua* (pissement de matière douce). Il est caractérisé par les mêmes symptômes que ceux que l'on observe en Europe, boulimie, polydipsie, etc. Le diabète maigre est plus fréquent que le diabète gras. M. Kaddour nous a remis l'observation succincte de six cas de diabète qu'il a consignés sur son registre d'hôpital depuis la fin de l'année dernière, et qui paraissent manifestement liés à l'impaludisme chronique.

Obs. VII. — Ahmed-ben-Assalah, trente-cinq ans, cultivateur, entré à l'hôpital en mars 1881 avec tous les signes du diabète sucré : boulimie considérable, le malade disait qu'il lui fallait 4 livres de viande par jour; urines abondantes, environ 4 litres par jour; réaction de Fehling très accusée. Pas d'antécédents pathologiques autres que des accès de fièvre quarte depuis six ans. Rate volumineuse, dure; foie hypertrophié; pas trop d'amaigrissement; rien aux poumons. — Traitement par eau de Vichy; alimentation azotée; préparation de quinquina. Sorti amélioré en juin 1881.

(1) Ne pas oublier que Tunis est une ville d'environ 125 000 habitants, dont 100 000 Arabes au moins.

nomène, il n'a trouvé rien de mieux que de faire avaler à sa femme des boisseaux de haricots verts. La malheureuse a passé peu à peu, mais assez rapidement, de brebis à tigresse. Au fond, il n'y a que demi-mal, puisqu'un autre régime peut lui infuser un autre caractère; elle est peut-être tourterelle à l'heure qu'il est. Mais ce mot qui éveille des idées de roucoulement, m'amène à me demander pourquoi cet homme marié, voulant expérimenter sur sa conjointe, n'a pas choisi la carotte à la place des haricots. La carotte, dont Mathiole a écrit d'après Galien « Certe radix præterjam comprehensa flatuosum quiddam obtinet, ac venereum; » semen autem.... quemdam ad venerem stimulandi potentiam possidet. » Voilà au moins un essai qui ne serait pas fait pour brouiller les ménages. Mais lorsqu'on réfléchit qu'il suffit, au dire d'autorités très respectables, de manger de la chair de lion pour devenir courageux ou de la chair de daim pour tomber dans la pusillanimité, et que, selon une tradition bouddhique, des singes ont perdu leur queue à force de manger du grain et ont fini par constituer les *nez-plats* du Thibet, on est porté à voir dans les tâtonnements de M. Tanner l'indice d'une certaine ignorance sur cette partie de l'hygiène. Mme Tanner fera bien de se méfier de sa cuisine. Elle a d'ailleurs un moyen commode de se garder; c'est de se frotter de graisse de vipère, depuis longtemps connue pour préserver de toutes les embûches.

— Des renseignements me parviennent au sujet du *duc-médecin* que j'ai eu l'honneur de vous recommander dans ma dernière lettre. Je savais bien qu'un médecin *auguste* avait pratiqué plusieurs années l'oculistique à Menton; mais on l'appelait *duc* ou *prince de Bavière*. Était-ce, au contraire du proverbe, un *idem in bis*, un duc Charles Théodor et un duc bavarois sous le même bonnet doctoral? Eh bien, oui, et le titre pris à Menton vient de ce que ce Janus de la profession est, comme sa sœur l'impératrice d'Autriche, prince *en* Bavière, et non *de* Bavière. C'est une différence en héraldique.

Obs. VIII. — Abbas-ben-Mohammed, âgé de trente ans, journalier, entré en septembre 1881 pour diabète avancé : l'amaigrissement a fait des progrès rapides depuis deux mois; appétit considérable; urines abondantes, 3 à 4 litres par jour; cachexie palustre; cachexie syphilitique; foie et rate hypertrophiés.—Traitement *ut supra*. Sorti amélioré en octobre 1881.

Obs. IX. — Saïd-ben-Ramdan, quarante et un ans, journalier, entré à l'hôpital en avril 1881. Diabète sucré et misère profonde; cachexie palustre ancienne; amaigrissement considérable; polyurie, polydipsie, mais anorexie presque complète; œdème des extrémités. Sort de l'hôpital en mai suivant.

Obs. X. — Ahmed-ben-Ali, vingt-neuf ans, journalier, entré à l'hôpital en septembre 1881. Le diabète a débuté, il y a trois ans, sans cause appréciable. Le malade souffre de rhumatisme chronique et a eu également, à diverses reprises, la fièvre intermittente, dont il n'a jamais pu se débarrasser. Constitution assez robuste. Sort amélioré en janvier 1882.

Obs. XI. — Mohammed-ben-Attouzi, cultivateur, quarante-six ans, entré à l'hôpital en octobre 1881. Diabète sucré manifeste dont le début remonterait à quelques mois seulement. Bronchite tuberculeuse, amaigrissement rapide. Cet homme a eu les fièvres et présente la rate et le foie hypertrophiés. Sort peu amélioré en décembre 1881.

Obs. XII. — Mohammed-ben-Salah-el-Khaouini, journalier, cinquante ans, entré à l'hôpital en avril 1882. Diabète ancien; misère prononcée. Le malade mange tous les aliments à sa portée; cachexie palustre ancienne; rate énorme. Sous l'influence du traitement ordinaire, l'amélioration est rapide, et le malade sort en juin 1882.

Les malades atteints de diabète ne consultent pas souvent le médecin : aussi en voit-on peu à l'hôpital de Tunis; ils restent chez eux et continuent à vaquer à leurs occupations ordinaires jusqu'au moment où la cachexie les emporte; on observe également des tuberculoses consécutives au diabète, et, comme en France, à évolution rapide. C'est dans les cafés, sur les places publiques, dans les marchés que l'on s'enquiert le plus aisément des maladies dominantes chez les indigènes. On les entend raconter avec un grand luxe de détails que leur parent, leur voisin, leur ami est atteint de telle ou telle maladie, qu'il a pris tel ou tel remède, etc. Il y a évidemment à faire un triage sérieux dans cet afflux de renseignements, et nous ne saurions trop remercier M. Kaddour de son empressement à nous guider à ce point de vue. Mais à propos de la grande fréquence du diabète à Tunis, une difficulté se présentait : tous les diabétiques interrogés sur leurs antécédents morbides déclaraient qu'ils avaient eu la fièvre intermittente à une période plus ou moins éloignée du début de la maladie. N'y avait-il pas d'autres causes ayant pu jouer un rôle plus décisif que l'impaludisme dans l'apparition du diabète? En un mot, les malades de la ville et de la campagne, sur lesquels notre observation était incomplète, ne devaient-ils pas leur *boul-haloua* à leur régime alimentaire, à leurs boissons? On sait que les Arabes des villes font une consommation exagérée de sucre; les tasses de café maure, dont ils abusent, renferment la moitié de leur poids en sucre. De plus, les pâtisseries, les sirops sont en grand honneur parmi eux. A la campagne, et surtout à une certaine distance des villes, il en est tout autrement. Cette question ne pouvait être tranchée que par une enquête à laquelle M. Kaddour s'est livré, et de laquelle il est résulté que le nombre réel des diabétiques est aussi considérable à la campagne qu'à la ville; les consultants de la campagne seraient même un peu plus nombreux que ceux de la ville; mais il faut observer que ces derniers s'adressent plutôt directement aux pharmaciens et empiriques de toutes nationalités qui abondent dans Tunis, et que la plupart se préoccupent très peu de leurs maladies.

Nous laissons de côté à dessein la question des rapports de l'arthritisme avec le diabète; il y a beaucoup de rhumatisants dans la région nord de la Tunisie, et les considérations dans lesquelles nous devrions entrer nous obligeraient à de trop longs développements. Ainsi il paraît résulter des renseignements que nous avons pris et des observations de M. Kaddour que le diabète est très fréquent à Tunis, et qu'on peut le rattacher à l'intoxication tellurique. Il est une autre série de présomptions en faveur de cette dernière opinion, que nous allons exposer sommairement.

Nous avons fait remarquer, en parlant des endopathies aiguës, l'existence d'une véritable oxalurie chez nos malades militaires; nous avons refait les mêmes expériences sur des malades indigènes à l'hôpital musulman, et nous sommes arrivés aux mêmes résultats. Il nous paraît donc constant que, dans les premières semaines qui suivent l'intoxication palustre, on trouve de l'oxalate de chaux dans les urines; mais si l'intoxication persiste, l'oxalurie passe à l'état de diathèse lithogène; des calculs se forment dans la vessie, et on est obligé de les extraire. « Il ne se passe pas de semaines, nous disait M. Kaddour, où je n'aie l'occasion de soigner des graveleux et des calculeux; les enfants de trois ans et au-dessus sont souvent atteints de la pierre. Quant aux adultes, leur nombre est très grand, et la taille est une opération courante à l'hôpital musulman. » Nous nous sommes assurés que les calculs extraits par notre distingué confrère étaient composés en majeure partie d'oxalate de chaux. Tous appartenaient à la variété connue sous le nom de *calculs muraux;* ils avaient une forme ovalaire, une surface très mamelonnée, brunâtre, et pesaient jusqu'à 80 grammes.

Nous croyons donc pouvoir affirmer que l'oxalurie est un syndrome fréquent dans le cours et à la suite de l'impaludisme, à Tunis, et que, si l'on admet un certain rapport entre la genèse du sucre et celle des oxalates dans l'économie, la

---

Puisque me voilà revenu à notre illustre confrère, je dois ajouter que, si je vous ai dit la vérité pure en vous le présentant comme spécialiste (à Menton, il travaillait chaque jour dans le cabinet d'un ophthalmologue russe très distingué, le docteur Ivanoff, qui était venu, malheureusement en vain, demander la santé au soleil du Midi), on lui accorde des talents variés. A Vienne, il parcourt les cliniques, où de temps à autre, les bonnes âmes lui font la charité d'une amputation de jambe, d'une autoplastie, d'un accouchement, d'un traitement de pneumonie ou de fièvre typhoïde. Il s'occupe également d'hygiène, et même a été nommé l'année dernière président du *Conseil d'hygiène* de Vienne. C'est à Munich qu'il a reçu, il y a trois ans environ, le diplôme de médecin praticien.

— Une gent plus amoureuse encore de médecine que celle des frères de reines ou d'impératrices est, comme vous le savez, la gent féminine. Parmi les divinités médicales de l'antiquité se sont insinuées je ne sais combien de *déesses*, dont Hygie est restée la plus connue, ainsi qu'on vous le dira à la Société d'hygiène et de médecine publique. En descendant les siècles d'Homère jusqu'à nos jours et en parcourant la carte du monde en long et en large, on ne rencontre que femmes pansant les plaies, distribuant des médicaments, parfois des poisons, et fabriquant des livres de médecine; Salerne notamment en regorge. Aujourd'hui, les épouses et les demoiselles, si elles ne portent pas d'autre robe que celle du sexe, sont munies au moins d'un parchemin; elles ont stéthoscope, plessimètre, thermomètre, bistouri, spéculum, sondes utérines *et autres*. Quelques personnes ne peuvent s'y faire; mais ce qu'on ignore généralement, c'est que, selon toute vraisemblance, sans la grande commotion de la Révolution française, qui a détourné, en bien des points, le mouvement de la vie sociale, nous aurions joui beaucoup plus tôt de l'agrément des femmes-médecins. Quand Diafoirus invite sa fiancée à assister à une dissection, c'est surtout l'apparente impossi-

question de la glycosurie paludéenne se trouve reportée sur un terrain qui permet d'interpréter tous les faits. D'un côté, nous avons des observations d'impaludisme avec glycosurie et diabète; de l'autre, nous en avons où le sucre n'est pas décelé, mais où le diabète est latent, en ce sens qu'il se révèle par une oxalurie persistante. Ces deux séries de phénomènes résultent d'une même déviation de la nutrition, qui a pour origine probable une altération du foie glycogénique. Nous en arrivons ainsi à ne voir dans les modifications de la sécrétion urinaire consécutives à l'impaludisme que la manifestation clinique des endopathies viscérales, si bien étudiées, et tout récemment encore par MM. Kelsch et Kiener (*Archives de physiologie*, 1882) Ces endopathies, comme on le sait, sont multiples; mais, par la nature de l'action qu'elles exercent sur nos échanges organiques, elles peuvent toutes rentrer dans le cadre des maladies par ralentissement de la nutrition, que M. le professeur Bouchard a magistralement décrites dans ses dernières leçons de pathologie générale (1).

CORRESPONDANCE

Action de la créosote et de l'acide phénique.

Lyon, le 25 novembre 1882.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Monsieur et très honoré confrère,

Le dernier numéro de votre estimable journal contient une lettre très intéressante de M. le docteur Pécholier, et une courte réponse de M. Dreyfus-Brissac, dans laquelle ce savant confrère nous dit : « D'autre part, sans nier d'une façon absolue la vertu prophylactique de la créosote ou de l'acide phénique, on ne peut se dissimuler que ces substances, étant *toxiques à faible dose*, ne remplissent que d'une manière très imparfaite les conditions d'une médication directement curative spécifique. » Dans cette phrase, ce sont les mots : *toxiques à faible dose*, appliqués à l'acide phénique, qui me paraissent fâcheux et très exagérés; attendu que, par l'estomac, l'acide phénique s'administre couramment, pour un espace de vingt-quatre heures, aux mêmes doses que le sulfate de quinine. La seule différence, c'est que l'acide phénique s'administre toujours à dose fractionnée, tandis que le sulfate de quinine peut se donner à dose massive.

Mais l'acide phénique pur, le phénol absolu, qui n'a ni saveur ni odeur mauvaise, a, sur le sulfate de quinine, l'avantage d'être éliminé très promptement, de sorte qu'on peut en renouveler les doses sans inconvénient pendant des semaines et des mois. Même employé par la méthode hypodermique, l'acide phénique n'est-il pas beaucoup plus inoffensif que tous les autres médicaments employés par cette voie? Or, cela n'est pas d'une mince importance lorsqu'il s'agit du meilleur de nos agents antiseptiques.

Pour ma part, voilà cinq ans que je fais un très grand usage de la médication phéniquée stomacale et hypodermique, et je n'en ai jamais obtenu que d'excellents effets, et qui sont tels que je n'aurais pu les obtenir avec aucun autre médicament.

Et je regarde comme impossible qu'une pratique convenablement dirigée puisse donner des résultats qui prouvent que *cette substance est toxique à faible dose.*

D'autre part, lorsqu'on n'a, dans une foule de maladies contagieuses, aucun agent *offrant les conditions d'une médication directement curative spécifique*, il me semble qu'il est de la plus vulgaire sagesse de ne pas négliger le moyen le plus puissant que nous ayons d'atténuer ou d'arrêter le mal.

Veuillez agréer, etc.

FERRAN,
Médecin-major de 1re classe en retraite.

RÉPONSE. — Je crois inutile de revenir ici sur les inditions de la médication phéniquée, au sujet de laquelle je ne puis partager l'optimisme de M. Ferran. Il y a, selon moi, des désinfectants plus sûrs de l'intestin, des antiseptiques moins dangereux que l'acide phénique.

Quant au meilleur mode d'administration de ce médicament, que j'ai expérimenté sous forme de potion, de pilules, d'injections hypodermiques et de lavements, l'hésitation ne me semble guère possible. Après avoir renoncé aux potions et aux pilules, en raison des accidents assez fréquents d'intolérance gastrique que j'ai observés, aux injections hypodermiques, en raison des difficultés pratiques qu'on éprouve à les répéter quatre ou cinq fois par jour, comme cela serait nécessaire, j'ai dû me borner à employer la voie rectale. A cet égard, comme dans mon appréciation peu favorable de la médication phéniquée *exclusive*, je crois avoir été l'écho fidèle de l'opinion publique médicale.

L. D.-B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

DES MODIFICATIONS DE STRUCTURE QU'ÉPROUVENT LES TUBES NERVEUX EN PASSANT DES RACINES SPINALES DANS LA MOELLE ÉPINIÈRE. Note de M. *L. Ranvier*.

Lorsqu'un tissu de l'organisme a été durci par le bichromate d'ammoniaque, le bichromate de potasse ou le liquide de Müller, et que les coupes que l'on en obtient ont été colorées fortement

(1) La substitution de l'oxalurie à la glycosurie a précisément été observée chez le malade atteint de sclérème de la paroi thoracique dont l'histoire est racontée par M. Verneuil, dans sa lettre à M. Potain (voy. *Gazette hebd.*, n° du 24 novembre).

bilité d'une pareille proposition qui la rend plaisante. Pour moi, je ne suis pas assuré que, à une époque où la dispute sur la circulation du sang échauffait toutes les têtes et prêtait, avec l'astronomie, la botanique et la chimie, au caquetage des salons, l'offre n'ait pas été plus sérieuse qu'elle n'en a l'air, et, que dès cette époque, les doigts mignons de quelque Julia Domma du dix-septième siècle ne se soient pas aventurés dans le cœur, et sur les artères et les veines d'un roquet défunt. Mais attendez le siècle suivant et lisez-en le tableau dans les *Origines de la France contemporaine* par M. Taine (1876, p. 79). La marotte de la folie de la science est à son comble dans le monde féminin; ce ne sont que poudres, creusets, télescopes. « Des sociétés de vingt, de vingt-cinq personnes se forment dans les salons, pour suivre un cours de physique et de chimie appliquée, de minéralogie ou de botanique..... En 1786, elles se font ouvrir les portes du Collège de France »; et l'appétit des choses médicales se développe si bien que « la marquise de Voyer voit disséquer, et que la jeune comtesse de Coigny dissèque de ses propres mains ». Encore un pas, et il conduisait les femmes dans les hôpitaux et dans les amphithéâtres, et nous aurions eu des *doctoresses-médecines* avant le duc médecin.

— Quand on a commencé une histoire, il faut la suivre jusqu'à la fin. C'est comme une observation de malade. Vous savez que, si Mme Cailhava n'a pas trouvé de trésor souterrain dans la cathédrale de Saint-Denis, des voleurs y ont parfaitement découvert le riche trésor en plein air qu'on montrait dans la sacristie; et l'on croit généralement à un lien entre le crime et l'étrange aventure des fouilles. Ce que je veux simplement vous dire aujourd'hui, c'est que, celles-ci ayant été autorisées par le ministre des cultes, qui est en même temps celui de l'*instruction*, les membres du chapitre de Saint-Denis viennent, assurent les journaux, de lui écrire pour dégager leur responsabilité.

au moyen du picrocarminate, on peut les décolorer plus ou moins et même d'une manière complète en les soumettant à l'action de l'acide formique, mélangé à l'eau ou à l'alcool. En ce qui regarde les coupes de la moelle épinière, après les avoir laissées pendant vingt-quatre heures dans une solution de picrocarminate à 1 pour 100 et les avoir lavées, je les fais séjourner pendant six à dix heures dans un mélange d'alcool ordinaire 2 parties, acide formique 1 partie (en volumes), avant de les monter en préparation dans la résine Dammar. Les fibres de la névroglie sont alors complètement décolorées, tandis que les noyaux qu'elle contient présentent encore une coloration rouge vif. Les cylindres-axes sont colorés en rose; la myéline est incolore et d'une grande transparence. Dans la substance grise, les noyaux de la névroglie, les cellules nerveuses et leurs prolongements sont beaucoup mieux dessinés que dans les préparations ordinaires. Les tubes nerveux des racines spinales, au point où ils entrent dans la moelle, montrent leur cylindre-axe coloré en rose, leur gaine médullaire incolore, et leur membrane de Schwann que marque un double contour. Ce double contour, c'est là le point important, peut être nettement reconnu sur les tubes nerveux au niveau de la pie-mère et même au sein de la couche de névroglie qui entoure la moelle. Mais, vers le milieu de cette couche, ou un peu plus loin et avant d'atteindre sa limite interne, la gaine de Schwann disparaît, et la fibre nerveuse, constituée seulement par le cylindre-axe et la gaine médullaire, n'est plus limitée que par un simple contour. En résumé, les tubes nerveux des racines arrivent, sans subir de modifications, jusqu'à la couche de névroglie qui entoure la moelle. Dans cette couche, ils perdent leur gaine de Schwann, mais le protoplasma qui double cette gaine se poursuit à leur surface et contient même un noyau lorsque le dernier étranglement annulaire est situé à une très petite distance de leur entrée dans la moelle, distance qui doit être inférieure, je le suppose, à la moitié de la longueur d'un segment interannulaire.

Des observations contenues dans la note présente et dans celle que j'ai rappelée plus haut, il résulte que les tubes nerveux des centres cérébro-spinaux possèdent, outre leur enveloppe de myéline, une couche limitante représentant la lame protoplasmique qui double la membrane de Schwann dans les tubes nerveux de la périphérie.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

MM. les docteurs *Desnos*, *Dumontpallier*, *Hayem* et *Vidal* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. (Renvoi à la section.)

M. le docteur *Duriez* adresse le compte rendu des vaccinations qu'il a pratiquées dans la colonie d'El Aricha (Algérie). (*Commission de vaccine.*)

M. Lavergne, inspecteur des Enfants assistés dans le département de l'Allier, envoie un Rapport sur son service pendant l'année 1881 et une brochure intitulée : *Des tours et des secours temporaires dans l'Allier.* (*Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur Léopold Baumel (de Montpellier), deux brochures ayant pour titres : *Pancréas et diabète* et *Calculs pancréatiques observés dans un cas de diabète maigre;* 2° de la part de M. *J.-A. Barral* une *Conférence sur le phylloxera;* 3° au nom de M. le docteur *Alfred Stocquart*, son *Rapport adressé au Collège des bourgmestre et échevins sur le service de la vaccine dans la commune de Saint-Gilles-lez-Bruxelles, pour* 1881-82; 4° de la part de M. le docteur *E. Janssens*, un *Rapport sur les opérations du Bureau d'hygiène et sur la salubrité publique de la ville de Bruxelles pendant l'année* 1881.

M. *Luys* offre, au nom de M. le docteur *Auguste Voisin*, le volume de ses *Leçons cliniques sur les maladies mentales et sur les maladies nerveuses, professées à la Salpêtrière.*

DÉCÈS. — M. le Président annonce le décès de l'un des correspondants nationaux de l'Académie, M. le docteur *Lambron*, médecin inspecteur des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon.

ÉLECTION. — L'Académie, par 47 voix sur 55 votants, nomme correspondant national dans la quatrième division (physique et chimie médicales, pharmacie) M. *Garreau*, professeur à la Faculté de médecine de Lille, présenté en première ligne; MM. Andouard (de Nantes) et Husson (de Toul), portés *ex æquo* en seconde ligne, obtiennent le premier, 6 voix et le second, 2.

FIÈVRE TYPHOÏDE. — M. *Barthez* a adressé à M. le Secrétaire perpétuel une note dont celui-ci donne lecture, et qui est relative au traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants par le sulfate de quinine à haute dose. Il y a longtemps déjà qu'ayant été à même, dans certaines circonstances, de voir l'efficacité de cette méthode thérapeutique, il a commencé à administrer pour cette affection 1gr,20 de sulfate de quinine dans 80 grammes environ d'une infusion de café noir, et en quatre fois : deux le matin à deux heures d'intervalle et deux le soir, aussi à deux heures d'intervalle; la médication est ainsi continuée deux, trois ou quatre jours au plus. M. Barthez s'en est fréquemment bien trouvé et n'a pas souvenir d'en avoir observé des effets nuisibles. D'ailleurs il n'emploie ce traitement qu'autant que l'indication lui en paraît précise, car il est, lui aussi, partisan en général de l'expectation armée pour le traitement de cette maladie; il n'use du sulfate de quinine à ces doses chez les enfants que « lorsque la fièvre typhoïde, à partir de la fin de son premier septenaire, se présente avec des caractères tels qu'il y a lieu de porter le diagnostic différentiel avec la méningite tuberculeuse ».

Après cette lecture, M. *Bouchardat* achève sa communication de mardi dernier. Il insiste plus particulièrement sur l'influence que « l'encombrement des non acclimatés » exerce dans les épidémies parisiennes de fièvre typhoïde; cette année, les ouvriers étrangers ont été retenus par le grand nombre de travaux effectués de tous côtés et, comme il arrive d'ordinaire, c'est dans les quartiers où ils se logent que la maladie a fait le plus de victimes. Après avoir donné un grand nombre de preuves de cette influence, l'orateur conseille de « ne conserver, autant que faire se pourra, dans les grands centres et à Paris spécialement, que des soldats acclimatés à la fièvre typhoïde, ou par un séjour suffisant dans la capitale ou dans les villes qui sont dans la même condition au point de vue de l'endémicité »; il voudrait aussi qu'on ne donnât pas aux travaux publics de Paris une activité aussi considérable, afin de diminuer le nombre des ouvriers non acclimatés qui y viennent. Quant à la prophylaxie, il estime que la dispersion des hommes vivant dans les endroits atteints par l'épidémie est le moyen par excellence de prévenir son extension, quelques dangers, d'ailleurs faibles, que peuvent encourir les localités où ils se réfugient.

M. Bouchardat, examinant ensuite les médications proposées contre la fièvre typhoïde, rappelle les recherches faites il y a près de cinquante ans par Serres et Gariel père, recherches d'après lesquelles les mercuriaux ont une action nettement abortive sur la fièvre typhoïde comme sur la variole; s'inspirant de cette action, alors prouvée, du mercure sur les taches lenticulaires et les papules rosées, il considère qu'en elles doit résider le ferment de la fièvre typhoïde et, par suite, il croit qu'il conviendrait de revenir aux frictions mercurielles méthodiquement pratiquées en y ajoutant l'emploi simultané de l'iodure de potassium. Le mercure est en effet l'un des parasiticides les plus énergiques, il importe de tenter de recourir à ses propriétés spéciales; peut-être un jour y sera-t-on encore plus engagé par la découverte du véritable ferment de cette affection et des procédés propres à l'atténuer. M. Bouchardat, du reste, reconnaît aussi l'efficacité des diverses médications proposées pour combattre les diverses indications de la fièvre typhoïde; il se félicite des progrès qu'elles ne cessent de faire entre les mains des médecins contemporains; le traitement hygiénique surtout est mieux connu que jamais, mais il n'est pas juste de l'appeler « expectation », comme on s'est plu à le dire, car il faut, « pour le bien diriger, une continuelle vigilance »; et pour soigner parfaitement par cette méthode un malade atteint de fièvre typhoïde, « il faut le génie médical ».

— L'Académie se forme ensuite en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. *Gariel* sur les titres des

candidats à la place déclarée vacante dans la section de physique et de chimie médicales. La liste de présentation est ainsi dressée : en première ligne, *ex æquo*, MM. G. Bouchardat et Javal ; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Ernest Hardy et Henninger ; en troisième ligne, M. Onimus. L'élection aura lieu mardi prochain.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Correspondance. — La tarsotomie dans le pied bot invétéré. — Macroglossie. — Cachexie pachydermique. — De l'arrachement du nerf sous-orbitaire. — Fracture du rachis ; luxation tardive et spontanée de la rotule.

M. *Badal* (de Bordeaux) adresse à la Société de chirurgie un mémoire intitulé : *De l'élongation de la branche du nerf nasal contre les douleurs ciliaires* (M. Trélat rapporteur).

— M. *Chavernac* (d'Aix) fait hommage à la Société d'un travail sur l'extraction de la cataracte, retour à la méthode de Daviel.

— M. *Monod* présente les deux opérés de M. Beauregard (du Havre).

M. *Desprès*. La fille marche relativement bien. Le petit garçon porte encore un appareil et le résultat n'est pas complet. La petite fille marchait assez bien avant l'opération, comme le témoigne le soulier qu'elle portait alors ; cela explique peut-être le résultat plus favorable obtenu. Ces faits ne sont pas en faveur de la tarsotomie.

M. *Trélat* a eu dans son service un homme âgé de vingt ans, guéri d'un abcès par congestion suite du mal de Pott ; il restait une paralysie partielle des fléchisseurs de la jambe et un pied bot varus équin paralytique. La ténotomie du tendon d'Achille et du long péronier latéral, suivie de l'application d'appareils, ne donna aucun résultat. C'est alors que M. Collin fabriqua un appareil ayant une portion fixe pour immobiliser la jambe et fixer le pied ; et une partie mobile saisissant l'avant-pied et pouvant être mise en mouvement par un long bras de levier. Le malade étant endormi, on ramena l'avant-pied dans sa position normale et le pied fut défléchi et immobilisé dans une bonne position. Au bout de deux mois le malade quitta l'hôpital avec un soulier permettant la marche. Pendant un an, tout alla bien ; plus tard, l'opéré quitta son soulier et le pied revint à sa mauvaise position.

Le malade rentra dans la salle de M. Trélat qui songea à faire la tarsotomie. Mais auparavant, il fit un nouvel essai avec l'appareil Collin ; le pied, bien redressé, fut mis dans du plâtre, et le malade quitta de nouveau l'hôpital avec un soulier. M. Trélat ne sait si le résultat sera durable. Cette observation prouve qu'avec des moyens mécaniques puissants, avec un appareil à redressement rapide, on obtient des restitutions de forme qui sont intéressantes.

M. *Monod*. Malgré les apparences du soulier porté avant l'opération, la petite fille ne pouvait marcher qu'avec des béquilles.

— M. *Périer* lit un rapport sur une observation de macroglossie, lue à la Société par M. Guerlain (de Boulogne-sur-Mer). Il s'agit d'une fille née en septembre 1875 ; le jour de sa naissance, elle pesait 4 kilogrammes. La langue énorme, ne pouvant tenir dans la bouche, mesurait (hors de la bouche) 5 centimètres de longueur, 4 de largeur, 2 d'épaisseur ; nombreux vaisseaux variqueux sous la muqueuse. L'enfant se développa et la langue n'augmenta pas de volume. Ecoulement continuel de salive.

Plus tard, la langue diminua de volume peu à peu, l'enfant la rentra de temps en temps dans la bouche. Les dents inférieures sont déviées en bas et en avant. L'enfant a aujourd'hui six ans. L'hypertrophie était nettement congénitale, puisqu'elle a été constatée par M. Guerlain le lendemain de la naissance. L'examen histologique n'a pu être fait ; on ne sait donc pas si l'hypertrophie est de nature musculaire ou si elle est due à un tissu lymphatique caverneux.

M. Guerlain écrit à M. Périer le 24 novembre que l'enfant rentre moins péniblement sa langue ; il y a un peu plus de gonflement et des ulcérations se montrent sur la muqueuse. M. Périer conseille l'ignipuncture qui a donné de bons résultats dans des cas analogues.

— M. *Périer* fait un rapport sur une autre observation de M. Guerlain : cachexie pachydermique consécutive à un traumatisme du cou. L'enfant âgé de seize ans, d'origine anglaise, est né aux Indes. A l'âge de dix-huit mois, il tomba de sa petite voiture dont une roue lui passa sur le cou. L'enfant ne fut pas malade, mais à partir de ce moment, il cessa de grandir. Aujourd'hui la tête est grosse, la bouche est entr'ouverte, les mains et les pieds sont cyanosés et le siège d'un œdème dur. Ventre proéminent. L'enfant passe sa journée dans un fauteuil ; les sens sont bien développés. Rien d'anormal dans la sensibilité cutanée. Pas de déformation du squelette. Dents mauvaises et difformes. Pas d'albumine dans les urines.

M. Guerlain rapproche ce fait d'une observation de cachexie pachydermique publiée en 1880 dans le *Progrès médical* par M. Bourneville. Les deux cas sont presque identiques ; comme cause, on trouve aussi un traumatisme chez le malade de M. Bourneville. Cette maladie a été observée surtout sur les adultes et il n'est pas question de traumatisme comme cause déterminante.

M. *Verneuil*. La nature nerveuse du myxœdème a été démontrée au congrès de la Rochelle par M. Henrot (de Reims). Il a mis sous les yeux de la compagnie des filets du grand sympathique très petits à l'état normal et qui avaient atteint le volume de l'index ; il a montré une glande pinéale du volume d'une prune, une glande pituitaire du volume d'une pomme d'api ; ces pièces recueillies sur le cadavre d'un sujet atteint de myxœdème, montrent la part qu'on doit faire au système nerveux dans la pathogénie de cette maladie. Dans les deux observations présentées par M. Périer, le traumatisme aura agi sur le grand sympathique pour amener le myxœdème, pour hâter l'évolution de cette maladie qui se déclare spontanément chez les adultes.

M. *Trélat* n'est pas convaincu de l'influence des traumatismes sur le développement du myxœdème ; dans un sujet encore neuf, il faut contrôler sévèrement les causes présumées de l'affection.

— M. *Pozzi* lit un rapport sur un mémoire de M. Blum : *De l'arrachement du nerf sous-orbitaire*. Une femme de soixante-huit ans avait depuis quinze jours une névralgie du côté gauche de la face ; douleurs continues avec exacerbations atroces. Le centre de la douleur était au niveau du trou sous-orbitaire. Tous les traitements internes avaient échoué. On avait arraché sans résultat toutes les dents de la mâchoire supérieure. M. Blum arracha le nerf sous-orbitaire qui n'était pas altéré, la douleur disparut pour ne plus revenir. L'opération a été faite le 22 février 1882.

Ce procédé est nouveau. M. Pozzi a trouvé trois observations d'arrachement de nerf, alors que le chirurgien voulait faire l'élongation :

1° Arrachement du frontal externe à la suite de son élongation (Panas, *Archives d'ophthalmologie*, 1881), guérison, survie deux mois ;

2° Arrachement du nerf sous-orbitaire à la suite de l'élongation ; pas de soulagement (Badal) ;

3° Arrachement du frontal externe, suite d'élongation (Monod). Insuccès.

Selon M. Pozzi, l'arrachement de l'extrémité d'une branche du trijumeau ne saurait prendre place comme méthode à côté de l'élongation. L'élongation donne des résultats moins bons que la névrectomie.

— M. *Guermonprex* (de Lille) lit une observation de fracture du rachis par cause indirecte : luxation tardive et spontanée de la rotule.

L. LEROY.

Société de biologie.

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

Hémorrhagie traumatique de la protubérance : M. Bochefontaine.— Du rôle de l'excitation du plexus solaire dans la congestion pathologique de l'estomac : M. Leven. — Migration des sardines : M. Pouchet. — Surdité réflexe : M. Gellé.

M. *Bochefontaine* présente une pièce anatomique que lui ont remise MM. Brouardel et Descouts. C'est la protubérance annulaire d'un homme relevé mort sur la voie publique et sur lequel on n'a aucun renseignement clinique. La partie postérieure du crâne ayant porté sur l'angle d'un trottoir, offrait des traces de contusion et dans la protubérance se trouve un foyer hémorrhagique qui en occupe le centre. A l'occasion de ce fait, M. Bochefontaine s'est demandé s'il n'y avait pas une relation entre la chute et l'hémorrhagie. Il a pensé que l'expérimentation cadavérique pourrait peut-être lui fournir quelques renseignements à ce sujet, si par exemple un choc sur une région donnée du crâne déterminait une désorganisation da la protubérance. Quatre expériences sont demeurées négatives ; l'auteur pense que ces résultats négatifs doivent être attribués à l'absence du sang dans les vaisseaux du cadavre; il pense que, chez le sujet vivant, la tension vasculaire est la condition de réalisation de l'expérience. Il se propose de reprendre ces expériences en soumettant la cavité crânienne à une circulation artificielle pendant que des chocs divers seront appliqués sur le crâne.

— M. *Leven* pense que l'excitation du plexus solaire joue le rôle principal dans la congestion pathologique de la muqueuse de l'estomac, première étape de toutes les dyspepsies. D'après l'auteur cette excitation du plexus solaire est facile à constater ; il l'a trouvée chez 400 malades ; elle se révèle par une très grande sensibilité au niveau de l'appendice xiphoïde. Limitée et peu intense si l'excitation du plexus est faible, cette sensibilité augmente d'étendue et d'intensité avec l'excitation du plexus solaire. D'après M. Leven, presque toutes les affections sont capables de retentir sur le plexus solaire et d'en déterminer l'excitabilité pathologique. Ce sont surtout les affections cérébrales et même la simple excitation intellectuelle, qui produisent cet effet. Le traitement consiste dans l'application de cautérisations au fer rouge à l'épigastre.

— M. *Pouchet* met sous les yeux de la Société des tableaux dressés par M. Raterer et représentant jour par jour les dimensions des sardines pêchées sur les côtes de Bretagne. A la seule inspection de ces tableaux, un fait frappe, c'est que la dimension des sardines varie d'une époque à l'autre d'une façon irrégulière de sorte qu'il semble que des générations de sardines se succèdent à la surface de la mer, sans qu'on sache où vont celles qui disparaissent.

— M. *Gellé* a observé un cas de surdité d'origine réflexe chez une dame de soixante-cinq ans, atteinte de carie de la dernière molaire droite de la mâchoire inférieure. Il y avait, en même temps que de l'injection de la membrane du tympan du même côté, de l'enchifrènement des fosses nasales, de la rougeur de la pommette. Tous les phénomènes disparurent après l'extraction de la dent malade. Quelque temps après, M. Gellé observe un nouveau fait analogue. Il résulte du reste de quelques recherches qu'il a faites à ce sujet qu'on trouve dans les recueils périodiques français et étrangers des observations semblables.

— A cinq heures et demie la Société se réunit en comité secret pour entendre la lecture du Rapport de la commission pour le concours du prix Godard.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Solution de peptone mercurique ammonique : M. Delpech. — Du traitement de la fièvre typhoïde : MM. Moutard-Martin, Cadet de Gassicourt, C. Paul, Dujardin-Beaumetz.

A propos du procès-verbal de l'avant-dernière séance, M. *Delpech* proteste contre cette assertion que la solution de peptone mercurique ammonique ne peut être préparée que par *un seul pharmacien*, ce qui serait, ainsi que l'a dit M. Blondeau, un grave inconvénient. Il en a publié la formule dans le petit formulaire magistral, il l'a également indiquée dans ses communications à la Société, et M. Martineau l'a reproduite dans son premier mémoire sur les injections hypodermiques de peptone mercurique. Ce n'est donc pas un remède secret, c'est une préparation nettement définie et facilement exécutable ; aussi ne peut-il comprendre comment le pharmacien en chef de la Charité a refusé de l'exécuter, sur la demande de M. Féréol, et a prétendu que cette solution était impossible à préparer et à doser. Non seulement cette préparation est possible, mais elle est même facile ; la solution peut à la longue s'altérer, à cause des propriétés hygrométriques de la peptone qu'elle renferme, mais n'en est-il pas de même de bien d'autres préparations pharmaceutiques.

M. *Féréol* n'a nullement voulu assimiler la solution de peptone mercurique ammonique à un *remède secret* et n'a jamais suspecté la bonne foi et la délicatesse bien connues de M. Delpech ; il a simplement rapporté les paroles de M. Méhu et son refus de préparer cette solution ; il laisse à ce dernier toute la responsabilité de ses affirmations.

M. *Blondeau* a formulé l'objection que rappelle M. Delpech, en réponse à cette assertion émise par M. Martineau, que jusqu'alors M. Delpech était le seul qui ait réussi à préparer convenablement la solution de peptone mercurique.

M. *Martineau* regrette que ses paroles aient dénaturé sa pensée ; il a voulu dire seulement que jusqu'ici, sans doute à cause de la différence existant entre la peptone fournie aux pharmaciens des hôpitaux et la peptone de Catillon dont se sert M. Delpech, ce dernier seul avait obtenu une préparation parfaite, avec laquelle les injections hypodermiques ne donnent lieu à aucune douleur et à aucun accident local.

M. *Tanret* pense que c'est au chlorure de sodium que renferme la peptone de Catillon, qu'on doit attribuer sa supériorité au point de vue de la préparation de la peptone mercurique ammonique. Peut-être pourrait-on obtenir une solution possédant les mêmes qualités en employant les peptones d'une autre provenance, et en leur ajoutant une certaine quantité de chlorure de sodium.

M. *C. Paul* reconnaît comme un fait indiscutable que la solution de peptone mercurique a été publiée par M. Delpech et qu'elle peut être exécutée ; ce n'est nullement un remède secret. Il est d'ailleurs convaincu que, par suite des progrès de la thérapeutique et de la pharmacie, il est parfois nécessaire de recourir à certaines *marques* pour obtenir des produits purs et sur l'action desquels on puisse compter. Il est un certain nombre de substances dont la composition peut varier suivant leur provenance ; n'est-il pas raisonnable

de s'adresser, pour se les procurer, au pharmacien qui les prépare avec le plus de compétence et qui les livre toujours identiques à elles-mêmes et d'une pureté absolue? — M. C. Paul indique, à ce propos, un moyen très simple d'obtenir des solutions médicamenteuses qui ne se couvrent pas de moisissures; il suffit d'employer comme dissolvant de l'eau de fontaine *bouillie*. Si, au bout d'un certain temps, des conferves se montraient dans le liquide, il suffirait de le porter un instant à l'ébullition et de le filtrer, pour avoir de nouveau une solution limpide et facile à conserver.

— M. *Moutard-Martin* appelle l'attention de la Société sur certains points spéciaux du *traitement de la fièvre typhoïde*. Il croit que tout le monde est aujourd'hui d'accord sur la nature de la fièvre typhoïde : c'est une septicémie. Faut-il donc chercher, dans le traitement de cette maladie, à détruire le principe septique? Il faudrait, pour cela, connaître ce principe et nous ignorons encore sa nature. Il ne condamne cependant pas les essais qui ont été tentés dans cette voie, mais à la condition absolue que les médicaments employés ne soient pas toxiques. Or, le sulfate de quinine à la dose de trois, quatre et cinq grammes est toxique s'il est absorbé, et peut entraîner la mort du malade. Il est du reste probable que chez la plupart des typhoïdiques la plus grande partie du médicament est éliminée dans les selles, sans avoir subi d'absorption appréciable; mais s'il en est ordinairement ainsi au début et au cours de l'affection, il arrive un moment où, l'amélioration se produisant assez rapidement, l'absorption peut avoir lieu et l'intoxication est à redouter. Il rejette pour la même raison, l'acide phénique et l'acide salicylique; à faible dose ils sont inutiles, à doses élevées ils sont dangereux. La médication la plus rationnelle et la plus sage est, à coup sûr, celle que M. Dujardin-Beaumetz a nommée la médication du symptôme. Il est cependant certains symptômes qu'il ne faut pas trop s'efforcer de combattre; l'hyperthermie, par exemple, peut se maintenir assez longtemps dans la dothiénentérie à un chiffre très élevé, sans que pour cela le pronostic soit absolument grave. M. Moutard-Martin montre deux courbes thermiques recueillies chez des typhoïdiques aujourd'hui convalescents, et qui ont présenté pendant onze jours consécutifs une température de 40 degrés à 40°,8; une semblable hyperthermie serait, dans toute autre affection, un signe pronostique à peu près certain de terminaison fatale. D'ailleurs le professeur Hardy a fait voir que, dans un certain nombre de cas, cette hyperthermie ne s'accompagne pas d'une accélération proportionnelle du pouls; on observe une température de 40 degrés et plus, avec 100, 110 ou 116 pulsations; le pronostic est alors favorable et le malade guérit le plus souvent. Si, au contraire, avec le même chiffre thermique, le pouls s'élève à 125, 130 ou 140 pulsations, la mort est à peu près inévitable. Est-il donc très utile d'abaisser la température? Non, certes; on substitue dans ce cas un état morbide factice à l'état morbide vrai, mais on ne guérit pas pour cela la septicémie typhoïdique. Il est bon cependant, pour soulager les souffrances du malade, de modérer les températures très élevées, qui s'accompagnent de sécheresse exagérée de la peau; pour cela, le meilleur moyen consiste dans les lotions tièdes ou fraîches fréquemment répétées. M. Moutard-Martin a essayé deux fois les bains froids dans des cas désespérés, avec délire violent, fréquence extrême du pouls et température supérieure à 41 degrés. Les malades ont succombé, après avoir présenté, après chaque bain, un abaissement de température de 1°,5 environ, bientôt suivi d'une nouvelle ascension. Le principal but vers lequel doit tendre le traitement est de s'opposer à l'auto-infection. Il se produit dans l'intestin des sécrétions propres à augmenter la septicémie, et le séjour des matières fécales dans le tube intestinal est une cause de danger; aussi, les purgatifs salins répétés sont-ils un excellent mode de traitement, ils modèrent la diarrhée et souvent abaissent la température. On devra également nettoyer plusieurs fois par jour le rectum, au moyen de lavements. Quant aux antiseptiques, tels que l'acide phénique, ils sont dangereux et toxiques à dose suffisante pour que leur action soit manifeste. Y a-t-il beaucoup plus à faire? Non; il faut seulement soutenir les forces du malade et le nourrir avec du lait et du bouillon; on donnera des potages aussitôt que l'état général le permettra. — M. Moutard-Martin proscrit l'opium et les injections hypodermiques de morphine chez les typhoïdiques, à cause de la dépression et du collapsus qui suivent leur emploi; toutes les injections hypodermiques, et en particulier celles de bromhydrate de quinine, peuvent amener, chez les typhoïdiques dont les téguments ont une grande tendance au sphacèle, la production d'abcès ou d'eschares assez étendus. Lorsqu'il existe une douleur très vive au niveau de la fosse iliaque droite, on peut la faire disparaître bien facilement en appliquant à ce niveau cinq ou six sangsues.

M. *Cadet de Gassicourt* a employé l'acide salicylique dans la fièvre typhoïde chez les enfants; il le donnait au début à la dose de 2 grammes, mais le résultat antithermique était presque nul; il augmenta progressivement la dose jusqu'à 5 à 6 grammes par jour chez des enfants de onze à douze ans. Il obtint alors un abaissement de température de près de 4 degrés, mais avec des phénomènes de prostration inquiétants, et sans aucun bénéfice au point de vue de l'évolution de la maladie. Il a renoncé entièrement à une semblable thérapeutique.

M. *C. Paul* a remarqué dans l'épidémie dernière de fièvre typhoïde la fréquence des formes atténuées, le petit nombre des taches rosées, la pâleur marquée des malades, et le nombre relativement considérable des thromboses veineuses; il a observé une thrombose du membre supérieur. Les eschares lui ont semblé au contraire bien moins étendues en profondeur que dans les épidémies antérieures. Il rappelle que Briquet et Monneret avaient expérimenté le sulfate de quinine dans le traitement de la dothiénentérie, à la dose de 4 à 5 grammes, mais que, après avoir constaté son action toxique, ils y avaient renoncé. Il a pu se convaincre que le salicylate de quinine, à la dose de 2 grammes, donne un abaissement de température de 1° environ, et que son action est plus persistante que celle du sulfate; mais, pas plus que ce dernier, il n'a d'influence heureuse sur la marche de la maladie. M. C. Paul emploie le traitement par les purgatifs salins répétés, les lotions et les lavements froids; ceux-ci font assez bien disparaître la chaleur et la tension pénible du ventre. Il donne des lavements d'hyposulfite de soude pour désinfecter les selles. M. C. Paul a essayé d'administrer aux typhoïdiques, alors que la température s'abaisse le matin jusqu'à 37 degrés, tout en restant encore élevée le soir, des peptones mélangées au bouillon, espérant ainsi les nourrir sans les exposer à une nouvelle ascension thermique; il a été surpris de voir que ces malades ne réparaient pas leurs forces plus rapidement que ceux auxquels on ne donnait pas de peptones.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer que l'abaissement de l'hyperthermie n'est un signe d'amélioration de l'état du malade que si cet abaissement est spontané; si l'on abaisse la température par des moyens thérapeutiques, c'est qu'on a intoxiqué le malade, tout en laissant subsister d'autre part l'intoxication septique. L'acide phénique, par exemple, est dangereux; il abaisse certainement la température, mais parfois les malades *meurent* avec une température basse. Les émissions sanguines seraient peut-être dans quelques cas d'utiles antipyrétiques, elles agiraient comme les hémorrhagies spontanées, dont les effets sont assez souvent heureux; elles auraient au moins l'avantage de ne pas intoxiquer le patient. Chez les typhoïdiques les lésions intestinales diminuent considérablement l'absorption, c'est ce qui permet de leur administrer, sans plus de danger, des doses

toxiques de certains médicaments qu'on retrouve dans les selles ; mais il arrive parfois qu'à un certain moment l'absorption se rétablit, et si les reins ne sont pas sains, ce qui est fréquent dans la dothiénentérie, l'élimination ne peut avoir lieu ; on observe alors des accidents de collapsus formidables : on a transformé le typhoïdique en un homme *empoisonné*. On trouve chez ces malades une congestion rénale intense et le plus souvent de l'albuminurie.

— A cinq heures trois quarts la séance est levée.

André Petit.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de l'anatomiste, par MM. Charles Morel et Mathias Duval. Paris, Asselin, 1883.

Nous avions déjà de bons manuels : celui de Beaunis et Bouchard, de Jamain, de Fort lui-même qui, quoique trop schématique, n'était pas sans quelque valeur. Voici qu'il nous en arrive un autre, signé de noms connus, aussi bien par leur érudition sérieuse que par leur talent de vulgarisateurs.

Le nouveau manuel de MM. Charles Morel, professeur de la Faculté de médecine de Nancy, et Mathias Duval, notre agrégé si justement populaire parmi les étudiants, et dont les cours ont été si applaudis, se distingue des précédents par quelques particularités importantes que les auteurs ont pris soin de nous signaler... « Les données embryologiques peuvent singulièrement simplifier la conception des formes, des connexions et des rapports des organes, en indiquant, pour ainsi dire, leur *pourquoi*, et précisant la vraie nature des parties; c'est ce que nous avons essayé de faire pour les centres nerveux et notamment pour les cavités cérébrales ou ventricules. » Déjà, dans le *Traité d'anatomie descriptive* de Cruveilhier, M. Marc Sée, à l'exemple de quelques auteurs allemands, avait tracé avec un grand succès cette voie aux anatomistes français, et nous nous rappelons avec reconnaissance le service qu'il rendit aux élèves d'alors.

« Si nous ajoutons à cela que, pour l'étude des articulations, nous avons cherché à simplifier la description des ligaments pré-articulaires en les rattachant à l'idée plus claire et plus vraie d'un manchon fibreux, nous aurons indiqué tout ce qu'il peut y avoir de nouveau dans la partie théorique ou descriptive de l'ouvrage. »

Dans la partie technique, les auteurs ont insisté sur les procédés de conservation des sujets ; ils ont donné l'indication des procédés d'étude extemporanée et des modes de conservation de pièces conservées; ils ont donné au paragraphe dit de préparation le même texte que pour ceux dits de description, voulant marquer ainsi que l'importance des premiers ne doit pas être considérée comme moindre que celle des seconds. Enfin, les auteurs ont pensé que, pour plus de clarté, il était préférable de décrire les veines en allant des gros troncs vers les petits.

Nous n'insisterons pas sur les qualités de précision, de rapidité de style, de netteté de description que l'on trouve dans cet ouvrage dont le succès nous semble absolument assuré, le nom des auteurs, le format du livre, les soins apportés à son exécution le rendront bientôt populaire, et avant peu on le trouvera sur toutes les tables de dissection.

P. R.

VARIÉTÉS

Cazalis (Eugène-Edme) vient de mourir presque subitement (c'est un genre de mort d'une fréquence toute particulière, semble-t-il, dans le corps médical, et l'on en verra ci-dessous un autre exemple). Après avoir rempli pendant quelque temps les fonctions de médecin du bureau de bienfaisance du VIIe arrondissement, il avait été nommé, en 1852, médecin des hôpitaux. M. Cazalis, praticien très expérimenté, était le père de notre distingué confrère, le docteur J. Cazalis, médecin du Mont-Dore. On lui doit un *Manuel de physiologie* (1843). C'était un vitaliste, grand ami des diathèses et en même temps collectionneur de pièces anatomiques dont il est regrettable qu'il n'ait pas fait profiter le public médical.

Nécrologie. — M. le président de l'Académie de médecine a annoncé dans la dernière séance la mort de M. le docteur Lambron, qui appartenait depuis peu de temps à la Compagnie, comme membre correspondant national. Ce distingué confrère avait pratiqué avec un grand succès aux eaux de Luchon, dont il était le médecin inspecteur. On lui doit quelques travaux estimés sur la thérapeutique thermale.

— Constantinople vient de perdre l'unique médecin aliéniste, le docteur Mongeri, sujet italien, qui y avait fondé un asile d'aliénés. Il était membre de la *Société médico-psychologique de Paris*. C'était un homme recommandable à tous égards, appelé, avec une trentaine d'autres médecins, comme expert dans l'affaire de l'assassinat du colonel russe Kumercau; il avait cru d'abord à la simulation de la folie chez l'assassin Déli-Mehemet, puis avait émis des doutes à cet égard.

Erratum. — Un renseignement inexact, et qu'il nous est bien agréable de rectifier, nous avait fait dire (n° 48, p. 796) que M. le docteur G. Séguin (de New-York), dont le nom se rattache à un événement si cruel, était mort récemment. Le *New-York Herald*, édition européenne, du 1er novembre, fait le tableau de la douleur dans laquelle l'a plongé le drame qui lui a enlevé sa femme et ses trois enfants (voy. au *Feuilleton*).

Direction de la santé publique. — En rendant compte au ministre de l'intérieur de leur mandat comme délégués de son ministère au Congrès d'hygiène de Genève, MM. Henry Liouville et Vidal lui ont remis un dossier renfermant différents documents relatifs à la création d'une direction de la santé publique. Le ministre s'est déclaré disposé, en ce qui concerne son ministère, à entrer dans la voie indiquée par les projets en question. D'autre part, avant-hier, à l'occasion de la discussion générale sur le budget du ministère du commerce à la Chambre des députés, M. Liouville a vivement insisté pour que M. le ministre du commerce étudie, d'accord avec son collègue de l'intérieur, la solution de cette réforme. Le compte rendu officiel nous montre qu'un très grand nombre de députés ont approuvé la manière de voir de M. Liouville. Nous aimons à penser que la commission mixte, réclamée à cet effet par le comité consultatif d'hygiène depuis un an déjà, sera prochainement nommée.

Faculté de médecine de Paris. — A la séance de mardi du Conseil municipal de Paris, M. le doyen de la Faculté de médecine a donné lecture du compte rendu annuel de la Faculté. Nous en extrayons les renseignements suivants.

Au 16 octobre 1882, le nombre des étudiants ayant fait acte de scolarité dans le cours de l'année 1881-82 était de 4209. Il faut ajouter à ce chiffre 388 étudiants qui ont pris leur première inscription au mois de novembre dernier ; les attardés qui reviennent quelquefois aux études médicales, après sept ou huit années d'interruption; les étrangers au nombre de 50, et les femmes au nombre de 39; ce dernier chiffre est en diminution de 13 sur celui de l'année dernière. Cette année, 6076 examens ont eu lieu à la Faculté de Médecine; la proportion des étudiants refusés dépasse le quart sans atteindre le tiers.

COLLÈGE DE FRANCE. MUSÉUM. — La Chambre des députés vient d'adopter deux amendements au projet de budget, tendant : le premier, à une augmentation de 6000 francs sur le chapitre 12, pour la station physiologique annexée à la *chaire d'histoire naturelle des corps organisés ;* le second, à augmenter le chapitre 13 d'une somme de 3000 francs pour annexer un laboratoire à la chaire de pathologie comparée.

RECONSTRUCTION DE LA MORGUE.— M. le préfet de la Seine vient d'instituer une commission chargée d'étudier un plan général et d'élaborer un programme pour la reconstruction de la Morgue. Les membres du corps médical qui font partie de cette commission présidée par le préfet de la Seine sont : MM. les professeurs Béclart, Wurtz et Brouardel ; MM. les docteurs Descouts, adjoint de la Morgue ; Bourneville et Decorse, conseillers généraux de la Seine.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — La séance de rentrée de l'*Ecole de médecine* et de l'*Ecole préparatoire à l'enseignement supérieur des lettres et des sciences* a eu lieu le 8 novembre, dans la salle du musée anatomique de l'Ecole de médecine, sous la présidence de M. H. Métivier, inspecteur d'académie à Nantes. M. le professeur Andouard, chargé du discours de rentrée, a prononcé l'éloge de Pierre-Adolphe Bobierre, mort l'an dernier à l'âge de cinquante-huit ans. Bobierre, né à Paris, avait été, à dix-neuf ans, préparateur des cours de chimie à l'Ecole primaire supérieure, et plus tard préparateur de M. Dumas à la Faculté de médecine. Il s'est voué surtout à l'étude des questions agricoles à Nantes, où il s'était fixé en 1846 ; il dirigeait une grande usine de produits chimiques. M. Andouard, lui-même chimiste très distingué, et qui a remplacé Bobierre dans une partie de ses travaux, a fait ressortir en très bons termes les aptitudes si diverses et les nombreux services rendus par cet homme éminent. Enfin M. le professeur Malherbe fils a rendu compte des causes d'examens de l'Ecole de médecine. Les lauréats sont :

Concours pour les prix. — Etudiants de 1re année : M. Terrien. — Etudiants de 2e année : M. Vignard. — Etudiants de 3e année : M. Bureau ; accessit à M. Chiron.

Prix de clinique. — Premier prix : MM. Vigot et Brossier, *ex æquo.* — Deuxième prix : M. Pedrono.—Troisième prix : M. Ribard.

FIÈVRE TYPHOÏDE.— On télégraphie de Saintes : « L'épidémie de fièvre typhoïde sévit toujours ici. On a constaté sept décès lundi. Un bataillon du 6e de ligne, qui devait partir pour l'île d'Oléron, a reçu contre-ordre. On prétend que l'épidémie est dans l'île. Le médecin-major du régiment y est parti pour se rendre compte de la situation. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. le docteur Rabot est nommé chef de clinique médicale ; M. le docteur Gangolphe est nommé chef de clinique chirurgicale ; M. le docteur Chambard est nommé chef de clinique des maladies syphilitiques et cutanées ; M. le docteur Royer est nommé chef de clinique des maladies mentales.

— M. Morat, professeur de physiologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est délégué temporairement, en la même qualité, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. Alban de la Garde, suppléant, est chargé du cours d'hygiène et de thérapeutique, en remplacement de M. Robert appelé à d'autres fonctions. M. Robert, professeur de thérapeutique et d'hygiène, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique interne, en remplacement de M. Chedevergne, appelé à d'autres fonctions. M. Chedevergne, professeur de clinique interne, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique externe, en remplacement de M. Guérineau, décédé.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été nommés : *Médecins aide-majors de deuxième classe* : MM. les médecins stagiaires Hutin, Mosimann, Béchard, Petit, Stroebel, Lafille, Meunier, Raynal, Février, Carlier, Monnot, Lepagnez, Pailloz, Basin, Boucher, Godin, Debrie, Desprez, Barberet, Fabre, Robert, Tayac, Vachez, Sabatier, Bernard, Grnet, Baratte, Mesnier, Toussaint, Segrestan, Poirier, Pelletier, Germaix, Pélix, Jette, Vogelin, Chameroy, Clavelin, Boussavit, Dupeyron, Dumontier, De Poul de Lacoste, Billet, Galibern, Piot, Landouzy, Ott, Cornille, Bodeau, Pascaud, Bonnamy, Prunièras, Rostan, Delorme, Doze et Dève.

COURS PUBLIC SUR LES MALADIES DES YEUX.— Le docteur Galezowski a commencé ce cours à l'école pratique de la Faculté, amphithéâtre n° 2, le mercredi, 6 décembre à huit heures du soir, et il le continuera les mercredis suivants à la même heure. Ce cours comprendra l'étude des altérations oculaires dans les maladies de la moelle épinière et du cerveau. La fin de chaque séance sera consacrée à des démonstrations ophthalmoscopiques.

MORTALITÉ A PARIS (48e semaine, du vendredi 24 au jeudi 30 novembre 1882).— Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1064, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 73. — Variole, 11. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 32. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 3. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 33.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 212. — Autres tuberculoses, 6. — Autres affections générales, 77. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 55. — Bronchite aiguë, 34. — Pneumonie, 73. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 45 ; au sein et mixte, 25 ; inconnu, 7.— Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 88 ; de l'appareil circulatoire, 73 ; de l'appareil respiratoire, 78 ; de l'appareil digestif, 47 ; de l'appareil génito-urinaire, 31 ; de la peau et du tissu lamineux, 3 ; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0 ; infectieuse, 0 ; épuisement, 1 ; causes non définies, 0. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 2.

Conclusions de la 48e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1235 naissances et 1064 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient 995, 1119, 1002, 1071. Le chiffre de 1064 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir : une atténuation pour la fièvre typhoïde (73 décès au lieu de 79, pendant la 47e semaine). A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 11 décès par variole (au lieu de 10), 8 par rougeole (au lieu de 10), 2 par scarlatine, 3 par coqueluche (au lieu de 2), 32 par diphthérie (au lieu de 34), 4 par érysipèle (au lieu de 7), 3 par infection puerpérale (au lieu de 2).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la fièvre typhoïde (171 malades reçus du 20 au 26 novembre au lieu de 221 entrés pendant les sept jours précédents), et supérieur pour la variole (29 au lieu de 22), et pour la diphthérie (32 au lieu de 30).

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, une quittance leur sera présentée à partir du 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra* 50 *francs*, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

Nous rappelons aux Abonnés de la GAZETTE HEBDOMADAIRE *qu'ils ont droit, moyennant un supplément annuel de* 8 *francs, à recevoir le* BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, *publié le dimanche de chaque semaine.*

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

MOTTEROZ, Adm.-Direct des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 14 décembre 1882.

LA RAGE. — LA LOCALISATION DU LANGAGE ARTICULÉ. — LA FIÈVRE TYPHOÏDE A AUXERRE. — LA TAILLE HYPOGASTRIQUE. — LE DOCTORAT ÈS SCIENCES MÉDICALES. — INSTRUCTIONS SUR LE FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

La rage. — La localisation du langage articulé. — La fièvre typhoïde à Auxerre.

Nous appelons tout spécialement l'attention des lecteurs sur les résultats des expériences que M. Pasteur vient de faire connaître à l'Académie de médecine, par son intermédiaire habituel, M. Bouley, sur les localisations du virus rabique dans le système nerveux, et principalement sur la possibilité, peut-être assez prochaine, de parvenir à faire acquérir aux chiens l'immunité contre cette maladie. Déjà plusieurs exemples tendent à faire espérer ce résultat. M. Pasteur, on le verra d'autre part, vient aussi de faire une nouvelle application et avec le plus grand succès, de sa méthode d'atténuation des virus au mal rouge des porcs.

M. Bitot, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Bordeaux, est venu présenter le résumé de très importantes recherches sur la localisation du langage articulé aussi bien dans le lobe frontal droit que dans celui du côté gauche; il remet ainsi en honneur l'opinion de Bouillaud, qui, d'ailleurs, pour un certain nombre d'anatomo-physiologistes, n'avait jamais été complètement battue en brèche. L'examen du mémoire de M. Bitot a été renvoyé à l'examen de juges tout particulièrement compétents, MM. Vulpian et Mathias Duval.

— A la Société médicale des hôpitaux, un distingué praticien de province, M. le docteur Dionis des Carrières, a fait une communication du plus haut intérêt sur l'origine de la récente épidémie de fièvre typhoïde à Auxerre. L'auteur l'attribue à l'usage d'eaux potables polluées par le voisinage d'un fumier de ferme sur lequel avaient été projetées des matières typhoïdiques. (Voyez ci-après au compte rendu de la séance.)

La taille hypogastrique.

La taille hypogastrique a subi de grandes vicissitudes : méconnue et condamnée par son propre inventeur auquel elle avait procuré cependant un incontestable succès, elle dut, pour ainsi dire, être retrouvée à nouveau. Accueillie par les uns, rejetée par les autres, elle n'était jamais entrée sans conteste dans la pratique courante, lorsque l'innocuité relative de la laparotomie est venue, à notre époque, rappeler l'attention sur elle. On revise maintenant son procès sur de meilleurs documents, et tout porte à croire que la cystotomie sus-pubienne sortira victorieuse de cette épreuve décisive. C'est ce que nous allons essayer de démontrer dans cet article où nous mettrons à profit le travail si précis, si judicieux et si vivant publié par M. Chauvel dans le *Dictionnaire encyclopédique*, la récente thèse de M. Broussin émanée de l'école de Necker si fertile en travaux excellents, enfin une étude encore inédite que nous devons à l'obligeance du professeur Guyon et qui paraîtra sous peu dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*.

I

Franco nous raconte que, dans l'année 1561, il ne put, chez un enfant de deux ans, faire saillir au périnée un calcul du volume d'un œuf de poule. Il se décida « avec l'importunité des père, mère et amis, de copper ledit enfant, par-dessus l'os pubis... sur le pénil, un peu à costé et sur la pierre, car je levoys icelle avec mes doigts qui estoyent au fondement... elle fut tirée par ce moyen et puis après le patient fut guari, nonobstant qu'il en fut bien malade; combien je ne conseille à homme d'ainsi faire. » Nous connaissons les causes de ce rigoureux ostracisme : les plaies de la vessie passaient alors pour être constamment mortelles.

Nous ne suivrons pas l'histoire de la taille haute pendant le dix-septième, le dix-huitième et la première moitié du dix-neuvième siècle. Ce travail est fait dans l'article de M. Chauvel avec une méthode, un luxe de détails, une ampleur d'informations remarquables, et nous ne pouvons qu'y renvoyer le lecteur. Il y verra que la cystotomie sus-pubienne ne fut jamais acceptée ou repoussée sans arrière-pensée. On y revenait avec persistance, mais de tout temps elle eut de puissants détracteurs. La terreur qu'inspirait la blessure de la vessie, la crainte d'atteindre le péritoine, arrêtaient le gros

des lithotomistes, et, si nous en exceptons Nicolas Piètre, Douglas, Thornill, Heister, Lecat, frère Côme et, plus près de nous, Belmas, Souberbielle et Monod père, la taille hypogastrique n'était guère pratiquée, même par ceux qui la prônaient le plus.

Ce n'est pas que, depuis Franco et son rasoir bien aveugle dans son incision, de grands progrès n'aient été accomplis! Les efforts de tous convergent pour éviter l'un de ces deux écueils de la taille hypogastrique : l'infiltration d'urine, la blessure du péritoine. Pour atteindre ce dernier but, Rousset propose de distendre la vessie par une injection d'eau. En débordant la symphyse, le réservoir urinaire refoulera le cul-de-sac péritonéal. Kulm essaya plus tard d'une sonde spéciale qui devait donner à frère Côme l'idée de la sonde à dard; cette dernière fut elle-même modifiée de façon à ce que le même instrument pût servir à l'injection du liquide dans la vessie et au soulèvement de sa paroi. Aucun de ces procédés ne résolvait le problème, et l'on n'a acquis de véritable sécurité à l'égard de la séreuse que le jour où Petersen, par le ballonnement du rectum, a non seulement remonté la séreuse, mais surtout donné un appui solide à la vessie distendue et saillante au-dessus du pubis.

Le second écueil, l'infiltration d'urine, a suscité, lui aussi, de nombreuses modifications à la taille de Franco et de Rousset. C'est ainsi qu'on proposa la cystotomie en deux temps. Vernière imagina un compresseur dont le bouton intra-vésical venait appliquer fortement les tissus contre une plaque extérieure située sur l'abdomen au-dessus du pubis. Mais on obtenait plus de déchirures et de perforations que d'adhérences. Vidal, de Cassis, incisait jusqu'à la vessie qu'il n'ouvrait, par une seconde opération, qu'au bout de quelques jours et lorsque l'inflammation avait soudé toutes les couches entre elles. Valette, de Lyon, poursuivait le même résultat à l'aide de caustiques potentiels. De graves échecs firent renoncer à ces diverses pratiques, et nous ne pensons pas qu'un récent procédé, imaginé par Langenbuck et dérivé de celui de Vidal, soit appelé à un bien grand succès.

Ce que ne put donner la taille en deux temps, on essaya de l'obtenir par divers artifices pour le facile écoulement de l'urine hors de la vessie et son détournement de la plaie. La sonde à demeure ne suffit pas; les mucosités que sécrète la paroi malade en obturent rapidement les yeux; le liquide déborde, baigne la plaie, stagne dans le tissu cellulaire, se décompose dans les anfractuosités, et les accidents éclatent. On eut alors l'idée de mettre, dans la vessie, un lambeau d'étoffe qui par capillarité amènerait l'urine jusqu'à l'extérieur. Ce moyen, proposé par Ségalas, était bien infidèle; la boutonnière périnéale de frère Côme était à double fin, et, si elle facilitait l'introduction de la sonde, elle offrait aussi une voie pour l'écoulement de l'urine. La gravité de cette plaie nouvelle, ajoutée à la laparatomie, devait la faire abandonner. Il en fut de même de l'incision latérale du périnée, proposée par Palluci, et de la ponction recto-vésicale de Deschamps. Les différentes variétés de siphon échouèrent de même. Seuls les tubes en caoutchouc de M. Perrier sont d'une utilité incontestable.

L'insuffisance de ces moyens était trop manifeste pour qu'on ne tentât pas l'occlusion de la vessie. Après l'extraction de la pierre, les parois étaient adossées et réunies par les divers procédés de suture. Les échecs de frère Côme n'ont point rebuté les chirurgiens, et des tentatives nouvelles ont été faites dans notre siècle. Des noms importants dans l'histoire de la taille hypogastrique, Dulles, Bruns, Ulzmann, Albert, Lister et Petersen figurent parmi ceux qui tiennent pour cette pratique à laquelle ils doivent de beaux succès. Nous ne saurions y contredire, mais nos maîtres, en France, s'en montrent peu enthousiastes. Ils restent sur une prudente réserve, et avant de recourir eux-mêmes à la suture, ils paraissent attendre la publication d'observations plus démonstratives.

Voilà où nous en étions il y a deux ans encore, et ces efforts, ces consciencieuses recherches étaient restés à peu près stériles. Malgré tant de travaux accumulés depuis le seizième siècle, on n'avait recours à la cystotomie sus-pubienne qu'à titre exceptionnel et lorsque la voie périnéale paraissait impraticable. Nous assistons maintenant à un véritable changement de front et nous nous décidons enfin à faire de cette taille la méthode de choix. Une très simple modification, proposée par Petersen, de Kiel, a été le point de départ de cette révolution.

Petersen a montré, — et il ne faisait en cela que reprendre une idée émise par Milliot en 1875, — qu'un ballon de caoutchouc, introduit dans le rectum, pouvait être dilaté; son expansion refoulait, au-dessus du pubis et fixait dans cette position nouvelle, la vessie, elle-même distendue par une injection préalable de 200 à 300 grammes d'eau. Rien de plus facile alors que d'atteindre, par la voie abdominale, le réservoir urinaire, saillant et pour ainsi dire sous la main. On peut manœuvrer alors sans léser le péritoine, car des mensurations précises, et bien des fois répétées, ont prouvé surabondamment que, après la dilatation de la vessie, le cul-de-sac péritonéal remonte de 2 à 4 centimètres au-dessus de la symphyse. L'espace est suffisant pour permettre d'aller à la recherche de la séreuse, la trouver et la refouler de manière à agrandir d'autant le champ opératoire.

II

Le manuel de la cystotomie sus-pubienne est d'une extrême simplicité. Il n'en est pas moins soumis à des règles minutieuses dont l'observation stricte nous semble nécessaire au succès de l'opération. Nous allons les donner en suivant pas à pas la pratique de M. Guyon, telle qu'il l'expose dans le mémoire manuscrit qu'il a bien voulu nous confier.

Le malade, dans le décubitus dorsal, est endormi; on lave avec soin la région hypogastrique, on rase le pubis, et la sonde est introduite dans la vessie, on pratique alors des injections avec une solution à 4 pour 100 d'acide borique et on les multiplie jusqu'à ce que le liquide ressorte limpide et sans odeur. On projette dans le réservoir urinaire de 200 à 300 grammes d'eau; on ne s'arrête que lorsque les parois musculaires réagissent et s'opposent à l'entrée d'une quantité nouvelle. On tourne le robinet de la sonde sur laquelle on lie la verge avec un tube en caoutchouc de façon à ce que le liquide vésical ne puisse s'écouler. Le ballon de Petersen est ensuite introduit dans le rectum et gonflé à son tour par l'injection de 400 à 600 grammes d'eau. Une main placée sur l'abdomen suit au fur et à mesure l'ascension de la vessie qui déborde le pubis et y forme une saillie bien appréciable sous les couches tégumentaires.

Le chirurgien pratique, bien directement sur la ligne médiane, une incision de longueur variable suivant l'épaisseur du tissu adipeux et des muscles, mais qui ne doit guère que, dans les cas extrêmes, atteindre 11 à 12 centimètres; le bord supérieur de la symphyse est dépassé de 1 à

2 centimètres, non seulement pour permettre le facile écoulement des liquides, mais il sera, pour l'opérateur, un point de repère précieux; les muscles sont séparés avec la sonde ou divisés avec le bistouri et l'on arrive sur la ligne blanche que l'on ponctionne légèrement en un point; par l'orifice on introduit une sonde cannelée et l'aponévrose est coupée. La graisse pré-vésicale transparaît sous la faible couche du fascia transversalis. On la saisit avec une pince, juste au-dessus du pubis, on la sectionne en dédolant, puis avec le doigt ou la sonde on la refoule en haut, vers le cul-de-sac péritonéal. La paroi vésicale s'aperçoit, parfois recouverte d'un lacis veineux turgescent. Alors, sur l'ongle de l'indicateur gauche, placé à l'angle supérieur de la plaie où il protège la séreuse, on plonge le bistouri et l'on allonge l'incision de 2 à 3 centimètres. Le doigt suit le bistouri, soutient la vessie, et déplace le calcul que l'on extrait de la main droite avec le forceps-tenette.

Les bords de la plaie sont touchés avec la solution forte d'acide phénique, on dégonfle le ballon de Petersen et, pendant que le liquide s'écoule, deux forts tubes en caoutchouc, d'un calibre de 8 à 9 millimètres, adossés en canon de fusil, ouverts à leurs deux bouts et fenêtrés seulement vers leur extrémité vésicale, sont introduits dans le réservoir urinaire dont ils doivent suivre le mouvement de retrait; ils plongent dans le bas-fond de l'organe; on les fixe par un solide point de suture métallique aux parois abdominales, au-dessus du pubis qu'ils contournent pour se rendre dans l'urinoir placé entre les jambes de l'opéré. Une double injection est faite par ces tubes qui rendent inutile l'emploi de la sonde à demeure. Quelques fils peuvent réunir, au-dessus du tube, les bords de l'angle supérieur de la plaie sur laquelle on applique un pansement de Lister fort épais.

Les soins consécutifs sont des plus simples. L'urine s'écoule par les tubes, qui servent d'ailleurs à pratiquer des injections fréquentes. Pendant qu'on pratique les lavages, on a soin d'appliquer la main sur le pansement au niveau de la plaie, et d'exercer une certaine compression pour en maintenir toutes les pièces en place. Vers le sixième ou septième jour, on met une sonde à demeure, qui ne présente plus les inconvénients qu'elle aurait eus au début; elle n'est plus obstruée par l'abondance des mucosités. Les tubes sont retirés; les bords de la plaie se réunissent peu à peu et la guérison ne tarde pas à survenir.

Toutes ces manœuvres ne sont pas également simples, et nous devons revenir en détail sur quelques-unes d'entre elles. L'injection de la vessie est souvent fort mal tolérée, même pendant le sommeil anesthésique; les parois se contractent, repoussent le liquide lorsqu'il dépasse une certaine quantité, et il y aurait danger à vouloir passer outre. M. Guyon a beaucoup insisté sur ces faits; il s'agit alors de vessies malades, enflammées; leur muqueuse, amincie et altérée, fait souvent hernie au travers des colonnes musculaires, et pourrait se rompre sous une pression trop énergique.

Les observations sont rares où l'intolérance est telle, que la saillie formée par la vessie ne serait plus suffisante pour la sécurité de l'opération. Cependant, s'il en était ainsi, l'appareil imaginé par M. Théophile Anger, et qui n'est pas sans rapport, du moins quant au but qu'il se propose, avec la sonde à dard de frère Côme, pourrait rendre quelques services. Nous avons vu ce chirurgien y avoir secours pour une cystotomie sus-pubienne, pratiquée au thermo-cautère, dans le service du professeur Verneuil; la paroi antéro-supérieure de la vessie fut très nettement soulevée, et rien ne fut plus facile que son incision, grâce à la rainure de « la chaîne articulée », dont on voyait la saillie sous la membrane vésicale. L'opération fut rapide et le malade guérit.

L'incision de la peau, des muscles et de l'aponévrose doit être faite nettement; il faut éviter les délabrements et les anfractuosités, où stagneraient le pus et l'urine. Le bord supérieur de la symphyse est dépassé de 1 à 2 centimètres, afin que la déclivité permette le facile écoulement des liquides. Enfin, le péritoine doit être respecté. Sa blessure n'est pourtant pas aussi grave et aussi fréquente qu'on pourrait le croire. Dans les quatre cent soixante-dix-huit observations de Dulles, la séreuse a été atteinte treize fois, une fois seulement sur quatre-vingt-onze cas dans la statistique de Flury. Or, sur les treize malades de Dulles, trois ont succombé, et l'on affirme même qu'un seul décès fut imputable à l'accident de l'opération.

Quoi qu'il en soit, on ne saurait prendre trop de précautions, et il est des cas où le péritoine descend jusqu'au pubis, malgré le ballonnement du rectum et l'injection vésicale. M. Féré a montré qu'une hernie inguinale double attirait en bas la séreuse. Il ne sera donc pas inutile, comme l'indique M. Guyon, de saisir avec les pinces le tissu cellulo-adipeux pré-vésical, juste au-dessus de la symphyse, de le couper en dédolant et de le refouler de bas en haut avec l'indicateur gauche qui reste ensuite en place, dans l'angle supérieur de la plaie, tandis qu'au devant de l'ongle, le bistouri plonge dans la vessie. L'instrument tranchant est donc toujours séparé du cul-de-sac par l'épaisseur du doigt.

Pour éviter le péritoine, M. Félizet s'y prend autrement; voici le sommaire de son opération : « Injection de la vessie; incision médiane jusqu'à et y compris la ligne blanche; on aperçoit la graisse de l'espace de Retzius; le ballon de Petersen est gonflé; on découvre la vessie avec la sonde cannelée, et l'on passe une anse de fil d'argent au milieu de la partie visible de la paroi antérieure de la vessie; l'index gauche est maintenu dans l'angle supérieur de la plaie, l'ongle rasant les fibres musculaires; on vide alors la vessie et le ballon : on voit la vessie descendre et l'anse d'argent plonger. L'index droit s'arrête à un épaississement qui répond au cul-de-sac péritonéal; on passe devant l'ongle une anse de fil métallique qu'on serre en tortillon. Ce sera « le point d'arrêt » de la boutonnière vésicale.

« On remplit de nouveau la vessie et le ballon rectal; puis l'on incise, de bas en haut, la paroi antérieure de la vessie; on introduit le doigt et l'on saisit le calcul; son extraction pourrait étendre la fente en bas, mais pas en haut, à cause du point d'arrêt. Grâce à ces précautions, la plaie vésicale est parallèle, ou plutôt supérieure au plan qui raserait le pubis, ce qui facilite l'écoulement de l'urine; on évite le cul-de-sac du péritoine en allant franchement à sa recherche; le tissu cellulo-graisseux n'est pas délabré et fouillé; il reste au-dessous de la fente de la vessie. »

Il est une remarque importante que nous devons à M. Guyon. Parfois, malgré l'injection dans le ballon de Petersen, d'une très grande quantité d'eau, 600 à 750 grammes, la vessie est peu soulevée, et la saillie qu'elle fait à l'hypogastre n'est pas suffisante; c'est que les parois du ballon sont trop minces et trop souples; elles s'étalent, pour ainsi dire, dans le rectum, montent trop haut, l'action de l'appareil se diffuse au lieu de se concentrer au niveau de l'ampoule pour soulever et fixer la vessie. M. Aubry a fabriqué des ballons à parois suffisamment résistantes, et qui, avec beaucoup moins d'eau, amènent un résultat meilleur.

Il survient parfois des hémorrhagies au cours de l'opération. Les vaisseaux sous-tégumentaires sont peu importants, et une pince à forcipressure, la torsion en auraient raison facilement. Il n'en est pas de même d'un lacis veineux, rendu turgide par le ballonnement du rectum et la distension de la vessie. Lorsqu'on procède comme Petersen, et que l'on coupe couche par couche avec le bistouri, d'abord le tissu cellulo-graisseux pré-vésical, puis les diverses tuniques musculaires, et enfin la muqueuse, l'écoulement sanguin peut être fort abondant, ce qui n'est pas indifférent chez les vieillards ; d'ailleurs la nappe rouge voile les parties et gêne l'opérateur; l'instrument est aveugle et l'on risque de dévier un peu de la ligne médiane et de produire quelque délabrement ou quelque anfractuosité.

Aussi, croyons-nous préférable le procédé de M. Guyon : arrivé sur la couche graisseuse, il fait une sorte de boutonnière avec le bistouri, puis refoule par en haut, vers le cul-de-sac péritonéal, au moyen du doigt et de la sonde cannelée, ce même tissu adipeux et les veines qui pourraient ramper dans son épaisseur. Il pénètre alors, d'une seule ponction, dans le réservoir urinaire. Le liquide intra-vésical s'écoule, la distension cesse et du même coup la congestion des vaisseaux et leur hémorrhagie; si l'écoulement n'était point tari, il suffirait de dégonfler le ballon de Petersen. On le voit, le chirurgien agit ici comme dans la trachéotomie où, pour arrêter le sang, il se hâte d'ouvrir la trachée.

L'extraction du calcul présente, dans certains cas, de grandes difficultés ; on se demande ce qu'il en serait alors si l'on devait lui faire traverser la longue voie périnéale. Dans la taille hypogastrique, la vessie, soulevée par le ballon, est pour ainsi dire sous les doigts et sous les yeux. La pierre peut être adhérente, et les fongosités de la muqueuse pénétrer dans ses interstices; il faudra alors la *gruger* avec l'instrument de Dolbeau et ne pas trop insister pour enlever les plaques calcaires soudées aux parois, car les déchirures et les hémorrhagies sont des accidents fort redoutables. La pierre peut être enchatonnée, et l'on cite des cas où il a été nécessaire de débrider le col du diverticule.

Ces cas sont exceptionnels : il est moins rare d'avoir affaire à une pierre d'un diamètre tel qu'elle ne peut passer par l'incision vésicale. Une traction violente pourrait provoquer des déchirures étendues, suivies d'infiltration d'urine. Si de légers débridements pouvaient suffire, le chirurgien serait en droit de faire deux petites encoches latérales, mais le mieux, comme nous l'indique M. Guyon, est de fragmenter le calcul; il a imaginé à cet effet une tenette à chaîne articulée appelée à rendre les plus grands services.

L'absence de clapiers, de déchirures, d'anfractuosités, le parallélisme exact de la plaie, la netteté de ses lèvres, doivent être le grand objectif du chirurgien, car, bien plus que la blessure du péritoine, l'infiltration d'urine est à craindre, et c'est cette grave complication qu'il faut surtout chercher à conjurer. Or, ce qui est dangereux, « ce n'est pas le passage de l'urine sur les tissus à vif, c'est sa stagnation ». Il faut donc qu'elle s'écoule facilement. Nous avons vu l'échec de la sonde à demeure, rapidement obstruée par les mucosités et les concrétions; les siphons de toute sorte n'ont pas été plus heureux, la suture de la vessie est fort dangereuse lorsqu'elle ne réussit pas absolument. D'ailleurs n'est-elle pas impossible lorsque la vessie est enflammée? Mais le problème semble résolu par le double tube de M. Perrier, à condition toutefois qu'on le fixe avec soin et, pour éviter son déplacement, la suture à la paroi abdominale nous semble de toute nécessité.

III

Il n'était pas inutile d'exposer avec détails le manuel opératoire de la cystotomie sus-pubienne. Cette opération est entrée maintenant dans la pratique courante; elle devient la méthode de choix, si du moins nous mettons la lithotritie hors de cause, et semble devoir remplacer définitivement la taille périnéale et ses divers procédés. Sauf quelques cas exceptionnels, peut-être lorsqu'il s'agira de pierres à la fois très petites et très dures, tout calcul sera donc justiciable de la lithotritie et, à son défaut, du haut appareil.

Il y a quelques années, le problème n'eût point été, sans doute, résolu de la sorte; avant les succès de la lithotritie rapide, qui débarrasse, en une seule séance, de pierres de 4 à 5 centimètres, on eût peut-être parlé de trois catégories : la lithotritie pour les calculs petits, la taille périnéale pour les moyens, et la cystotomie sus-pubienne pour les gros. Des statistiques nombreuses semblaient prouver, en effet, que, pour les pierres de petit volume, la taille périnéale est moins dangereuse que la taille hypogastrique. Ainsi, dans un tableau que nous donne M. Chauvel, nous avons, avec la première, une mortalité de 10 à 15 pour 100, et, avec la seconde, de 26.

Mais les pierres de moyen volume, sauf dans les cas de dureté exceptionnelle — ce qui ne se montre guère dans la pratique — sont enlevées maintenant à la taille périnéale par la lithotritie à séance prolongée. Grâce au chloroforme et aux puissants instruments mis en usage, on a raison de calculs de 3, 4 et même 5 centimètres de diamètre. Il ne saurait donc plus être question de cystotomie pour ces cas ; les malades réclament « les bienfaits de la lithotritie », et il ne se trouvera pas de chirurgien pour les leur refuser en pareille condition.

Restent les gros calculs, ceux qui dépassent 5 centimètres, calculs d'ordinaire très durs et d'une fragmentation presque impossible. Songera-t-on à la taille périnéale? Non, car pour de telles pierres elle devient fort grave, et les résultats de la statistique se renversent. Dans un tableau emprunté à Dulles, on voit que, pour les calculs qui dépassent 60 grammes, la mortalité est sensiblement moins grande par la taille haute que par la cystotomie périnéale. Aussi, M. Guyon n'hésite-t-il pas à dire que, dans les cas où le volume seul empêche l'emploi de la lithotritie, l'opération de Franco remplacera les diverses tailles par le périnée. C'est ce que pensent, avec lui, MM. Perrier, Charles Monod, Bois d'Aurillac et beaucoup d'autres encore qui publient chaque jour de nouvelles observations de cystotomie sus-pubienne.

On ne saurait en effet contester les avantages qu'a, sur les autres tailles, la cystotomie sus-pubienne. Depuis l'emploi du ballon de Petersen, il n'est pas d'opération plus sûrement réglée. La vessie est saillante et, si le champ chirurgical est restreint, il est du moins bien à découvert. On n'agit pas à l'aveugle comme dans les tailles périnéales; ici, pas de lames cachées; on suit de l'œil la pointe du bistouri ; on sait ce qu'on fait et où l'on va, et, lorsque la pince présente quelque anomalie de position, le doigt peut se rendre compte directement de sa place nouvelle, contourner l'obstacle et le lever plus facilement.

D'ailleurs il est des cas où la taille haute devient l'opération d'absolue nécessité. Nous avons déjà parlé du volume du calcul; d'autres circonstances peuvent se rencontrer qui commandent la cystotomie sus-pubienne. Parfois l'urèthre est tellement déformée qu'on ne saurait, à travers ses déviations et ses rétrécissements multiples, faire parvenir un

conducteur jusque dans la vessie. Il ne saurait être question de lithotritie, et la voie périnéale serait alors trop dangereuse pour qu'un chirurgien voulût s'y aventurer.

L'hypertrophie de la prostate est aussi une contre-indication formelle à la cystotomie par le périnée. M. Théophile Anger et M. Le Dentu ont beaucoup insisté sur ce point que reprenait M. Verneuil dans une récente clinique. Les difficultés d'introduction du cathéter sont alors le moindre des inconvénients. Les lèvres de l'incision restent accolées; les instruments se meuvent avec la plus extrême difficulté dans ces tissus durs et rigides, les efforts du chirurgien doivent être considérables; ils provoquent des contusions de l'organe et souvent de graves déchirures qui peuvent entraîner à leur suite la phlébite, la pyohémie et les infiltrations d'urine.

Et puis ne doit-on pas dépasser les limites de l'organe? On arrive alors sur les plexus veineux abondants qui entourent l'organe et on ne compte plus les observations où des hémorrhagies redoutables se sont produites. Des vaisseaux volumineux sont en effet intéressés et leurs parois, adhérentes aux tissus ambiants, maintiennent leur lumière ouverte. C'est la crainte de semblables hémorrhagies qui détermina M. Verneuil à tenter la cystotomie sus-pubienne par le thermo-cautère chez le malade à grosse prostate que nous avons vu opérer dans son service.

Donc, lorsque chez un individu on constatera l'existence d'un calcul volumineux et dur, lorsqu'on soupçonnera quelque vice de position, des adhérences ou l'enchatonnement, lorsque le canal de l'urèthre sera rétréci et peu dilatable, lorsque, par une violence extérieure ou par les effets du rachitisme, les branches du pubis seront déviées, rapprochées l'une de l'autre et s'opposeront à « l'accouchement » du calcal comme dans un cas de Thompson, lorsqu'enfin la prostate sera hypertrophiée, la cystotomie sus-pubienne devient la méthode nécessaire. Elle seule permettra de mener l'extraction à bonne fin et cela, avec le minimum de danger.

Et l'on opérera souvent, malgré le mauvais état général du malade et les complications du côté des reins. On a vu des taillés revivre, pour ainsi dire, malgré la néphrite et l'état de cachexie urineuse dans laquelle ils étaient tombés; ils sont revenus de si loin que nous ne saurions mieux terminer que par ces mots de M. Guyon : « Nous devons alors faire acte d'humanité, lorsque tout semble réuni pour nous déconseiller de faire acte de chirurgien. »

Paul Reclus.

Le doctorat ès sciences médicales.

Nous avons publié (*Gaz. hebd.*, n° 45, p. 744) la circulaire du ministre de l'instruction publique invitant les Facultés de médecine, les Écoles de plein exercice, les Écoles préparatoires et les Conseils académiques à se prononcer sur l'opportunité de la création d'un nouveau grade, supérieur au doctorat en médecine et que l'on appellerait *doctorat ès sciences médicales*. Nous faisons connaître aujourd'hui (p. 827) le résultat des délibérations du Conseil académique de la Seine. Comme la Faculté de Paris, la Faculté de Montpellier et la Faculté de Nancy, le Conseil académique a jugé qu'il était pour le moment inutile de créer ce nouveau diplôme. Nous aurons sans doute l'occasion de discuter un pour ou l'autre avec tous les détails qu'elle comporte cette question des diplômes universitaires et des garanties que l'on pourrait demander à ceux qui prétendent à l'honneur d'enseigner dans les Facultés ou dans les Écoles. Mais nous ne voulons aujourd'hui que signaler l'empressement avec lequel la plupart de ceux qui ont été consultés se sont prononcés contre le projet du ministre. La Faculté de Paris, que l'on accusait de vouloir se réserver la collation de ce nouvau grade, a été la première à reconnaître qu'il était au moins inopportun d'exiger des candidats à l'agrégation un diplôme spécial. La seule raison d'être d'un nouveau titre officiel serait dans les garanties que pourraient présenter pour les désignations de médecin expert, de médecin attaché à la Direction de la santé publique, — que l'on organisera un jour, — ou aux bureaux sanitaires des départements ceux qui auraient donné des preuves spéciales de capacité et d'instruction. Mais les travaux personnels, les articles de journaux et de revue, les mémoires originaux, les livres, les traités spéciaux ne constituent-ils pas des titres autrement sérieux, et attacherait-on plus de valeur à la sanction d'un jury difficile à constituer pour le rendre parfaitement compétent et impartial? La comparaison établie entre les Facultés de diverses ordres ne nous a jamais paru logique. Si l'on voulait pousser jusqu'au bout cette comparaison, nous rappellerions à nos confrères de province, qui se sont déclarés partisans du nouveau grade, que le diplôme de docteur ès lettres n'a guère de valeur s'il n'a été conquis en Sorbonne et que seuls ou presque seuls les docteurs de la Faculté des lettres de Paris sont appelés aux hautes fonctions de l'enseignement universitaire. On réserve à ceux qui se font recevoir dans les Facultés de province des positions administratives. La valeur des diplômes universitaires est d'ailleurs tellement relative qu'on s'en passe entièrement au Collège de France où l'on peut être nommé professeur sans avoir été bachelier.

La *Gazette hebdomadaire*, qui a plusieurs fois émis l'idée de voir créer à Paris une École supérieure de médecine dont les diplômes auraient une plus haute valeur qu'aujourd'hui et pourraient, en conséquence, ouvrir la porte de l'enseignement public, ne serait pas éloignée d'approuver une réforme consistant à rendre aux Facultés de province les étudiants en médecine qui se pressent en trop grand nombre à Paris et de n'appeler dans nos hôpitaux et nos laboratoires que ceux qui prétendent acquérir, après des études plus approfondies, un savoir plus étendu. Mais nous ne pensons pas que, dans toutes les Facultés, il soit utile de créer diverses catégories de docteurs en médecine. Nous n'insisterons point, d'ailleurs, sur cette question qui n'a guère préoccupé le public. Chacun sent qu'il reste beaucoup à faire pour améliorer le régime de nos écoles et l'enseignement médical. Mais, pour remédier à un vice d'organisation qui s'étend à toutes les parties de l'organisme universitaire, il convient d'abord de s'éclairer sur l'opportunité de toutes les modifications qui pourront être décrétées. C'est pourquoi, malgré les difficultées qu'il rencontre et les divergences d'appréciation qu'il constate, nous devons louer le ministre de l'instruction publique de solliciter incessamment l'avis des membres du corps enseignant. Dans quelque temps, on pourra résumer tous les arguments qui ont été présentés en réponse aux questions posées, et, dans un rapport d'ensemble, examiner ce qu'il convient de faire pour doter enfin la France d'institutions médicales et universitaires plus fécondes en résultats utiles.

Voici le texte de la délibération prise par la Faculté de médecine de Paris, dans l'assemblée des professeurs, en date du 7 décembre 1882, à la suite de la discussion du rapport présenté par M. Brouardel :

« 1° La Faculté ne pense pas qu'il y ait lieu de créer un di-

plôme de docteur ès sciences médicales, comprenant l'universalité des connaissances médicales.

» 2° Elle ne pense pas non plus qu'il y ait lieu de créer un titre s'appliquant à l'une des branches des sciences médicales. »

Instructions sur le fonctionnement général du service de santé militaire.

Nous avons sous les yeux deux instructions destinées à réglementer le fonctionnement du service de santé de l'armée conformément aux intentions de la loi qui a proclamé son autonomie. La première de ces instructions, rédigée par les médecins placés à la tête de la Direction nouvellement créée au ministère de la guerre, revue par le Comité de santé, soumise à l'approbation de quelques-uns des généraux commandant les corps d'armée, est assez complète. Elle comprend les articles qui concernent le service de santé à l'intérieur, c'est-à-dire en temps de paix, et les articles relatifs au service de santé en campagne. Elle prévoit la plupart des difficultés que rencontrent aujourd'hui, dans l'exercice de leurs fonctions, les directeurs médicaux des corps d'armée. Elle précise les attributions de tous les fonctionnaires du service médical. La seconde, qui est seule officielle, a été rédigée dans les bureaux du ministère de la guerre. Elle est beaucoup moins complète et moins précise. Elle n'est d'ailleurs que provisoire et ne concerne que le fonctionnement du service de santé à l'intérieur. Hâtons-nous d'ajouter qu'une commmission nouvelle vient d'être nommée par le ministre de la guerre pour établir un règlement définitif. Cette commission, qui comprend des médecins militaires dont la compétence et l'autorité sont connues de tous leurs confrères, des officiers très distingués et désignés par les services qu'ils ont déjà rendus au corps de santé dans des circonstances semblables, un sous-intendant, un pharmacien et un officier d'administration militaires, va se réunir et ne tardera pas, nous l'espérons, à rédiger un règlement d'administration qui facilitera le fonctionnement de la loi attribuant aux médecins la direction du service de santé des armées. La tâche de ceux-ci est aujourd'hui très délicate. Les directeurs médicaux ont à lutter contre d'anciennes habitudes et contre le mauvais vouloir de quelques-uns de leurs nouveaux subordonnés. Il est temps qu'ils puissent savoir avec quelque précision quels sont leurs droits et comment il importe qu'ils fassent exécuter leurs ordres. Nous attendrons donc, sans nous arrêter à discuter l'instruction provisoire du 7 novembre dernier, que la commission récemment nommée ait accompli la tâche qui lui est confiée, persuadé que le règlement qu'elle va élaborer répondra aux désirs de tous les amis de la médecine militaire.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pathologie interne.

Du diagnostic des angines diphthéritiques, par M. le docteur Blachez.

Quelque soin qu'on ait mis à différencier les angines exsudatives, celles que certains praticiens désignent sous la dénomination banale d'*angines blanches*, on se trouve souvent en clinique en face de cas qui rentrent difficilement dans les catégories classiquement admises. Les auteurs qui ont écrit sur les angines peuvent, à ce point de vue, se ranger en deux camps. Les uns établissent des classifications tranchées : angines herpétiques, pultacées, diphthéritiques, diphthéroïdes, etc. Les autres reconnaissent que certains cas rentrent difficilement dans ces diverses variétés. On ne sait sous quelle rubrique les désigner. « Mon sentiment, dit M. Lasègue, si compétent en pareille matière, est que la diphthérie caractérisée par une fausse membrane persistante et plus ou moins envahissante, doit représenter tout au plus, dans la vague nomenclature de la nosologie, un genre qu'il est indispensable de décomposer en espèces et que, plus on établira de divisions et de subdivisions justifiées, plus on rendra de services à la pratique. » C'est là le langage d'un clinicien, acceptant les faits, sans vouloir forcer les analogies. C'est dans cet esprit d'éclectisme que nous présentons l'observation suivante, comprenant deux faits dont le rapprochement nous paraît offrir un intérêt particulier.

Observation. — Nous recevons dans notre service, dans le courant du mois de septembre, une femme grosse de huit mois et demi, dyspeptique, affaiblie par de fréquents vomissements. Elle présente une légère plaque d'herpès à la commissure labiale du côté gauche.

Quinze jours après son entrée, elle est prise de frissons répétés et de mal de gorge dans l'après-midi. Le lendemain on constate un exsudat membraneux sur l'amygdale droite et la partie correspondante de la luette. La gorge est rouge, tuméfiée. L'exsudat est nettement limité par un liséré bien découpé. Sur le dos de la langue, en avant du V papillaire, est une vésicule arrondie, de la grosseur d'une lentille, remplie d'une sérosité lactescente. A la pointe de la langue, deux vésicules, de la grosseur d'un grain de chènevis.

Les petites lèvres et la muqueuse des grandes lèvres sont tuméfiées et recouvertes de petites ulcérations avec exsudat blanc grisâtre et écoulement fétide. Les ulcérations reposent sur un fond mou et ont tous les caractères de l'herpès vulvaire des femmes grosses.

La malade accouche dans ces conditions d'un enfant bien constitué et à terme, ou peu s'en faut.

Le lendemain de son accouchement la gorge est tapissée d'une fausse membrane épaisse, blanc grisâtre, recouvrant les amygdales, les piliers, engainant la luette et remontant jusqu'à la base du voile du palais. Cette membrane est adhérente. La déglutition est très gênée, la voix nasonnée. L'état général est excellent. Les ganglions sous-maxillaires ne sont nullement tuméfiés. La malade allaite son enfant. La sécrétion lactée s'établit normalement.

Huit jours après l'accouchement, et sous l'influence d'un traitement fort simple consistant en lotions avec le jus de citron et pulvérisations d'eau phéniquée, la gorge se nettoie. La fausse membrane très amincie, opaline, se limite par un bord nettement festonné, tout à fait analogue à celui qu'on observe dans l'angine dite herpétique. Les vésicules de la langue et des lèvres ont disparu; la vulve est un peu œdématiée; mais les ulcérations ont disparu. L'état général est bon et la malade en pleine guérison.

A ce moment elle appelle notre attention sur l'enfant qui ne veut plus teter et paraît avoir du coryza. Nous trouvons en effet le nourrisson pâle et émacié. Les narines sont obstruées; en les pressant, on en fait sortir une sérosité sanguinolente. On constate facilement un coryza couenneux. La gorge est prise et des plaques membraneuses se voient manifestement sur les amygdales et les pilers.

Le lendemain matin, le cri est rauque, l'enfant refuse le sein; il est cyanosé et meurt dans la nuit.

Les jours suivants, la gorge de la mère se déterge complètement. La voix reste nasonnée, la luette un peu déviée à droite. La déglutition se fait sans difficulté.

Nous la considérons comme guérie, quand elle se plaint huit jours après d'un malaise général avec étouffement. Rien d'appréciable dans la région abdominale. Nous ne constatons aucun symptôme du côté du cœur ou du poumon. Les urines sont normales. Frissons et fièvre.

L'état s'aggrave rapidement. La fièvre est vive, le pouls irrégulier et petit. L'œdème se montre aux jambes, sans qu'il y ait albuminurie.

Le 25 octobre, dix-huit jours après l'accouchement, l'œdème

s'est généralisé et nous constatons pour la première fois la présence de l'albumine dans l'urine. Cette quantité est considérable. Le ventre est gros avec sonorité dans la partie supérieure et matité dans les parties inférieure et latérale, sans fluctuation marquée. Le foie est très tuméfié. La malade étouffe. Les battements du cœur, très affaiblis, s'accompagnent à la pointe d'un léger souffle systolique. Le son est obscur dans la partie postérieure de la poitrine où le murmure respiratoire s'entend mal.

Nous sommes en pleine urémie. La mort survient dans la nuit.

L'autopsie nous montre un épanchement séro-sanguin de 2 à 3 litres dans les deux plèvres et un épanchement de même nature, moins abondant, dans le péritoine.

Le cœur pèse 370 grammes. Sa couleur est d'un jaune saumon; le tissu musculaire est très friable.

Caillots anciens, non adhérents dans le cœur droit. Epaississement léger des valves de la mitrale sans lésion bien caractérisée d'orifices.

Le sommet du poumon gauche est infiltré de tubercules ramollis, ainsi que les ganglions bronchiques correspondants. — Pas de caillots dans les gros vaisseaux.

Le foie pèse 2300 grammes. Il est en dégénérescence graisseuse. Les deux reins offrent le type du gros rein blanc.

La conclusion qui se dégage naturellement de cette observation c'est qu'il s'agissait d'une angine diphthéritique transmise de la mère à l'enfant; bénigne chez la première, maligne chez le second. En se reportant à la description que nous avons donnée, on comprend que le diagnostic ne s'est pas imposé tout d'abord et que nous avions à nous prononcer entre une angine diphthéritique et une angine herpétique.— En faveur de l'angine herpétique nous remarquions : la coïncidence de l'herpès de la lèvre inférieure et celui de la vulve. Dans ces deux régions, le diagnostic n'était pas douteux et la rapidité avec laquelle a disparu l'herpès vulvaire ne pouvait que le confirmer. En outre, les ganglions sous-maxillaires n'ont jamais été pris. Il n'y a pas eu de coryza; l'éruption de la vulve n'a jamais présenté de fausses membranes. L'état général de la femme se rapportait bien à l'angine herpétique; fièvre vive du début; absence de dépression, langue humide, pas de fétidité de l'haleine. La limite supérieure de l'éruption se dessinait par une sorte de feston, de demi-cercles rapprochés qui caractérisaient assez bien la disposition de l'herpès. D'un autre côté les fausses membranes avaient une étendue et une abondance qu'on voit rarement dans l'herpès; toute la muqueuse pharyngienne en était tapissée, la luette particulièrement, que l'exsudat enveloppait complètement. Cet exsudat était adhérent et d'un blanc grisâtre. La malade souffrait peu, acceptait volontiers les aliments. Jamais aucune poussée ne s'était faite du côté du larynx. C'était donc à l'idée d'une angine herpétique confluente que nous nous étions arrêté, quand le fait de la contagion à l'enfant vint complètement modifier notre manière de voir. C'était bien à la diphthérie que nous avions affaire, ou, tout au moins, à cette forme mal déterminée que M. Lasègue a décrite sous le nom de diphthéroïde. Les accidents graves auxquels la mère a succombé ne nous ont laissé aucun doute.

De pareils faits nous montrent combien il est difficile, dans certains cas, de préciser la nature d'une angine et d'apprécier sa gravité. Ils nous prouvent en même temps que cette difficulté justifie jusqu'à un certain point la manière de voir de ces praticiens qui réunissent sous la dénomination générale d'angines *blanches* les formes exsudatives dans lesquelles on a cherché à établir des délimitations trop nettes et que la clinique n'accepte pas. Nous en tirerons encore cet enseignement que le pronostic doit toujours être réservé en face de ces angines d'apparences assez bénignes et qu'on ne saurait s'entourer de trop de précautions et réclamer avec trop d'insistance l'isolement des malades.

Physiologie pathologique.

NOTE SUR QUELQUES EXPÉRIENCES FAITES DANS LE BUT DE CONTRÔLER LES PROPRIÉTÉS SEPTIQUES DU LIQUIDE DES KYSTES HYDATIQUES, par E. KIRMISSON, chirurgien des hôpitaux.

Je lis dans le compte rendu des séances de l'Académie de médecine du mardi 7 novembre dernier, que M. Gosselin présente, au nom de MM. Mourson et Schlagdenhauffen, une note faisant connaître de nouvelles recherches chimiques et physiologiques sur quelques liquides organiques, et en particulier sur l'eau des kystes hydatiques. « Cette étude comparative, dit le *Bulletin de l'Académie*, a conduit ses savants auteurs à reconnaître un fait assez curieux, à savoir qu'*à certaines époques* ces liquides renferment des ptomaïnes; si bien qu'ils sont tentés d'attribuer leur action toxique, dans quelques circonstances particulières, à la présence de ces alcaloïdes. »

Cette note me remet en mémoire quelques expériences faites, cette année même, à l'instigation de mon maître, M. Verneuil, sur le liquide des kystes hydatiques, expériences que je me suis jusqu'ici abstenu de publier à cause de leur caractère négatif. Si je les fais connaître aujourd'hui, c'est que la note de MM. Mourson et Schlagdenhauffen me semble leur prêter quelque intérêt.

Le lundi 10 juillet, M. Verneuil, pratiquant la ponction d'un volumineux kyste hydatique du foie sur un malade de son service, rappelait à ses élèves les précautions à prendre pour éviter la chute du liquide dans le péritoine. Il faisait allusion à ces cas dans lesquels quelques gouttes d'un pareil liquide, tombant dans la cavité péritonéale, avaient déterminé une péritonite rapidement mortelle. Il y aurait lieu, ajoutait-il, de tenter des expériences sur les animaux dans le but de confirmer cette propriété septique du liquide des kystes hydatiques, et d'en bien déterminer les conditions.

Sur son invitation, je pris donc une notable quantité du liquide extrait, je le plaçai dans un vase absolument propre; et, le plus tôt que je pus, je me rendis au laboratoire de M. Vulpian qui, avec sa complaisance habituelle, mit immédiatement des animaux à ma disposition.

Les expériences furent faites, trois heures environ après l'extraction du liquide, avec le concours obligeant de M. Bochefontaine, chef du laboratoire.

Nous constatâmes d'abord que le liquide était parfaitement neutre. Examiné au microscope, il présentait un certain nombre de crochets. Pour nous mettre à l'abri des accidents mécaniques produits par ces particules solides, nous filtrâmes le liquide et nous fîmes, à l'aide de ce liquide filtré, les expériences suivantes :

1° Un lapin reçut dans la veine fémorale droite 20 centimètres cubes de liquide;

2° 95 centimètres cubes de liquide du kyste furent injectés dans la veine saphène droite d'un petit chien bouledogue ;

3° Sur un chien griffon de moyenne grosseur, nous pratiquâmes deux injections sous-cutanées, d'un centimètre cube chacune, au niveau de l'aisselle et de l'aine gauche;

4° Enfin, un chien griffon de grande taille reçut 10 centimètres cubes du même liquide en injection intra-péritonéale.

Ces trois modes d'expérimentation, par les injections intraveineuse, intra-péritonéale et sous-cutanée, restèrent absolument négatifs. Le lendemain, les animaux étaient tous bien portants. Examinés pendant huit jours, ils ne présentèrent aucun symptôme qu'on pût mettre sur le compte de l'injection.

Nos expériences sont donc demeurées purement négatives. Elles sont d'ailleurs trop peu nombreuses pour que nous puissions en tirer des conclusions absolues. Elles n'en tendent pas moins à démontrer que le liquide des kystes hydatiques ne possède pas fatalement et toujours ces propriétés septiques et phlogogènes que de fâcheux accidents cliniques lui ont

fait attribuer. Peut-être les travaux de MM. Mourson et Schlagdenhauffen, que nous ne connaissons que par la mention du *Bulletin de l'Académie*, contiennent-ils la véritable solution de la question.

Certaines circonstances sont sans doute nécessaires pour amener l'altération du liquide des kystes hydatiques, et la formation de ptomaïnes dans son intérieur. En un mot, les propriétés nocives de ce liquide ne seraient pas constantes, inhérentes à sa constitution chimique ; elles tiendraient à des altérations particulières, se montrant dans des cas déterminés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

Sur le rouget ou mal rouge des porcs, par MM. *Pasteur* et *Thuillier*. — On évalue à plus de vingt mille le nombre des animaux morts, cette année, du mal rouge dans les porcheries des départements de la vallée du Rhône. Les recherches des auteurs se résument dans les propositions suivantes :

1° Le mal rouge des porcs est produit par un microbe spécial, facilement cultivable en dehors du corps des animaux. Il est si ténu qu'il peut échapper à une observation même très attentive. C'est du microbe du choléra des poules qu'il se rapproche le plus. Sa forme est encore celle d'un 8 de chiffre, mais plus fin, moins visible que celui du choléra. Il diffère essentiellement de ce dernier par ses propriétés physiologiques. Sans action sur les poules, il tue les lapins et les moutons.

2° Inoculé à l'état de pureté au porc, à des doses, pour ainsi dire, inappréciables, il amène promptement la maladie et la mort avec leurs caractères habituels dans les cas *spontanés*. Il est surtout mortel pour la race blanche, dite perfectionnée, la plus recherchée par les cultivateurs.

3° Le docteur Klein a publié à Londres, en 1878, un travail étendu sur le rouget, qu'il appelle *pneumo-entérite du porc ;* mais cet auteur s'est entièrement trompé sur la nature et les propriétés du parasite. Il a décrit comme microbe du mal rouge un bacille à spores, plus volumineux même que la bactéridie du charbon. Très différent du vrai microbe du rouget, le bacille du docteur Klein n'a, en outre, aucune relation avec l'étiologie de cette maladie.

4° Après nous être assurés par des épreuves directes que la maladie ne récidive pas, nous avons réussi à l'inoculer sous une forme bénigne, et l'animal s'est montré alors réfractaire à la maladie mortelle.

5° Quoique nous jugions que des expériences nouvelles et de contrôle soient encore nécessaires, nous avons, dès à présent, la confiance que, à dater du printemps prochain, la vaccination par le microbe virulent du rouget, atténué, deviendra sauvegarde des porcheries.

Sur les ganglions cérébro-spinaux. Note de M. *Ranvier*. — Dans sa première communication, l'auteur avait supposé que plusieurs cellules ganglionnaires pouvaient être branchées sur le prolongement afférent du tube en T; mais ce n'était là qu'une hypothèse, à laquelle il était arrivé en constatant que les tubes nerveux qui se dégagent des cellules ganglionnaires ont en général un diamètre inférieur à celui des branches du tube en T. Sa méthode d'investigation, imaginée par lui en 1869, consiste à pratiquer, dans les tissus, des injections interstitielles destinées à fixer les éléments et à en favoriser la séparation. Il est facile, à l'aide de cette méthode, d'isoler des tubes nerveux en T; seulement, pour arriver à coup sûr à observer leurs rapports avec les cellules ganglionnaires, il faut prendre des animaux jeunes, parce que chez eux le tissu conjonctif des ganglions est moins dense; de tous les mammifères, le lapin est préférable, parce que les faisceaux de tissu conjonctif y sont grêles et peu résistants.

La méthode des injections interstitielles d'acide osmique ne permet pas de bien apprécier le diamètre des cylindres-axes, parce qu'ils sont masqués par la gaine médullaire fortement colorée en noir; et cependant il importe de déterminer leur épaisseur relative dans la fibre efférente et dans les deux autres branches du tube en T. Pour cela, il faut faire durcir les ganglions spinaux dans le bichromate d'ammoniaque ou le liquide de Müller, y pratiquer des coupes longitudinales passant par les deux racines, colorer par le picrocarmin et monter dans la région Dammar en suivant les indications classiques. On observera alors, dans différentes régions des ganglions spinaux du chien, par exemple, un grand nombre de tubes nerveux en T. J'en ai compté jusqu'à cinq dans le champ du microscope, avec un grossissement de 150 diamètres. Comme la myéline est complètement incolore et d'une transparence parfaite, et que les cylindres-axes, vivement colorés en rouge, n'ont subi que des déformations légères sous l'influence des réactifs employés, il est possible de voir comment ils se comportent.

« En examinant mes préparations obtenues par dissociation, ajoute M. Ranvier, j'ai été frappé d'un fait : le premier segment intercannulaire, celui qui se dégage de la cellule, est beaucoup plus court que le segment qui lui fait suite. Cela m'a conduit à examiner de plus près la disposition des cellules bipolaires des ganglions spinaux et du ganglion auditif des poissons, et j'ai pu me convaincre ainsi que les tubes nerveux à myéline qui arrivent à une cellule ganglionnaire ne s'y terminent pas par un étranglement annulaire. La cellule nerveuse correspond au centre d'un segment interannulaire. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE.— PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

M. le docteur *Levieux* (de Bordeaux), envoie un volume intitulé : *Études sur l'assistance hospitalière dans la ville de Bordeaux et sur diverses questions d'hygiène publique.*

M. le docteur *Mabboux* adresse un *Rapport sur les maladies soumises à la médication thermale en 1882 à l'hôpital militaire de Bordeaux.* (*Commission des eaux minérales.*)

M. le docteur *Haltenhoff* envoie le *Programme du concours sur la prévention de la cécité*, décidé au Congrès d'hygiène de Genève pour être jugé au Congrès d'hygiène de La Haye en 1884.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le docteur *J. Baratoux*, une brochure intitulée : *Pathogénie des affections de l'oreille éclairée par l'étude expérimentale;* 2° de la part de M. le docteur *Pujos*, une brochure sur les *Travaux des Conseils d'hygiène du Gers en 1882;* 3° au nom de M. le docteur *Ardenne* (de Toulouse), une brochure ayant pour titre : *Étude sur les causes de la mortalité des enfants du premier âge;* 4° de la part de M. le docteur *Stefano Capranica* (de Remo), deux mémoires imprimés intitulés : *Le reazioni dei pigmenti biliari* et *Contribuzione alla chimica del sudore;* 5° au nom de M. le docteur *Giuseppe Colasanti* (de Camerino), une brochure ayant pour titre : *Ricerche sperimentali sulla formazione dell' acida urico.*

M. *Larrey* présente, de la part de M. *De Quatrefages*, un ouvrage intitulé : *L'espèce humaine.*

M. *Gosselin* dépose : 1° une traduction par M. le docteur *Henri Bergeron*, du *Traité des maladies du rectum*, du docteur *T. B. Curling;* 2° une brochure relative à une *restauration du maxillaire supérieur, de la lèvre et du nez*, par M. le docteur *Goldenstein.*

M. *Guéniot* présente : 1° le premier numéro de la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, fondée par MM. les docteurs *de Saint-Germain* et *Cadet de Gassicourt;* 2° une *Note* manuscrite de M. le docteur *Verrier* relative à un cas de *dystocie.*

M. *Planchon* fait hommage, au nom de M. le docteur *A. Chapuis* (de Lyon), d'un *Précis de toxicologie*, pour le concours du prix Buignet de 1883.

M. *Peter* présente : 1° au nom de M. le docteur *Poincaré*, une *Relation de l'épidémie de fièvre typhoïde survenue à Nancy en 1880-81;* 2° de la part de M. le docteur *Levasseur* une brochure intitulée : *La fièvre typhoïde à Rouen.*

M. *Duplay* dépose : 1° la traduction, par M. le docteur *Paul Rodel*, d'un ouvrage de M. le docteur *Spencer Wells*, intitulé : *Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus leur diagnostic et leur traitement;* 2° le 4e fascicule du tome VI du *Traité élémentaire de pathologie externe* de MM. *Folin* et *Duplay.*

M. *le Secrétaire perpétuel* présente un *nouvel aspirateur* imaginé par M. *Creuzan-Jonet*, fabricant d'instruments de chirurgie à Bordeaux.

ÉLECTION. — M. *Gustave Bouchardat* est élu membre titulaire dans la section de physique et de chimie médicales, par 59 voix sur 83 votants; M. Javal obtient 14 voix; M. Onimus, 6; M. Hardy, 4.

MAL ROUGE DES PORCS; RAGE. — M. *Bouley* rappelle tout d'abord la note présentée par M. *Pasteur* à l'avant-dernière séance de l'Académie des sciences (voy. p. 820) sur la découverte du microbe du mal rouge des porcs et sa transformation en vaccin. Il donne ensuite lecture d'une note, présentée la veille à l'Institut, par M. Pasteur, en son nom et au nom de ses collaborateurs, MM. Chamberland, Roux et Thuillier, note relatant de *nouveaux faits pour servir à la connaissance de la rage*. En 1881, M. Pasteur montra expérimentalement que le système nerveux central est le siège principal du virus rabique, qu'on l'y peut recueillir à l'état de parfaite pureté en grande quantité et, d'autre part, que la matière rabique inoculée pure à la surface du cerveau, à l'aide de la trépanation, donne la rage rapidement et sûrement; depuis lors, il a trouvé les mêmes avantages, avec des formes de rage un peu différentes, dans l'injection intraveineuse du virus. Les nouvelles recherches qu'il a entreprises comportent les résultats suivants : « 1° la rage mue et la rage furieuse, plus généralement toutes les formes de rage, procèdent d'un même virus. On peut en effet passer expérimentalement de la rage furieuse à la rage mue, et inversement de la rage mue à la rage furieuse ; 2° rien n'est plus varié que les symptômes rabiques. Chaque cas de rage a, pour ainsi dire, les siens propres, et il y a tout lieu d'admettre que leurs caractères dépendent de la nature des points du système nerveux, encéphale et moelle épinière, où le virus se localise et se cultive; 3° dans la salive rabique, le virus se trouvant associé à des microbes divers, l'inoculation de cette salive peut donner lieu à trois genres de mort : la mort par le microbe nouveau, que nous avons fait connaître sous le nom de *microbe de la salive;* la mort par des développements exagérés de pus; la mort par la rage; 4° le bulbe rachidien d'une personne morte de rage, comme celui d'un animal quelconque également mort de rage, est toujours virulent; 5° le virus rabique se rencontre non seulement dans le bulbe rachidien, mais, en outre, dans tout ou partie de l'encéphale, dans la moelle et souvent dans toutes les parties de la moelle; la virulence dans la moelle, soit supérieure, soit moyenne, soit lombaire, même tout près du chevelu, ne le cède en rien à la virulence de la matière du bulbe rachidien ou des parties de l'encéphale; tant que les matières de l'encéphale ou de la moelle ne sont pas envahies par la putréfaction, la virulence y persiste; 6° pour développer la rage rapidement et à coup sûr, il faut recourir à l'inoculation à la surface du cerveau, dans la cavité arachnoïdienne, à l'aide de la trépanation. On réalise également la double condition de la suppression d'une longue durée dans l'incubation, et de l'apparition certaine du mal, par l'inoculation du virus pur dans le système circulatoire sanguin. Pour la mise en œuvre de ces méthodes, la coopération de M. Roux nous a été aussi active que précieuse. Il a acquis une habileté assez grande pour que les accidents consécutifs aux traumatismes soient une très rare exception. Par l'emploi de ces méthodes, si favorables à l'étude expérimentale de la maladie, la rage se déclare souvent au bout de six, huit et dix jours; 7° la rage communiquée par injection de la matière rabique dans le système sanguin offre très fréquemment des caractères fort différents de ceux de la rage furieuse donnée par morsure ou par trépanation, et il est vraisemblable que beaucoup de cas de rage silencieuse ont dû échapper à l'observation. Dans les cas de rage qu'on pourrait appeler rages médullaires, les paralysies promptes sont nombreuses, la fureur souvent absente, les aboiements rabiques rares; par contre, les démangeaisons sont parfois effroyables. Les détails de nos expériences portent à croire que, dans les inoculations par le système sanguin, telles que nous les avons déterminées, la moelle épinière est la première atteinte, c'est-à-dire que le virus s'y fixe et s'y multiplie tout d'abord; 8° l'inoculation, non suivie de mort, de la salive ou du sang rabiques, par injection intraveineuse chez le chien, ne préserve pas ultérieurement de la rage et de la mort, à la suite d'une inoculation nouvelle de matière rabique pure, faite par trépanation ou par inoculation intraveineuse; 9° nous avons rencontré des cas de guérison spontanée de rage, après que les premiers symptômes rabiques seuls s'étaient développés; jamais après que les symptômes aigus avaient apparu. Nous avons rencontré également des cas de disparition des premiers symptômes, avec reprise du mal après un long intervalle de temps (deux mois); dans ces circonstances, les symptômes aigus ont été suivis de mort, comme dans les cas habituels; 10° dans une de nos expériences, sur trois chiens inoculés en 1881, dont deux avaient pris rapidement la rage et en étaient morts, le troisième, après avoir manifesté les premiers symptômes, s'est guéri. Ce dernier chien, réinoculé en 1882, à deux reprises, par trépanation, n'a pu devenir enragé. En conséquence, la rage, quoiqu'elle ait été bénigne dans ses symptômes, n'a pas récidivé. Voilà un premier pas dans la voie de la découverte de la préservation de la rage; 11° nous possédons présentement quatre chiens qui ne peuvent prendre la rage, quel que soit le mode d'inoculation et l'intensité de la virulence de la matière rabique. Les chiens témoins, inoculés en même temps, prennent tous la rage et en meurent. »

M. Pasteur fait toutefois quelques réserves sur ces quatre cas, et se pose la question de savoir s'il s'agit d'animaux guéris ou simplement réfractaires à la rage. Il ajoute en terminant que l'homme ne contractant jamais la rage qu'à la suite d'une morsure par un animal enragé, il suffirait de trouver une méthode propre à s'opposer à la rage du chien pour préserver l'humanité de ce fléau. Ce but est encore éloigné, mais en présence des faits qui précèdent n'est-il pas permis d'espérer que les efforts de la science actuelle l'atteindront un jour?

Les propositions qui précèdent sont le fruit d'observations recueillies dans des épreuves d'inoculations de rage, au nombre de plus de 200, sur des chiens, des lapins et des moutons.

LOCALISATION DU LANGAGE ARTICULÉ. — M. le docteur *Bitot*, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Bordeaux, communique un travail sur *le siège et la direction des irradiations capsulaires chargées de transmettre la parole.* Il pense, d'après ses recherches, que l'opinion de Bouillaud, qui n'accordait pas plus d'importance à un lobe frontal qu'à l'autre, est plus vraie que celle de Dax et de Broca, pour lesquels le côté gauche seul était actif dans le jeu du langage articulé. Si le lobe frontal n'est pas, à proprement parler, l'organe législateur de la parole, il n'en contient pas moins seul les agents chargés de la transmettre. — Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. *Vulpian* et *Mathias Duval.*

ALLAITEMENT ARTIFICIEL EN POITOU. — Il est, chacun le sait, des cas où l'allaitement artificiel est absolument nécessaire; il semble, d'après la communication de M. le docteur *Mascarel* (de Châtellerault), que ces cas peuvent être assez nombreux; car il considère ce mode d'alimentation comme très utile pour les enfants en bas âge, s'il est bien dirigé, en raison surtout de la difficulté de trouver de bonnes nourrices en nombre suffisant. Il rend compte des diverses recommandations qu'il a l'habitude de faire à cet égard dans sa pratique depuis de longues années; en Poitou, dit-il, la chèvre et la vache se trouvent partout, soit ensemble, soit séparément; on n'a donc que l'embarras du choix. Le lait de

chèvre réussit à merveille et c'est une erreur de croire que cette bête manque de lait pendant quatre mois de l'année; cette dernière proposition est vraie si la chèvre est conduite au bouc au moment du rut, mais dans le cas contraire, si la chèvre a atteint l'âge adulte, si elle est bien nourrie, partie à l'étable et partie au pacage à l'air libre, si surtout on a le soin de la traire deux ou trois fois par jour, elle donne un lait à peu près inodore, abondant et nutritif, pendant 12, 13, 14 et 15 mois consécutifs. M. Mascarel déclare ensuite que la cuillère et le verre ont l'inconvénient de priver l'enfant, d'insaliver l'aliment et il préfère le biberon, pourvu qu'il soit bien construit et surtout soigneusement nettoyé. Passant ensuite au coupage du lait, il indique les détails des divers modes de coupage auxquels il donne la préférence aux divers mois et suivant l'état de santé de l'enfant. — La communication de M. Mascarel est renvoyée à l'examen de MM. *De Villiers* et *Guéniot*.

Tumeurs du corps thyroïde. — M. *Tillaux* présente un malade auquel il vient d'enlever une volumineuse tumeur du corps thyroïde, probablement de nature sarcomateuse, qui occupait toute la largeur du cou et plongeait jusque dans le médiastin; l'opération, dont M. Tillaux ne donne pas les détails vu l'heure avancée, a eu plein succès et n'a laissé qu'une légère cicatrice.

— L'Académie se forme ensuite en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. *Bucquoy* sur les candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale; la liste de présentation est ainsi fixée : en première ligne, M. Potain ; en seconde ligne, M. Siredey; en troisième ligne, M. Lecorché; en quatrième ligne, M. Cadet de Gassicourt; en cinquième ligne, M. Ball; en sixième ligne, M. Bouchard. — L'élection aura lieu mardi prochain, ainsi que celles du vice-président de l'Académie pour 1883 et du secrétaire annuel, en remplacement de M. Bergeron, qui refuse de se représenter.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1882.— PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

L'épidémie de fièvre typhoïde d'Auxerre: M. Dionis des Carrières. — Bothriocéphale et anthelminthique : M. Laboulbène (discussion).

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Sevestre* fait savoir que le dernier malade dont il a parlé n'est pas saturnin et ne présente aucun liséré gingival. Il ne pense pas d'ailleurs que ce soit un simulateur.

— M. *Dionis des Carrières* (d'Auxerre) fait une très intéressante communication sur l'*épidémie de fièvre typhoïde* qui a sévi à Auxerre au mois de septembre dernier, et dont il a pu, grâce à des recherches minutieuses, déterminer l'origine. Il rappelle que la ville d'Auxerre est une vieille ville datant du moyen âge, située sur une montagne, percée de rues étroites et tortueuses, mais ordinairement assez salubre; en effet, sur une population de 16000 habitants, la mortalité moyenne est de 8 décès environ par semaine, c'est-à-dire 430 à 450 décès par an. On y observe rarement des épidémies graves; cependant la fièvre typhoïde s'y est déjà montrée avec une certaine violence, il y a une trentaine d'années. Depuis lors les cas de dothiénentérie étaient très rares; on n'avait enregistré que deux décès typhoïdiques l'année dernière, et cette année, jusqu'au mois de septembre, sept décès, dont trois seulement dans le mois d'août. Mais tout à coup une épidémie meurtrière de fièvre typhoïde éclata dans les premiers jours de septembre et occasionna 30 décès dans le mois. En deux mois et demi on releva 92 décès, ce qui représenterait pour Paris, relativement au chiffre de la population, 13000 décès dans le même temps. Le chiffre des personnes atteintes s'est élevé à plus de 800. Dans un grand nombre de cas, la fièvre a présenté un caractère assez nettement intermittent. Quelle cause pouvait-on assigner à cette épidémie? Depuis le 2 novembre 1881, jusqu'au moment de l'apparition de la dothiénentérie, la ville d'Auxerre avait été sillonnée dans tous les sens par des tranchées destinées à l'établissement des conduites de gaz et des eaux de la rivière d'Yonne dont la distribution à la ville avait été décidée par la municipalité : ces eaux n'ont alimenté les fontaines de la ville qu'à partir du 8 septembre. Ces travaux de terrassement semblaient, au premier abord, pouvoir être incriminés, mais, en examinant les choses de plus près, on remarquait que les cas de fièvre typhoïde étaient répartis sur un certain nombre de quartiers de la ville, tandis que les tranchées avaient été ouvertes dans toutes les directions; la distribution des égouts ne répondait pas davantage à la localisation de la maladie, et la hauteur assez considérable de la nappe d'eau souterraine ne paraissait pas non plus pouvoir être mise en cause. En pointant avec soin sur un plan les maisons où se produisaient les décès de typhoïdiques, M. Dionis remarqua que certains quartiers étaient absolument indemnes, tandis que d'autres, limités à l'ancienne enceinte, renfermaient presque tous les individus atteints; tout ce qui entoure la ville, faubourgs, asile d'aliénés, nouvelle caserne, semblait épargné par l'épidémie. Or ces deux derniers établissements, entre autres, ne reçoivent pas les eaux de la ville, mais sont alimentés par deux petites sources spéciales. Ces faits attirèrent l'attention de M. Dionis sur les eaux potables comme origine du mal, surtout lorsqu'il apprit de l'un de ses confrères, le docteur Populus, au cours d'une réunion de la Société médicale de l'Yonne, qu'il y avait eu quelques cas de fièvre typhoïde, pendant le mois d'août, dans les villages voisins, et en particulier dans le village de Valan où se trouve la source qui avait seule fourni, jusqu'au 1er septembre, les eaux de la ville d'Auxerre. En effet, les eaux des nouvelles conduites, provenant de l'Yonne, n'ont été distribuées que le 8 septembre. M. Dionis se rendit donc au village de Valan et se fit montrer la source des eaux de la ville; cette source sort de terre, sous une grotte, dans une cour commune, entourée de bâtiments de ferme, et au milieu de laquelle est entassé le fumier. Ce fumier est situé à deux mètres environ de la source qui est elle-même en contre-bas. Or, dans l'une des habitations qui bordent cette cour, habite une jeune femme de vingt ans, qui avait été atteinte au mois d'août d'une fièvre typhoïde grave ; cette malade, du 15 au 24 août, avait eu une diarrhée abondante, fournissant de 8 à 12 selles par jour, et qui avait ensuite progressivement disparu. Ces selles avaient été constamment déversées sur le fumier dans la cour commune, à deux mètres de la source. Il était dès lors permis de penser qu'elles avaient pu s'infiltrer jusqu'au griffon qui capte, en ce point, les eaux pour les conduire dans la ville d'Auxerre; d'autant plus que le sol est composé d'un calcaire portlandien, fendillé, très perméable. Peu de temps auparavant, on avait d'ailleurs pu constater, dans un village très voisin, qu'une source située à 30 mètres de distance d'une écurie, et à 4 mètres de profondeur, était souillée par des infiltrations de purin; une expertise, au cours du procès auquel le fait avait donné lieu, avait également montré que de l'eau colorée avec de l'ocre jaune, puis de l'eau d'alambic, offrant une forte odeur de kirsch, versées sur le sol de l'écurie incriminée, apparaissaient dans l'eau de la source au bout de dix minutes. Il s'agissait dès lors, pour répondre à toutes les objections, d'instituer une semblable expérience au village de Valan, et de démontrer directement l'infiltration des selles typhoïdiques dans la source des eaux de la ville. C'est ce que fit M. Dionis en versant sur le fumier, où avaient été jetées les déjections de la malade, de l'eau colorée avec de l'aniline : au bout de quelques minutes cette eau venait teindre

en violet une petite source immédiatement contiguë au griffon de la source principale. L'expérience, d'ailleurs pleinement démonstrative, ne put être poussée plus loin, en présence de manifestations hostiles de la part des paysans de Valan, furieux de voir accuser l'eau de leur source d'avoir répandu une maladie grave dans le voisinage.

En suivant sur la carte que M. Dionis place sous les yeux de la Société, la répartition des cas de dothiénentérie, on voit qu'elle correspond très exactement à la distribution des eaux de Valan dans la ville.

On remarque, par exemple, que la nouvelle caserne, qui ne reçoit point ces eaux, a été épargnée, tandis que dans l'ancienne, qui les reçoit, on a constaté un grand nombre de cas de dothiénentérie; entre cette nouvelle caserne et l'asile d'aliénés, qui tous deux tirent leur eau d'une source spéciale, se trouve la prison qui est alimentée par la source de Valan : dans les deux premiers établissements pas un seul typhoïdique, et, au contraire, 14 malades dans la prison. Dans plusieurs faubourgs dont les eaux potables sont fournies par d'anciens puits, pas un seul cas. Une petite fille cependant, dans un de ces faubourgs, a eu la fièvre typhoïde, mais elle se rendait chaque jour chez son père dans l'intérieur de la ville et avait bu de l'eau de Valan. Dans une rue où existe un puits auquel se fournissent d'eau les 60 habitants des maisons voisines, pas un malade, bien que le reste de ce quartier, alimenté par les bornes-fontaines des eaux de la ville, ait été fort maltraité par l'épidémie. Dans une maison proche de la demeure de M. Dionis, au milieu d'un quartier atteint, 6 familles se sont uniquement servies de l'eau d'un puits situé dans la cour; elles ont été épargnées. Enfin, M. Dionis rapporte un dernier fait très concluant : derrière sa maison, s'élèvent deux couvents séparés par un mur peu élevé. Le premier paye à la ville une importante concession d'eau; il renferme 39 religieuses : 7 ont été atteintes, une a succombé. Le second est un orphelinat pauvre, auquel la municipalité a refusé la concession gratuite de l'eau de la ville, et qui est alimenté par un puits; dans cet établissement se trouvent 68 enfants et 14 religieuses : on n'a relevé qu'un seul cas de fièvre typhoïde, chez une petite fille sortie en permission et qui avait fait deux repas chez ses parents. Il semble donc bien démontré que l'épidémie de fièvre typhoïde d'Auxerre a été le résultat de l'infiltration des selles typhoïdiques dans la source qui seule fournissait alors les eaux potables consommées dans la plus grande partie de la ville.

M. *Laboulbène* demande à M. Dionis quelle eau il a bue lui et sa famille à cette époque.

M. *Dionis des Carrières*, qui est dyspeptique, ne boit que de l'eau de Saint-Galmier ou de Pougues, et, dès l'apparition des premiers cas de dothiénentérie, il a prescrit le même régime à tous ceux qui l'entourent. D'ailleurs, la classe aisée, dans laquelle l'usage des eaux minérales de table est assez répandu, a été relativement épargnée par l'épidémie.

— M. *Laboulbène* a observé récemment, à la Charité, un malade porteur d'un bothriocéphale, et qui cependant n'a jamais habité que la France. Il a recueilli un nombre considérable d'œufs dans les selles de cet individu; on en trouvait, en effet, 6 à 8 dans la minime quantité de matières fécales recueillie sur l'extrémité d'une épingle. Il se propose de faire de nouvelles recherches sur le développement de ces œufs et l'évolution du bothriocéphale, qui est jusqu'ici très imparfaitement connue. Il a expulsé l'helminthe, chez son malade, avec la pelletiérine.

M. *Féréol* a remarqué que, depuis quelque temps, il a éprouvé des insuccès avec la pelletiérine dans le traitement du tænia.

M. *Laboulbène* a toujours vu réussir la pelletiérine de Tanret, mais il croit la dose de 20 à 30 centigrammes trop faible; il prescrit ordinairement 40 centigrammes.

M. *Féréol* a également employé la pelletiérine de Tanret; cependant elle a échoué chez une phthisique soumise au régime de la viande crue et qui rendait des cucurbitins. Un élève en pharmacie, chez lequel la pelletiérine avait échoué également, a pris une forte dose de pepsine non amylacée et a expulsé un tænia ramolli et pour ainsi dire *digéré*.

M. *Tenneson* croit que les insuccès avec la pelletiérine tiennent à ce qu'on administre le purgatif trop tardivement. Au lieu de le donner une heure après le tænifuge, il le fait prendre une demi-heure avant. Ce moyen lui a toujours réussi.

M. *Laboulbène* a parfois employé ce procédé, lorsqu'il avait éprouvé un premier insuccès avec la méthode ordinaire.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle que c'est Bérenger-Féraud qui a, le premier, préconisé l'administration du purgatif avant le tænifuge. Pour lui, il prescrit la pelletiérine à la dose de 40 centigrammes, et donne, une demi-heure après, 30 grammes d'eau-de-vie allemande.

M. *Tenneson* préfère l'huile de ricin, parce qu'elle agit plus rapidement et surprend l'helminthe dans cet état d'engourdissement que produit la pelletiérine. C'est l'instant favorable pour l'expulser.

M. *Laboulbène*. Le meilleur tænifuge est, sans contredit, le kousso, car il est à la fois anthelminthique et purgatif. Malheureusement, son action est infidèle et très variable, suivant la date plus ou moins ancienne de sa récolte; il se conserve, en effet, difficilement.

— A cinq heures et quart, la séance est levée.

André Petit.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LÉON LABBÉ.

Anévrysme artério-veineux devenu artériel. — Arrachement et élongation des nerfs. — Élection d'un membre titulaire.

M. *Polaillon* fait un rapport sur une observation d'anévrysme artério-veineux devenu artériel, par M. Grippa (d'Angers).

Un homme de cinquante-six ans se présente à M. Grippa avec un anévrysme du bras gauche. Il raconte qu'à l'âge de onze ans il s'est blessé avec un canif à la partie inférieure et interne du bras. Une tumeur se développa peu à peu, et récemment elle prit un accroissement brusque. Cette tumeur a la forme d'une besace; le bras est tendu, œdémateux, la peau amincie et bleuâtre; battements expansifs, thrill; pouls insensible au poignet.

M. Grippa fit l'amputation à la partie supérieure du bras. La dissection montra que la plus grande partie de la poche anévrysmale était formée par les fibres dissociées du biceps. La masse principale est constituée par un anévrysme diffus qui communique avec l'anévrysme primitif. Le sac anévrysmal communique avec l'artère humérale à quelques millimètres au-dessus de l'origine de la radiale et de la cubitale. La veine humérale est oblitérée; on voit encore la trace de l'orifice de communication avec l'artère. Le sac contenait des caillots actifs et des caillots passifs. Nélaton avait indiqué qu'on pouvait guérir les anévrysmes artério-veineux en les transformant en anévrysmes artériels; depuis, les chirurgiens se sont efforcés de réaliser cette transformation. M. Polaillon a échoué dans le cas suivant.

Il a observé, du 27 octobre au 27 décembre 1880, un garçon de vingt-quatre ans qui s'était tiré un coup de revolver dans l'aisselle; signes d'anévrysme artério-veineux de l'ais-

selle. La compression au-dessus du sac ne donna aucun résultat; l'électro-puncture amena une diminution momentanée du souffle et des battements; le malade quitta l'hôpital non guéri. La poche était située au milieu du faisceau vasculo-nerveux de l'aisselle.

— A propos du rapport lu par M. Pozzi dans la précédente séance, M. *Berger* dit qu'il a fait quelques expériences sur le cadavre, sur l'arrachement des branches de la cinquième paire. Il a toujours observé que l'arrachement se produisait à 1 centimètre ou 1 centimètre et demi au delà du point où portait la force de traction; ces expériences ont été faites surtout sur le nerf sous-orbitaire.

L'électrisation bien faite a eu raison de quelques névralgies graves. M. Berger a vu une névralgie faciale datant de plus de deux ans, complètement guérie en deux mois par les courants continus alternés avec les courants interrompus.

M. *Monod* fait une élongation du sous-orbitaire, qui a été suivie d'arrachement; la rupture s'est produite à 2 centimètres, comme le dit M. Berger. Chez cette malade, la névralgie a reparu. Dans une seconde opération, chez une autre malade, l'élongation suffit pour amener la guérison.

M. *Pozzi*. Les expériences de M. Berger viennent à l'appui de celles de Trombetta, qui avait constaté aussi que la rupture du nerf se faisait non loin du point de traction. Cela prouverait que l'arrachement ou l'élongation n'agiraient que sur une faible partie de la longueur du nerf. Cela prouverait encore que la névrotomie est préférable quand on peut atteindre la branche siège de la névralgie.

M. *Marchand* a fait l'excision du nerf sous-orbitaire chez un malade atteint de névralgie rebelle ; il enleva 1 centimètre du tronc nerveux; le malade ne fut pas soulagé.

M. *Tillaux*. Il n'y aurait peut-être pas lieu d'établir un parallèle entre le procédé français et le procédé de Carnochan. Par la voie orbitaire, on ne peut faire que la section d'une partie du nerf; on ne coupe pas les rameaux dentaires. C'est pour atteindre ces filets que Carnochan conseille d'attaquer le nerf maxillaire supérieur au ganglion de Meckel, en traversant le sinus maxillaire. Ces deux méthodes répondent à des indications différentes.

M. *Verneuil*. Avant de couper les nerfs, il faudrait voir si l'on a épuisé les ressources de la thérapeutique. L'élongation est une opération moins bien réglée que la résection. Il y a des cas où la section simple a amené la guérison, et d'autres dans lesquels aucune méthode n'a donné du soulagement. Quand il y a névrite interstitielle sur une grande étendue, il faudrait arracher tout le nerf pour guérir la névralgie.

M. *Nicaise* a amputé la cuisse, pour une tumeur blanche du genou, à un malade qui avait en même temps une névralgie sciatique très douloureuse; il réséqua le nerf. Un mois après, la névralgie reparut; traitement par l'hyosciamine; révulsifs sur la moelle; les douleurs continuent. Le bromure de potassium donna une amélioration momentanée.

Il est dangereux de faire des opérations sur des nerfs chez des sujets dont la névralgie est l'expression d'une épilepsie latente. M. Gignoux (de Lyon) a communiqué à M. Nicaise l'observation d'un homme de quarante ans qui avait une névralgie du nerf dentaire inférieur droit. M. Bouchard et M. Vulpian avaient diagnostiqué l'épilepsie sur certains signes présentés par le malade. M. Delore réséqua le nerf malade; l'opéré mourut subitement la nuit suivante.

M. *Le Fort*. Lorsqu'un nerf est irrité, le sujet rapporte la sensation douloureuse à la périphérie; beaucoup de névralgies ont une origine centrale. Quand on ne peut refuser l'opération, la résection paraît devoir réunir les suffrages. M. Le Fort ferait d'abord l'élongation, et, si cela ne suffit pas, il arriverait à la résection. L'avantage de l'élongation, c'est que son action porte sur une grande étendue du tronc nerveux.

M. *Pozzi*, dans son rapport, a repoussé l'arrachement. La statistique est contre l'élongation quand il s'agit du nerf sous-orbitaire.

M. *Desprès* n'a jamais vu un malade qui eût besoin de la névrotomie.

M. *Tillaux*. La névrotomie doit être faite dans certains cas; c'est au chirurgien à rechercher les indications. La résection est indiquée quand la névralgie a résisté à tous les traitements, quand la douleur siège toujours au même point.

M. *Labbé* donnera l'observation d'un individu opéré, il y a trois ans, de névrotomie du nerf sous-orbitaire; la guérison se maintient.

M. *Le Fort*. Quand la guérison est momentanée, on se demande si l'amélioration tient à la section nerveuse ou à la simple incision. Malgaigne cautérisait le tragus pour les névralgies sciatiques, et guérissait parfois les malades. M. Le Fort a vu une femme qui avait une névralgie atroce de la langue; il proposa la suture du nerf lingual; la malade refusa. Pendant le siège de Paris, les douleurs disparurent, pour reparaître plus tard.

— M. *Richelot* est élu membre titulaire de la Société de chirurgie.

L. LEROY.

REVUE DES JOURNAUX

Du salicylage des substances alimentaires,
par M. le docteur DUBRISAY.

M. le docteur Dubrisay fait connaître au Comité consultatif d'hygiène de France, au nom de la commission dont il est rapporteur, les travaux de cette commission et les conclusions qu'elle a adoptées relativement au salicylage des substances alimentaires.

On sait que, à la suite de la circulaire ministérielle en date du 7 février 1881, relative au salicylage des vins, bières, cidres, etc., un certain nombre de protestations et de réclamations ont été adressées, à ce sujet, au ministre par divers fabricants ou sociétés commerciales. Mais il s'en faut de beaucoup que ces protestations soient aussi nombreuses, aussi unanimes que l'on a cherché à le faire croire. Ainsi, à la date du 16 juin 1881, *le syndicat général des chambres syndicales de commerce en gros des vins et spiritueux de France*, considérant que l'addition de l'acide salicylique dans les vins n'est pas d'une utilité reconnue pour leur conservation, et n'en détruit pas les principes fermentescibles à la dose minime indiquée par les fabricants, émit le vœu que l'addition de l'acide salicylique dans les vins fût interdite définitivement. Les mêmes conclusions ont été votées de nouveau cette année, le 15 juin 1882, par le syndicat général; en effet, M. Jarlaud, président de la chambre syndicale de Paris et du département de la Seine, a montré, dans un rapport basé sur plusieurs séries d'expériences faites avec l'assistance de M. Schlumberger, que, en fûts pleins ou vidange, l'action favorable de l'acide salicylique est nulle sur les vins rouges, qui représentent l'immense majorité de la production; si le vin ne *pique* pas, il n'en vaut pas mieux, au contraire.

De même, la chambre syndicale des brasseurs de la Seine désapprouve le salicylage de la bière, et la plupart des brasseurs les plus importants de Paris, Strasbourg, Nancy, Munich, Vienne considèrent que l'emploi en brasserie de l'acide salicylique, et en général de toute substance antiseptique, n'est ni indispensable ni même utile. Le salicylage ne sert qu'à prévenir l'altération des bières mal fabriquées, insuffisamment soignées en cave, et dont le transport à distance ne pourrait s'effectuer; mais il est pour le moins inutile avec les bières de bonne provenance et fabriquées avec soin.

Cependant, au nombre des protestations qui doivent être

prises en considération, on trouve une lettre de la chambre de commerce de Bordeaux, en date du 23 mars 1881, et dans laquelle on relève cet aveu que l'acide salicylique est indispensable à la fabrication, devenue nécessaire, de vins artificiels, dont l'*insuffisance hygiénique* est d'ailleurs manifeste. De même, une série de protestations, rangées sous le drapeau du Comité central de France pour la défense des intérêts de la production et du commerce des vins et des bières, laisse percer un caractère de spéculation commerciale qui lui enlève une grande partie de sa valeur : si ces fabricants sont si désireux d'être autorisés à salicyler leurs vins, c'est que ce moyen est le seul qui permette d'obtenir la conservation de produits fabriqués, manipulés et *bordelisés*, grâce à diverses préparations chimiques d'un usage aujourd'hui trop répandu.

En outre, la commission a institué des expériences d'où il ressort que les vins alcoolisés, que les bières de bonne fabrication n'ont pas besoin de salicylage pour se conserver, que ce procédé n'est utile qu'avec les produits de fabrication défectueuse, et que, d'ailleurs, les faibles doses d'acide salicylique, compatibles avec l'innocuité au point de vue de l'hygiène publique, ne peuvent avoir une action préservatrice efficace.

En conséquence, la commission conclut au rejet d'une proposition tendant à la fixation d'une dose *maxima*, audessous de laquelle l'emploi de l'acide salicylique serait autorisé, car il n'existe pas jusqu'ici de procédé de dosage suffisamment exact et pratique ; d'ailleurs, de faibles doses ont eu parfois des effets toxiques. Elle rejette également une seconde proposition demandant une tolérance absolue, à la condition expresse que le consommateur serait toujours prévenu de la présence de l'acide salicylique et de la dose employée. Comment, en effet, vérifier cette dose, et comment atteindre les délinquants, aucune loi n'obligeant un fabricant à indiquer sur ses produits son procédé de fabrication, ni son mode de conservation.

Aussi la commission adopte à l'unanimité le maintien des conclusions du rapport du 15 novembre 1880, tendant à proscrire le salicylage des vins et substances alimentaires. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, numéro du 20 novembre 1882.)

BIBLIOGRAPHIE

Handbuch der historisch-geographischen Pathologie (Manuel de pathologie historique et géographique), par M. le professeur A. HIRSCH (de Berlin), t. I. Stuttgard, 1881.

En 1860, paraissait en Allemagne un livre intitulé : *Manuel de pathologie historique et géographique*, signé du nom d'un modeste praticien de Dantzig. L'ouvrage s'adressait à un petit nombre de lecteurs, mais parmi ce public limité le succès fut considérable, et peu à peu, le cercle s'étendant de ceux qui s'intéressent aux grandes questions de l'étiologie et de la prophylaxie des maladies populaires, le nom de Hirsch acquit une notoriété universelle. C'était, à vrai dire, une œuvre un peu indigeste, un peu obscure, mais véritablement monumentale : le matériel scientifique utilisé était énorme ; la moindre déduction théorique s'appuyait sur des masses de citations et les arguments se dressaient devant les doctrines épidémiologiques courantes, comme on se figure les anciennes catapultes devant les murailles. — A vingt ans d'intervalle, la seconde édition commence à paraître, « complètement remaniée », dit l'auteur, devenu depuis, et grâce à son livre, professeur de médecine à Berlin. Il suffit d'y jeter un coup d'œil pour voir qu'il s'agit en réalité d'une œuvre toute nouvelle. Il ne pouvait en être autrement. Dans les vingt dernières années, l'épidémiologie a fait des progrès considérables, non seulement dans la faveur du public médical, mais aussi dans ses doctrines : pour tenir un juste compte de cette évolution d'une science d'avenir, l'auteur s'est vu forcé de rédiger à nouveau un grand nombre de chapitres, de changer l'ordre général, de faire d'importantes suppressions et additions. L'œuvre est devenue plus claire, plus facile à lire, tout en restant savante : l'exposition a plus d'autorité.

Le premier volume a seul paru jusqu'ici : il est consacré aux *maladies infectieuses aiguës*. C'est le point capital de l'ouvrage et précisément celui sur lequel porteront les principaux changements. En analysant rapidement cette partie, nous rencontrerons chemin faisant les principales questions générales discutées ces dernières années et nous pourrons constater combien la théorie du contage animé a profondément pénétré dans les esprits, puisqu'elle est acceptée implicitement par un homme qui se comportait autrefois d'une façon très réservée vis-à-vis d'elle.

La grippe ouvre la marche, la grippe que l'auteur considère comme une maladie infectieuse spécifique, non assimilable cependant aux affections contagieuses ou plutôt transmissibles. L'étiologie de la grippe est depuis vingt ans restée enveloppée de la même obscurité. Toutefois il faut reconnaître que sa spécificité est depuis quelques années fortement battue en brèche par les partisans du catarrhe. On tend à la ranger parmi les maladies purement saisonnières. L'auteur parle assez dédaigneusement de ces doctrines. « Il n'y a pas, dit-il, la moindre raison d'admettre une relation quelconque entre la genèse de l'influenza et les variations barométriques, ou la présence de l'ozone atmosphérique, ou l'apparition brusque de nuages. Toutes ces théories pathogéniques doivent être rangées au nombre des rêves dont les romantiques de la médecine ont comblé l'étiologie de la grippe. »

Nous n'oserions être aussi affirmatifs. Tout en restant convaincu de la spécificité de la grippe, nous constatons que les épidémies *modernes* sont presque exclusivement observées à la fin de l'hiver ou dans la saison des pluies, lorsqu'il s'agit de pays tropicaux, et qu'à Paris, notamment, l'apparition de la grippe coïncide fréquemment avec une variation brusque et étendue du baromètre. Ces faits ne manquent pas d'importance, mais l'étude de la grippe présente ce caractère particulier, qu'il est absolument impossible de se faire une idée de son étiologie sur les lieux mêmes, et qu'il faut tenir le plus grand compte, et des relations des auteurs anciens, et de son extension géographique. Ce n'est que par une étude faite de très haut, que la doctrine de la spécificité s'impose bien clairement à l'esprit.

La *dengue* est traitée dans un chapitre nouveau et étendu qui remplace les quatre pages de l'ancienne édition. Rien ne démontre mieux l'intérêt qui s'attache à cette fièvre bizarre qui a tant exercé l'ingéniosité de nos médecins de marine. Hirsch ne la croit pas transmissible, quoique pendant la grande épidémie de 1871-73 elle ait été déclarée « éminemment contagieuse » : elle ressemblerait sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, à la grippe. Il ne parle pas de son assimilation avec les fièvres éruptives auxquelles la dengue ressemble surtout par ses caractères épidémiologiques, et avec lesquelles elle forme des constitutions médicales exanthématiques, comme à Cadix en 1784.

La *suette* est l'objet d'une étude approfondie. Nous lisons avec surprise (p. 63) que « cette affection peut être considérée comme l'une des plus répandues parmi les endémies et épidémies de France. » C'est une exagération : même en France la suette miliaire est une rareté.

Le point le plus intéressant est sans contredit la question de savoir s'il faut assimiler la suette bénigne, telle que nous la connaissons, à la suette des Anglais dont les historiens nous ont conservé l'effrayant souvenir. Hirsch plaide avec raison pour l'affirmative. Il s'appuie sur la célèbre petite

épidémie de Rœttingen, en 1802, qui ne le céda en malignité à aucune autre, du moins au début. Le tableau de Hirsch s'arrête en 1874, il n'a donc pu citer l'épidémie de l'île d'Oléron en 1880, dont M. Rochard a fait ressortir les particularités curieuses à l'Académie de médecine.

D'ailleurs on peut constater, dans une foule de petites épidémies de France, des périodes très courtes, pendant lesquelles la malignité de la maladie est extrême, sans que l'on puisse savoir pourquoi.

La *variole* est une des affections les mieux connues des épidémiologistes. Il nous paraissait intéressant de constater l'attitude de Hirsch vis-à-vis de nos modernes antivaccinateurs. « La folie ou l'ignorance grossière peuvent seules essayer encore aujourd'hui, d'amoindrir et de mettre en question les services immortels rendus par Jenner. On a le droit de répondre aux folles tentatives destinées à discréditer la vaccine par le mot simple mais topique de Porter : « It will » require an immense accumulation of facts, more than the » world ever saw, to shake our faith in the protective influence » of vaccination. »

La *scarlatine* n'est plus considérée comme une maladie nouvelle inconnue avant 1627 : Hœser lui-même abandonne d'ailleurs l'idée que « Breslau est le berceau de la scarlatine ». Après avoir exposé d'une façon très claire les particularités de cette maladie capricieuse qui, suivant les pays, les années, est tantôt extrêmement bénigne, tantôt d'une malignité extrême, Hirsch ajoute : « Les recherches et les expériences de Hallier, Coze et Feltz, Balogh, etc., ne nous ont pas donné une idée certaine de la nature du poison de la scarlatine dont la nature spécifique ne fait de doute pour personne, mais *que l'on a de bonnes raisons de supposer être*, comme tous les poisons morbides, *un corps organique.* »

Les *fièvres de malaria* sont l'objet d'une étude approfondie. Autrefois Hirsch distinguait, un peu arbitrairement, cinq grands foyers en France et fixait très exactement la limite septentrionale de leur apparition. Ces divisions théoriques ont disparu et c'est justice. Si l'on peut affirmer que les pertes du genre humain par le fait des affections telluriques ont considérablement diminué, il faut reconnaître par contre que leur extension est plus considérable. Il est peu de régions en France où l'on n'ait pas à observer pendant l'été des cas de fièvre intermittente : il en est probablement de même par toute l'Europe.

La question du *typho-malarial fever* est examinée avec le plus grand soin ; toutefois l'auteur n'arrive à aucune conclusion. Il faut attendre des recherches plus précises. Hirsch est encore moins affirmatif qu'autrefois au sujet du règne des fièvres dans certains pays montagneux : la Castille, l'Arménie, le Dekan, etc. Il est probable que par la suite on pourra faire rentrer toutes ces exceptions dans la règle générale. On trouvera cependant (p. 197) des exceptions curieuses comme celle des pampas du Rio de la Plata, des rives de l'Amazone, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, de la Nouvelle-Calédonie, de Manille, des Bermudes, tous pays où les fièvres intermittentes sont ignorées, lorsque cependant la constitution du sol et les circonstances atmosphériques paraissent éminemment propres à leur naissance.

La malaria des vaisseaux, ce fait incompréhensible révélé surtout par des travaux français, est mentionnée soigneusement mais sans discussion.

« En somme, conclut l'auteur, la critique impartiale doit arriver à la conclusion qu'un sol humide, riche en humus ou marécageux, devient, sous l'influence de hautes températures, un facteur très important de la malaria. Mais cette affection n'en est pas le résultat nécessaire, pas plus qu'elle n'est absolument liée à ces circonstances. Il faut *quelque chose de plus*, placé sur ou dans le sol, ou flottant dans les airs, une *puissance spécifique* qui est la vraie raison de la malaria, puissance qui naît et se développe de préférence dans les conditions ci-dessus, mais qui peut aussi apparaître en dehors d'elles. » Cette conclusion mérite d'être rapprochée de celle de Colin dont on connaît la grande expérience en matière de fièvres telluriques. « Je rapporterais plus volontiers la fièvre intermittente à des émanations gazeuses, encore mal déterminées, qu'à l'influence de particules solides, vivantes ou non, suspendues dans l'atmosphère. » (*Traité des épidémies*, p. 136.)

Hirsch rejette très nettement l'origine gazeuse de la malaria, sans se prononcer d'ailleurs sur la nature de la puissance spécifique dont il admet l'intervention.

Le chapitre consacré *à la fièvre jaune* est sans contredit le plus important et le mieux réussi : c'est aussi une des études favorites du professeur de Berlin. Il y a quelques années déjà il avait publié un mémoire très important où il étudiait les dangers que cette affection pouvait faire courir à l'Europe. A cette époque l'épidémiologie de la fièvre jaune se composait d'une série de particularités curieuses qui étaient en quelque sorte le cachet de cette peste exotique : elle ne quittait pas la mer, ne s'élevait pas sur les montagnes, ne pénétrait pas dans les villages, épargnait les nègres, etc., etc. Il a fallu bien en rabattre depuis. Le mémoire de Heinemann (*Archives de Virchow*, t. LXXVIII et non LXXXVII) nous a appris que les limites autrefois imposées à la maladie se sont singulièrement élargies.

L'influence de la température reste intacte. Mais il n'en est plus de même de celles des localités. La fièvre jaune suit les chemins de fer jusqu'à Paso del Macho, elle grimpe à Las Animas à plus de 1000 mètres au-dessus du niveau de la mer, elle décime les petits villages des environs de Vera-Cruz. A la Nouvelle-Orléans, on remarque avec étonnement que les nègres sont plus fréquemment atteints que les blancs.

De l'ancienne doctrine un seul fait subsiste, mais il est fondamental : c'est que la fièvre jaune est une maladie du sol, du port, du navire, de tout, excepté de la race humaine.

L'histoire du *choléra* est faite avec une précision qui dénote une connaissance approfondie du sujet. L'auteur a été, en 1873-75, un des membres les plus actifs de la grande commission du choléra de l'empire allemand. A ce titre il a accompli un véritable voyage d'exploration, non moins pénible et fatigant que celui qu'il a fait sur le Volga, dans les provinces orientales de la Prusse, et a rapporté de cette étude quelques données importantes pour l'épidémiologie en général et pour celle du choléra en particulier. Nous citerons notamment la jolie observation de l'immunité des maisons de paysan vis-à-vis des maisons modernes.

« Nous ne connaissons, dit-il, en dehors de l'influenza et de la variole, aucune maladie infectieuse qui considérée en général ait présenté une telle expansion sur notre globe depuis les tropiques jusqu'aux régions polaires les plus éloignées, et qui, dans les conditions les plus diverses, sociales, climatiques, telluriques et autres, se soit montrée aussi constamment semblable à elle-même dans sa forme, sa marche, sa mortalité, ses caractères fondamentaux. » Cette ubiquité extrême du choléra montre bien son indépendance vis-à-vis des facteurs étiologiques ordinaires : il n'y a, à vrai dire, ni opportunité individuelle, ni opportunité cosmique vis-à-vis du choléra. Une seule circonstance limite cette expansion : c'est la localité, et Hirsch nous cite toute une série de ces heureuses localités où l'agent infectieux n'a pu prendre pied jusqu'ici : Wurtzbourg, Francfort, Falun, Cheltenham, la Martinique, Sedan, Rouen, Versailles et surtout Lyon dont l'immunité a résisté à plusieurs reprises aux assauts de la maladie.

Ce fait n'est pas nouveau. Il n'est pas étonnant que l'auteur, dont l'érudition est infaillible, ait rendu justice aux savants français : Boubée, Fourcault, Dechambre et Vidal, qui ont eu le mérite d'insister les premiers sur l'influence de la constitution du sol, sur la propagation du choléra. Petten-

kofer n'a fait que généraliser la doctrine et montrer qu'il ne s'agit pas en réalité de la composition géologique des terrains, mais de leurs qualités physiques. Ainsi Gibraltar est un rocher, mais un rocher poreux, car il se défrite avec la plus grande facilité : il peut donc être le siège de fermentations morbides.

« L'extension épidémique du choléra (p. 328) dépend essentiellement de ce fait que le sol est humide, ou bien qu'il est accessible à l'air, au moins à un degré tel que les substances organiques qui y sont accumulées subissent une décomposition. » D'où la théorie de la nappe d'eau souterraine et des oscillations de cette nappe sur la propagation des maladies infectieuses, et spécialement du choléra.

La pathologie expérimentale a été impuissante jusqu'ici à nous révéler quelle est la nature de l'agent infectieux du choléra, ou dans quelle humeur de l'organisme il siège. Et cependant « la doctrine du poison cholérique propagé par les déjections, s'était tellement infiltrée dans les sciences médicales, que l'on peut à peine aujourd'hui se rendre compte combien cette théorie a peu de fondement ».

La question de la contagiosité du choléra, discutée avec tant de vivacité dans ces dernières années, n'est pas entièrement résolue. La prépondérance du sol comme facteur épidémiologique fait comprendre qu'il ne peut s'agir d'une contagion, dans le vrai sens du mot, comme celle de la variole. On a donc recouru au terme de transmissibilité, et on admet implicitement que le germe transmis par l'individu a besoin du sol pour se reproduire en quantité suffisante pour former une épidémie. Cette doctrine a été défendue avec une vigueur extraordinaire par Pettenkofer, dans un mémoire qui semble avoir passé presque inaperçu en France : *Du choléra des vaisseaux et du but des quarantaines* (*Vierhljahrsch.. für öff. Gesundteeitspflege*, 1872). Il insistait surtout sur ce fait que le choléra n'est jamais épidémique sur les bateaux, *qui manquent de sol*, c'est-à-dire de moyen de reproduction de l'agent. Cette assertion du savant professeur de Munich nous a toujours paru au moins exagérée : l'histoire de la guerre de Crimée et les faits relatés par Marroin ne nous semblaient pas compatibles avec cette hypothèse. Hirsch, à son tour, soulève des réserves et cite un certain nombre d'épidémies de vaisseau. Ces épidémies portent le cachet des épidémies de maison, elles ont une extension limitée, mais ce sont bien des épidémies.

Dans le chapitre consacré *à la peste*, nous remarquons que la peste des Indes n'est plus traitée à part : son histoire se confond avec celle de la peste à bubons.

Le volume se termine par l'histoire du groupe *typhus* dont l'étude est un peu mieux individualisée que dans la première édition. Nous n'avons pas d'observations à faire sur ce point. Toutefois il nous semble que l'existence du typhus à Metz, en 1850 (p. 398 et p. 413), n'est pas suffisamment démontrée pour qu'on puisse la mentionner comme fait historique. L'auteur a dû remarquer que la grande majorité des médecins français ont adopté une attitude fort réservée vis-à-vis des assertions de ceux qui ont cru observer le typhus exanthématique à Metz. Il sait que MM. Billroth et Niemeyer en ont cherché vainement des exemples le lendemain de la capitulation. Nous ne voulons pas rouvrir une polémique inutile : la question nous semble jugée.

Le typhus de Paris en 1852, dont l'existence ne repose que sur un passage de Tholozan, nous paraît tout aussi hypothétique.

Il n'en est pas de même du typhus du Morbihan, dont l'existence est malheureusement hors de doute. On peut voir d'ailleurs, par la géographie actuelle du typhus, que cette affection a gagné du terrain, beaucoup de terrain, depuis une dizaine d'années.

« L'agent typhique (littéralement le poison typhique, mais cette dénomination doit être abandonnée) trouve un terrain manifestement favorable à son action et à son développement dans une population débilitée par la famine : c'est là une cause prédisposante qui se fait sentir d'autant mieux, que d'autres facteurs ont diminué la résistance des individus. »

Pour ce qui concerne la fièvre typhoïde, la loi de Buhl (corrélation du niveau de la nappe d'eau souterraine et du chiffre des cas de fièvre typhoïde) est examinée avec grand soin et c'est justice.

« Les objections faites par les auteurs ne détruisent pas la loi de Buhl, mais démontrent que cette loi a une action indéniable, mais dans des conditions spéciales que provisoirement il est impossible de définir exactement. »

Le livre de Hirsch est une œuvre bien remarquable : c'est un spécimen de ce que les Allemands nomment avec une pointe de prétention *deutsche Gründlichkeit*. Nulle part l'épidémiologie n'est exposée d'une façon plus large et plus minutieuse : les innombrables publications utilisées ont été préalablement soumises à une critique sévère. Sur ceux qui étudient de près cet ouvrage magistral, l'effet produit est considérable.

Malheureusement l'ensemble est un peu décourageant. On y apprend trop à se défier des prétendues lois épidémiologiques. Les réserves incessantes dont la moindre conclusion est entourée, le vague même de ces conclusions finissent par impressionner désagréablement le lecteur. Il faut résister à cette impression. L'épidémiologie ne comporte pas encore de règles absolues : c'est une étude de haute spéculation qui n'est arrivée qu'à force de prudence à s'assurer son rôle brillant dans la science. Plus que jamais il faut redoubler de sagesse en face des travaux modernes qui nous permettent d'espérer que la science des maladies populaires deviendra aussi claire qu'elle était obscure autrefois. C'est aujourd'hui surtout que l'on doit dire : *Melius est sistere gradum quam progredi per tenebras.*

C. Zuber.

VARIÉTÉS

Conseil académique de Paris. — La session du Conseil est close. Il résulte du rapport du doyen de la Faculté de médecine de Paris qu'au 16 octobre 1882, le nombre des étudiants ayant fait acte de scolarité dans le cours de l'année 1881-1882 était de 4209. Il faut ajouter à ce chiffre 388 étudiants qui ont pris leur première inscription au mois de novembre dernier; les attardés qui reviennent quelquefois aux études médicales après sept à huit années d'interruption ; les étrangers au nombre de 50, et les femmes au nombre de 39; ce dernier chiffre est en diminution de 13 sur celui de l'année dernière. Cette année, 6076 examens ont eu lieu à la Faculté de Médecine; la proportion des étudiants refusés dépasse le quart sans atteindre le tiers.

Le conseil académique devait émettre son avis sur la suppression ou le maintien du baccalauréat ès sciences restreint exigé surtout aujourd'hui des jeunes gens qui veulent entrer à la Faculté de médecine. On se demandait si le baccalauréat ès lettres, dont le programme a été si développé du côté scientifique, ne pourrait pas suffire. Le conseil a voté le maintien de ce baccalauréat.

Il a émis encore un vœu en faveur de la revision de l'organisation des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie pour les mettre mieux en mesure de répondre aux privilèges qu'elles possèdent et à la mission qui est la leur.

Puis est venue la question des pharmaciens de seconde classe dont le nombre croissant partout, sauf dans les campagnes auxquelles ils étaient destinés, menace de faire disparaître les pharmaciens de première classe dont les études sont autrement longues et difficiles. Pour rétablir un peu l'équilibre, le conseil académique a émis le vœu que les candidats à la seconde classe, au lieu d'avoir à fournir, comme aujourd'hui, le simple certificat de grammaire, auraient à présenter l'un des baccalauréats.

Sur la question du nouveau grade, le doctorat ès sciences médicales, exigible des personnes qui se destinent à l'enseignement médical, le conseil, d'accord avec de la Faculté de médecine de

Paris, a émis un avis défavorable qui, sans repousser toute réforme tend à provoquer de nouvelles études sur cette question.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Cours de pathologie et thérapeutique générales.* — M. le docteur Straus, agrégé, suppléant de M. le professeur Bouchard, a commencé ce cours le mercredi 13 décembre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à cinq heures, amphithéâtre Laennec.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Prix pour l'année scolaire 1881-1882. Première année (chimie, physique et histoire naturelle). Prix : M. Griffe; mention honorable : M. Marcus. — Deuxième année (anatomie et physiologie). Prix : M. Bauquel; mentions honorables : 1re, M. Vautrin; 2e, M. Herr. — Troisième année (médecine). Prix : M. Loison. — Quatrième année (chirurgie). Prix : M. Bruncher; mention honorable : M. Schürrer. — *Prix Bénit* ou *Prix de l'internat*. Prix : M. Guillemin; mention très honorable : M. Parisot. — *Prix de thèse* : M. Thiébaut; mentions très honorables : MM. Lemaire, Ganzinotti, Lambling; mentions honorables : MM. Ricoux, Bernardy, Macé

ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — MM. Giraud (Fernand-Paul) et Camoin (Jérôme-Louis-Étienne) sont nommés aides d'anatomie et de physiologie.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER. — M. le professeur Gervais de Rouville est maintenu pour trois ans dans les fonctions de doyen de ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE TOULOUSE. — M. Barthélemy, professeur suppléant, est en outre chargé, pendant l'année scolaire 1882-1883, de conférences de travaux pratiques de zoologie. — M. Filhol (Henri), professeur de zoologie, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1882-1883, par M. Barthélemy, docteur ès sciences. — M. le professeur Baillaut est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de doyen de ladite Faculté. — M. Huguet, bachelier ès sciences, est délégué dans les fonctions de préparateur adjoint de physique.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — Un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques sera ouvert, le 20 juin 1883.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. Camaret (Joseph-Marie) est nommé préparateur de physique et d'histoire naturelle, en remplacement de M. Guilbaud, démissionnaire. M. Berger (Prosper-Joseph) est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Réby démissionnaire.

LÉGION D'HONNEUR. — A été nommé *chevalier*, M. Mussat (Albert-Étienne-François), médecin-major de 2e classe.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Ont été promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — M. Pallé (Joseph-Pierre).

Au grade de médecin principal de 2e classe. — M. Massoutié (François-Marie-Arthur).

Au grade de médecin-major de 1re classe. — (Ancienneté). M. Letellier (Arthur-François-Guillaume-Félix). — (Choix). M. Mangenot (Marie René-Nicolas). — (Ancienneté). M. Moret (Richard-Martial). — (Choix). M. Strauss (Mathias-Henri). — (Ancienneté). M. Debont (Aristide). — (Choix). M. Gentit (Joseph-Paul-Henri). — (Tour de non-activité). M. Blanche (Emmanuel-Eugène).

Au grade de pharmacien-major de 1re classe. — (Ancienneté). M. Frizac (Jean-Louis-Albert).

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — A été promu dans le corps de santé de la marine, après concours : *Au grade de médecin professeur* : M. Treille (Georges-Félix), médecin de 1re classe.

PRIX VOLTA. — Voici le texte d'un arrêté ministériel en date du 19 novembre, réglant les conditions du prochain concours pour l'obtention du prix Volta en 1887 :

ART. 1er. — Le prix de 50 000 francs, institué par décret du 11 juin 1882 en faveur de la découverte qui rendra l'électricité propre à intervenir avec économie dans l'une des applications suivantes : comme source de chaleur, de lumière, de puissance mécanique, de moyen de transmission pour les dépêches ou de traitement pour les maladies, sera décerné en 1887.

ART. 2. — Les savants de toutes les nations sont admis à concourir.

ART. 3. — Le concours demeure ouvert jusqu'au 30 juin 1887.

ART. 4. — Une commission nommée par le ministre de l'instruction publique sera chargée d'examiner la découverte spécifiée par chacun des concurrents, et de reconnaître si elle remplit les conditions exigées.

ART. 5. — Le rapport de cette commission sera publié dans le *Journal officiel*.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. PRIX GODARD. — Dans sa séance du 9 décembre, la Société de biologie a décerné les récompenses suivantes :

Prix Godard : M. F. Lalerque (Etudes sur la circulation pulmonaire).

1re mention (ex æquo) : MM. Ballet (Etudes sur le faisceau sensitif); Leloir (Étude anatomo-pathologique sur les vésicules, pustules et fausses membranes).

2e mention : Mlle Skwortzoff (De la cécité et surdité des mots dans l'aphasie).

Citation : M. Blaise (Des températures périphériques).

ASILE D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours pour deux places d'interne dans les asiles d'aliénés de la Seine a été ouvert le 4 décembre. Il y a seize candidats. Les membres du jury sont MM. Ball, Dagonet, Falret, Hallopeau, Legrand du Saulle, Magnan et Nicaise.

MORTALITÉ A PARIS (49e semaine, du vendredi 1er au jeudi 7 décembre 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2 239 928 habitants. — Nombre total des décès : 1135, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 62. — Variole, 9. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 34. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 44.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 196. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 75. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 57. — Bronchite aiguë, 48. — Pneumonie, 85. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 39; au sein et mixte, 26; inconnu, 4. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 118; de l'appareil circulatoire, 86; de l'appareil respiratoire, 79; de l'appareil digestif, 48; de l'appareil génito-urinaire, 30; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 11.

Conclusions de la 49e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1201 naissances et 1135 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1119, 1002, 1071, 1064. Le chiffre de 1135 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur à chacun des chiffres des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir : une atténuation pour la fièvre typhoïde (62 décès au lieu de 73, pendant la 48e semaine); une aggravation pour la rougeole (14 décès au lieu de 8), la coqueluche (6 au lieu de 2). A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 9 décès par variole (au lieu de 11), 4 par scarlatine (au lieu de 2), 34 par diphthérie (au lieu de 32), 3 par érysipèle (au lieu de 4), 5 par infection puerpérale (au lieu de 3).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la variole (14 malades reçus du 27 novembre au 3 décembre, au lieu de 29 entrés pendant les sept jours précédents) et pour la diphthérie (17 au lieu de 32), et supérieur pour la fièvre typhoïde (185 au lieu de 171).

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. MASSON. *Propriétaire-Gérant.*

MOTTEROZ, Adm.-Direct des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

COMITÉ DE RÉDACTION

PRÉSIDENT : M. le docteur A. DECHAMBRE

MEMBRES : MM. les docteurs BLACHEZ, GEORGES DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, ALBERT HÉNOCQUE L. LEREBOULLET, PAUL RECLUS

Adresser tout ce qui concerne la *rédaction* au *siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 21 décembre 1882.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DE L'ADÉNOPATHIE SOUS-TRAPÉZIENNE.

Séance de l'Académie de médecine.

Nous faisions récemment remarquer à l'occasion d'une lecture de M. Potain à l'Académie de médecine, que ce savant confrère n'appartenait pas à la compagnie. Cette anomalie vient de disparaître. M. Potain a été élu mardi membre de l'Académie dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Bouillaud.

L'Académie a renouvelé son bureau. Le vice-président, élu à la presque unanimité et destiné à occuper le fauteuil en 1884, est M. le docteur Alphonse Guérin, qui a, entre autres mérites, celui d'avoir brillamment attaché son nom aux progrès de la thérapeutique chirurgicale. M. Bergeron ayant résisté à toutes les instances faites, même pendant la séance, pour l'engager à continuer ses fonctions de secrétaire annuel, il a été procédé à son remplacement: le scrutin a donné une très forte majorité à M. Proust.

L'heure habituelle de la clôture de la séance était déjà arrivée, quand la parole a été donnée à M. le professeur Hayem, pour lire un intéressant mémoire sur les injections sous-cutanées d'éther en cas de mort imminente par hémorrhagie.

De l'adénopathie sous-trapézienne.

DEUXIÈME LETTRE A M. LE PROFESSEUR POTAIN (1).

Mon cher ami,

Je vous signalais, à la fin de ma précédente lettre, une variété de tumeur de la région sus-claviculaire, sur la nature de laquelle je conserve encore des doutes. Je vais vous communiquer aujourd'hui ce que je sais sur ce petit point nébuleux de pathologie chirurgicale. Quelqu'un peut-être, ayant mieux vu que moi, pourra m'éclairer.

J'ai rencontré quatre fois l'affection susdite dans le cours des dix dernières années; elle n'est donc pas absolument rare, cependant mes recherches bibliographiques ne m'ont rien montré de semblable dans les livres ni dans les recueils périodiques.

Les quatre sujets étaient des jeunes filles de quinze à dix-huit ans : trois ont été examinées une seule fois, en passant;

(1) Voyez les numéros 47 et 48.

FEUILLETON

Voyage en Orient.

A bord du *Scamandre*, entre Alexandrie et Naples.

A M. LE DOCTEUR DECHAMBRE.

Mon cher directeur,

Voilà mon voyage en Orient terminé. C'est toujours cela de commun avec Chateaubriand et Lamartine. Je ne vous ai rien écrit jusqu'ici pour cette seule raison qu'un touriste ne peut guère approfondir des questions médicales dans un voyage à la vapeur, et je n'ai vraiment aucune importante révélation à vous faire. Cependant, pour vous prouver que je ne vous ai pas oublié, je profite d'un temps superbe au milieu d'une mer assez calme, brûlée par le soleil et si lumineuse que les yeux se fatiguent à la regarder, pour recueillir quelques souvenirs et vous les envoyer.

Quel brillant kaléidoscope a passé devant mes yeux en trois mois! Nous arrivons par la pluie au sommet du Righi; nous sommes gelés jusqu'au pied du Saint-Gothard. Sur le versant italien des Alpes, nous trouvons la chaleur, le soleil, la vie, la gaieté. A Milan, il fait une température délicieuse, et à Venise nous nageons dans une agréable chaleur moite qui invite au doux far-niente ou à ce bercement de la gondole où l'on rêve le calme et le repos parfait le long des grands palais délabrés. On se réveille un peu sur cette admirable place Saint-Marc, le plus beau musée du monde en plein air. Vous avez certainement été souvent à Venise et vous y retournerez encore. Avez-vous vu dans une des salles du palais des Doges une carte bien curieuse? Pour indiquer le mouvement des vents, l'ingénieur cartographe a représenté çà et là des paquets d'intestins sortant comme des hernies du bord de la mappemonde et lançant au dehors un jet de gaz, ainsi que

dans mon cabinet de consultation, et n'ont plus été revues; j'ai fait deux visites à la dernière.

Ma première observation a trait à une jeune fille d'une quinzaine d'années dont j'ai oublié les antécédents et à laquelle j'ai fait sans doute une prescription dont je n'ai pas conservé davantage le souvenir. J'affirme seulement que, malgré une exploration attentive, je n'ai pu savoir à quoi j'avais affaire, ce qui est fort humiliant pour un anatomiste et un organicien de mon espèce. Je réfléchis certainement sur le cas, mais je ne pris pas la moindre note, ce qui était un grand tort assurément. Vous m'excuserez, je l'espère, sachant qu'on étudie bien mieux les malades et les maladies à l'hôpital, et que faute de temps on laisse, dans la clientèle privée, passer devant soi et perdre une foule de détails importants ou minimes qui mériteraient bien d'être recueillis et publiés.

Heureusement j'ai bonne mémoire; aussi lorsque, il y a cinq ou six ans, je revis, encore dans mon cabinet, un nouvel exemple de la tumeur en question, je reconnus à l'instant l'énigmatique intumescence.

Hélas, et j'en fais mon *mea culpa*, je ne pris pas encore l'observation, mais il me semble encore avoir devant les yeux une grande et belle fille de dix-sept à dix-huit ans, de forte constitution, et qui jouissait, du reste, d'une bonne santé. La mère avait remarqué peu de jours auparavant une déformation de l'épaule qui l'avait beaucoup alarmée et qui avait paru à la suite d'un refroidissement. A l'examen, je retrouvai une élévation du moignon de l'épaule, et sur le bord postérieur du triangle sus-claviculaire une tumeur en tout pareille à celle que j'avais déjà observée et dont je donnerai dans un instant la description.

Les mouvements de la tête et de l'épaule étaient assez pénibles, mais il n'y avait point de douleur au repos et l'état général n'était nullement troublé.

Cette fois je ne fus plus aussi embarrassé pour porter un diagnostic et je m'imaginai avoir affaire à une affection musculaire de nature spasmodique, née sous l'influence du froid; en d'autres termes, je diagnostiquai une contracture du faisceau ascendant du trapèze.

Voici ce qui me poussait dans cette voie. J'avais lu dans le *Traité de l'électrisation localisée*, de Duchenne, de Boulogne (2e édition, 1861, p. 885 et suivantes), un chapitre relatif aux contractures du trapèze; à la page 885, entre autres, j'avais trouvé une observation et un dessin.

Il s'agissait d'une contracture du rhomboïde et de la partie moyenne du trapèze, traduite par une élévation de l'épaule et par la formation d'une sorte de tumeur sur le trajet des faisceaux contracturés.

Plus loin, à propos de la contracture isolée de la portion supérieure du trapèze, je trouvai encore une description de la déviation de l'épaule et de la tête, avec gêne des mouvements, qui s'accordait jusqu'à un certain point avec ce que j'avais sous les yeux, bien qu'il ne fût plus question de tumeur.

Bref, trompé par l'analogie, je posai bravement le diagnostic de contracture rhumatismale de faisceau ascendant du trapèze, et je portai un pronostic bénin.

Je prescrivis l'immobilisation rigoureuse du bras, les frictions réitérées avec une pommade au chloroforme et à l'alcoolature d'aconit, l'enveloppement du cou et de l'épaule avec une épaisse couche d'ouate, recouverte encore de flanelle et de taffetas gommé; au besoin et en cas d'insuccès, les douches écossaises ou une saison aux eaux de Plombières ou de Néris (l'idée de rhumatisme me suivant), enfin les courants continus bien administrés.

Ces derniers moyens ne furent pas nécessaires. La chaleur, l'immobilité, la révulsion superficielle légère suffirent; j'appris que l'amélioration s'était manifestée d'abord par la cessation des douleurs et de l'attitude vicieuse; la tuméfaction avait disparu plus lentement; bref, la guérison ayant été obtenue par une médication basée sur un diagnostic précis, j'y vis la confirmation de mon hypothèse et je passai à l'ordre du jour.

Ma quiétude ne fut troublée que dans ces derniers temps. Permettez-moi de vous raconter de quelle manière et à quel propos. Mon récit paraîtra un peu familier, sans doute, mais je vous confie la chose en ami et ne suis point en conséquence forcé d'adopter la forme solennelle.

Dans le courant du mois d'août dernier, on me présenta, dans mon cabinet, une jeune fille de dix-huit ans, de haute taille, assez bien développée, et offrant toutes les apparences de la santé. Le haut de la poitrine mis à découvert, j'aperçus du côté gauche et avec ses caractères habituels, la tumeur siégeant sur le bord postérieur du triangle sus-claviculaire. L'époque précise d'apparition comme la cause première, restaient inconnues; on accusait seulement l'action du froid; la marche était lente et bénigne; à peine de la douleur au toucher, un peu de gêne dans les mouvements du bras, nul symptôme général, point d'abaissement de la tête ni d'élévation du moignon de l'épaule; la difformité due à la saillie de la masse morbide était toutefois assez prononcée.

Lorsque mon examen fut terminé, je pris la plume et rédigeai

---

dans les vieux tableaux de marine on voit les anges souffler dans les voiles. Les boyaux de notre planète chargés de ventiler par leurs crevasses la surface de la terre et des flots, voilà une conception physiologico-physique que je recommande aux membres de la commission qui étudie l'origine des odeurs de Paris.

Les côtes de l'Istrie et de la Dalmatie sont de véritables merveilles. En deux semaines, grâce aux fréquents services de bateaux du Lloyd autrichien, on peut voir les admirables ruines romaines de Pola, de Spalato et de Salona, les cascades de Scardona, les ravissantes petites villes vénitiennes de Zara, de Sebenico, de Trau, de Curzzola, de Raguse, avec leurs élégantes églises romanes et byzantines, leurs palais mignons dans leur revêtement de dentelles sculptées, leurs loggias, leurs colonnades surmontées du lion ailé de Saint-Marc, et ces charmants costumes dalmates plus frais que ceux de l'Orient, plus brillants que ceux de l'Italie. Et puis on entre dans les bouches de Cattaro, et là on reste des heures entières à contempler les magnifiques montagnes noires de la Crivochie et du Monténégro qui perdent leurs cimes abruptes dans des nuages de coton argenté. C'est à Cattaro qu'on monte presque à pic jusqu'à Cettigné. Puis l'on redescend à Scutari d'Albanie ou à Antivari, le port conquis en 1878 par le Monténégro. Pauvre Antivari, il n'en reste plus un pan de mur! les Monténégrins sont de fameux démolisseurs, ils donneraient des leçons aux Anglais et aux Egyptiens qui ont cependant assez bien travaillé à Alexandrie. Autour des ruines, il s'est élevé une nouvelle ville en planches qui ressemble à l'avenue de Neuilly pendant la fête. Toute cette population et celle des environs n'a pas de médecins. Le gouvernement monténégrin a pris à son service trois médecins slaves : deux sont à Cettigné, le troisième est à Dulcigno. A Antivari, c'est un boucher grec qui fait le courant de la pratique médicale. Le médecin de Dulcigno est le consultant de toute la région, et même d'une grande partie de l'Albanie. Une de ses cures nous a fait assister à une petite scène de mœurs bien curieuse.

ma consultation. Je commençai par le diagnostic et déclarai qu'il s'agissait d'une tumeur musculaire constituée par la contracture circonscrite de l'angulaire de l'omoplate. Je commis ici un *lapsus calami*. Je pensais uniquement au trapèze, et j'écrivis : angulaire de l'omoplate. J'en eus le souvenir quelques minutes après le départ de la malade, alors qu'il était trop tard pour corriger la bévue. Si mon ordonnance tombe sous les yeux d'un chirurgien, il en pourra conclure, à mon grand préjudice, que j'ai oublié mes muscles de l'épaule.

Je recommandai les moyens qui m'avaient si bien réussi dans le cas précédent, et j'en donnai la liste, puis je fis comme de coutume lecture de la consultation aux parents qui accompagnaient la jeune fille. Lorsque j'eus fini, je remarquai sur la figure du père, assis devant moi, une grande expression de surprise et d'embarras. Après un moment de silence, il prit la parole. « Monsieur, me dit-il, veuillez ne pas prendre en mauvaise part ce que je vais réclamer de votre obligeance. Soyez assez bon pour examiner encore ma fille, si vous concevez le moindre doute sur la nature do son mal. — Mais, lui répondis-je, je pense avoir mis le plus grand soin à mon exploration et crois ne point me tromper, ni sur le diagnostic, ni sur le pronostic, ni sur le traitement. Le cas de Mademoiselle est en tout semblable à celui que j'ai déjà rencontré deux fois et que, une fois au moins, j'ai traité et guéri par des moyens simples. Pourtant, ajoutai-je, je me rends volontiers à votre désir. »

Je fis donc déshabiller de nouveau la jeune malade et je recommençai mon examen. Je persistai dans mon opinion, tout en remarquant que, contrairement à ce que j'avais constaté dans le précédent cas, la prétendue contracture du trapèze ne s'accompagnait d'aucune déviation du cou ni de l'épaule. Un peu ébranlé par cette différence, je conseillai aux parents d'aller consulter mon savant ami le professeur Charcot, pour voir s'il s'agissait réellement bien d'une contracture.

« Alors, reprit le père, une opération n'est donc pas nécessaire. — Mais non, répliquai-je, je ne vois pas ce qu'on pourrait opérer, ni comment on pourrait le faire. »

Très manifestement soulagés par cette affirmation catégorique, es parents me donnèrent alors l'explication de l'insistance avec laquelle ils avaient réclamé de moi une seconde exploration. Un chirurgien leur avait formellement donné le conseil de faire enlever cette tumeur, et le jour était presque arrêté même pour cette opération acceptée en principe, bien qu'à contre-cœur. Mais un scrupule bien naturel avait inspiré l'idée de consulter encore un autre chirurgien. Naturellement je renouvelai mes assurances sur la bénignité du mal et sur l'inutilité d'une intervention chirurgicale. Mes derniers conseils furent ceux-ci : Essayer avec quelque persévérance les moyens anodins indiqués dans ma prescription ; en faire surveiller l'action par le médecin ordinaire ; si le mal s'aggrave et si le diagnostic d'un néoplasme se confirme, on agira en conséquence. Un retard de quelques semaines ne saurait compromettre le succès de l'opération si celle-ci devenait nécessaire.

Je demandai d'ailleurs au père de bien vouloir me faire connaître l'opinion de M. Charcot. Je n'ai plus entendu parler de ces personnes, qui d'ailleurs n'ont point consulté mon éminent collègue et ami.

Je vous ai raconté au long cette histoire pour vous montrer comment on se trompe quand on est dominé par une idée préconçue. Dans un instant vous me verrez abandonner l'hypothèse d'une contracture musculaire circonscrite au moins comme élément principal de l'affection. Toujours est-il que, si le chirurgien qui a conseillé l'opération l'a exécutée et a trouvé véritablement une tumeur, il a quelque droit de rire un peu de mon ordonnance et de mon diagnostic fantaisiste. Au fond, et si au point de vue de ce diagnostic je fais amende honorable, je ne me repens nullement d'avoir fait ajourner l'acte chirurgical projeté. En effet, comme vous allez le voir dans le récit suivant, j'ai moi-même refusé d'ouvrir ma trousse, bien que j'eusse rectifié mes idées sur la nature de la tumeur en question.

Je reçus le 10 octobre 1882 la lettre suivante :

« Mon cher professeur,

» Voulez-vous bien voir le plus tôt possible et opérer Mlle X..., atteinte d'un lipome de l'épaule (c'est du moins mon diagnostic), dont elle désirerait être débarrassée avant son prochain départ pour l'Amérique. »

Suivaient les compliments d'usage.

Le signataire était un praticien très recommandable de Paris auquel les choses chirurgicales ne sont point étrangères, et qui, après avoir soigné longtemps et sans grand succès sa jeune cliente, croyait le moment venu d'intervenir d'une façon plus énergique. Je me rencontrai le surlendemain avec le docteur J... auprès de Mlle V... et constatai les faits suivants :

Jeune Américaine de seize ans ; taille plutôt petite, complexion assez faible ; mère graveleuse, père probablement scrofuleux ; six frères et sœurs tous lymphatiques. Mlle V... n'a jamais fait de maladies graves, mais elle a toujours suivi un régime tonique et pris des médicaments fortifiants. Depuis deux ans elle passe l'été au bord de la mer. Quoique chétive en apparence, elle est active et se livre volontiers aux exercices du corps.

La mère appela notre attention sur trois points : 1° au bord latéral droit de la langue existe une végétation papillaire du volume d'un petit point, dont on a fait facilement justice par la ligature élastique et dont nous ne parlerons plus ; 2° une saillie demi-cylindrique, longitudinale, côtoyant le bord spinal de l'omoplate droite, et qu'après quelques explorations on reconnaît facilement être formée par le muscle rhomboïde ;

Nous cheminions sur la route qui mène de la ville d'Antivari au port, au milieu des gros troncs d'oliviers tortueux et parsemés de trous comme de vieilles reliures mangées aux vers. Nous étions accompagnés de l'agent du Lloyd, Slave fort aimable, que sa bonté et son savoir font adorer dans toute la contrée. Nous causions de batailles, de bombardements, de massacres, quand nous apercevons un superbe vieillard à la longue moustache grise, coiffé d'un fez, vêtu d'une élégante veste rouge et d'un pantalon de toile blanche collante, la ceinture bourrée de pistolets et de yatagans d'argent ciselé, et tenant à la main une petite ombrelle blanche à franges, oubliée par quelque touriste anglaise. Ce grave personnage se précipite dans les bras de notre compagnon slave ; ils s'embrassent sur la bouche, et notre ami nous apprend que nous sommes en présence d'un grand chef albanais qui a bien une quinzaine de meurtres sur la conscience, mais est au demeurant le plus digne des hommes. A quelques mètres plus loin, nous rencontrons deux brillants officiers monténégrins. Notre Slave les embrasse encore sur la bouche, et je suis fort étonné de voir le fier Albanais mettre un genou en terre et baiser les mains des Monténégrins. On se remet en marche, l'Albanais reste derrière et me dit en mauvais italien : « Les Monténégrins sont des hommes bons et braves, et j'ai beaucoup de respect pour eux. Ils sont justes et charitables ; aussi j'espère bien qu'ils feront droit à ma requête. Mon neveu était très malade ; nous n'avons pas de vrais médecins en Albanie, je l'ai envoyé à Dulcigno pour le faire traiter par le médecin du gouvernement monténégrin qui me demande 1500 francs d'honoraires. Où voulez-vous qu'un pauvre Albanais prenne 1500 francs ? C'est vraiment trop dur, et je vais à Cettigné implorer le prince afin qu'il me fasse grâce de cette somme. » Et voilà pourquoi mon fier Albanais commençait par faire la cour aux officiers d'Antivari. Pour gagner Dieu, il faut plaire à ses saints. C'est égal, je me faisais une autre idée des grands chefs albanais.

Sur toute la côte, j'ai pu voir combien le titre de médecin

3° enfin, la tumeur de l'épaule, objet des préoccupations principales. Cette tumeur s'aperçoit aisément lorsque, les deux épaules étant découvertes, on se place directement en face de la patiente ou derrière elle; l'asymétrie des deux régions est alors frappante. A droite, du côté sain, une ligne légèrement concave, répondant au bord libre du trapèze, descend des parties supérieures et latérales du cou jusqu'à l'acromion. Du côté malade, au contraire, à deux centimètres à peu près des insertions du trapèze à l'angle cléido-acromial, cette ligne offre une saillie nettement accusée, haute de 25 millimètres environ, longue de 5 centimètres, à axe oblique de haut en bas et de dedans en dehors, tout comme le bord du trapèze avec lequel elle semble étroitement confondue, — saillie d'ailleurs tout à fait sessile, à contour supérieur libre, très régulier, demi-elliptique, à base inférieure large, perdue dans la profondeur de la région, immobile en raison de cette circonstance, et suivant seulement les mouvements passifs imprimés à l'épaule entière. La masse, saisie d'avant en arrière entre le pouce et l'index, présente au moins 3 centimètres d'épaisseur.

Sa consistance, ni molle, ni dure, n'indique pas plutôt l'existence d'un néoplasme fibreux que celle d'une collection liquide, et rappelle plutôt la résistance d'un muscle demi-contracté.

Cette consistance d'ailleurs varie un peu et devient plus grande quand on fait contracter le trapèze. Au reste nous sommes obligés d'abréger ces explorations, car la palpation est assez douloureuse, ainsi que les essais de mobilisation de la tumeur. C'est pour cette raison que les mouvements étendus du bras et de l'épaule causent une sensation pénible.

La peau cependant a conservé sa coloration naturelle, sa mobilité, son épaisseur, sa souplesse ordinaire; il est bien certain que la tumeur ne réside pas davantage dans le tissu conjonctif sous-cutané et qu'elle siège, soit dans le muscle trapèze, soit en dessous.

La partie antérieure du triangle sus-claviculaire est tout à fait normale.

L'apparition du mal en question date d'une année environ; la gêne des mouvements a précédé la constatation de la tumeur. On a traité celle-ci par les badigeonnages avec la teinture d'iode et par diverses pommades; on a fait souvent aussi le massage. A deux ou trois reprises, la douleur a presque disparu, et le gonflement a diminué, mais l'affection a récidivé et l'on ne sait plus que faire.

On croyait pourtant devoir d'autant plus compter sur ces moyens que deux ans auparavant une petite tumeur arrondie, sous-cutanée, mobile, située près de la clavicule, avait disparu sous l'influence de badigeonnages iodés longtemps répétés.

Ce dernier renseignement m'ayant particulièrement frappé, j'examinai avec le plus grand soin toute la région voisine et découvris à droite, c'est-à-dire du côté opposé, un ganglion du volume d'une petite noisette situé derrière le lobule de l'oreille, vers la pointe de l'apophyse mastoïde. Ce ganglion était mobile, indolent; il existait depuis trois ans, toujours avec le même volume et la même indolence.

Ce dernier fait, observé si peu de temps après le précédent, ramena mon esprit sur le point encore indécis de la nature du mal. L'hypothèse d'une contracture que j'avais d'abord facilement acceptée, était devenue, après réflexion, plus douteuse. Elle n'était surtout guère soutenable chez ma jeune Américaine.

Le rhomboïde, à la vérité, proéminait plus que de coutume et formait une sorte de tumeur cylindrique, d'où l'on aurait pu conclure à la contracture simultanée des deux muscles voisins; mais cette dernière tumeur n'était ni dure, ni fixe, ni douloureuse. D'une autre part, l'engorgement des ganglions lymphatiques introduisait dans le diagnostic étiologique un élément tout nouveau.

A. VERNEUIL.

(A suivre.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Thérapeutique.

DE L'EMPLOI DE L'ERGOT DE SEIGLE OU DE SES DÉRIVÉS DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET DU CONTRÔLE A EXERCER SUR LA BONNE QUALITÉ DE CE MÉDICAMENT. — Résumé de 73 OBSERVATIONS, par le docteur LARDIER, chirurgien de l'hôpital de Rambervilliers (Vosges) (1).

OBSERVATIONS. — Ordre chronologique.

OBS. I. *Moyenne gravité; guérison.* — 3 février 1879. Enfant Piernot, onze ans. Prédominance des symptômes cérébraux, abondance des épistaxis. Traitement à l'ergot de seigle. Guérison très rapide.

OBS. II. *Moyenne gravité; guérison.* — 3 février 1879. D..., instituteur à Ménoncourt, vingt-sept ans; forme abdominale avec épistaxis répétées. Les soins commencent à être donnés huit jours après le début de la maladie. Des doses quotidiennes de 2 grammes d'ergot de seigle, continuées pendant une semaine,

(1) Le mémoire que nous publions tire un intérêt particulier de la discussion actuelle pendante à l'Académie de médecine et dans laquelle il a été question de l'efficacité de l'ergot de seigle dans la fièvre typhoïde. On verra que les conclusions de l'auteur tendent à démontrer tout particulièrement cette efficacité contre les dangers des hémorrhagies intestinales.

(La Rédaction.)

---

français était estimé, car un peu partout, grâce à cette qualité, on me demandait quelque avis, et peut-être un jour quelqu'un de mes confrères de France sera bien étonné de voir mon nom sur une ordonnance perdue dans un petit port de la Dalmatie ou de l'Albanie. A Corfou, les honneurs de la ville et de l'île nous ont été faits par un aimable collègue de la Faculté de Paris, le cousin de notre sympathique et distingué confrère Damaschino, et portant son nom. Il nous a emmené à travers les campagnes couvertes de vignes luxuriantes, sur de jolies routes bordées de vigoureux cactus hauts comme des murs et plus épais que les haies les plus touffues; excellente manière de procurer de l'ombre aux promeneurs et de la sécurité aux propriétaires de champs. A chaque village on signalait le docteur, et il devait descendre de voiture pour aller visiter des malades. Ici les paysans consultent souvent le médecin; ils sont aisés, soigneux et instruits. On voit que l'Angleterre a passé par là. Ce sont aussi les Anglais qui ont fait de Corfou une station hivernale. Mais depuis le retour des îles Ioniennes à la Grèce, les Anglais y sont moins nombreux l'hiver, et ce sont les Allemands qui dominent. Il est en effet très facile pour ces derniers de s'y rendre par la voie de Trieste. Comme station hivernale, Corfou ne présente pas de caractère bien spécial, en dehors de la pureté de l'air qui caractérise le climat des îles. Il y a plus de vent que sur les bords de la rivière de Gênes et les pluies y sont plus abondantes. Cependant la cure hivernale de Corfou peut être recommandée aux malades peu atteints qui ont besoin d'un air plus tonique que celui de Madère et moins excitant que celui de nos côtes méditerranéennes. On trouvera à Corfou des distractions du soir bien suffisantes pour un malade, et les jours de beau temps les jolies promenades au grand air sont faciles et innombrables. Quant à la vie matérielle, elle est identique comme prix et comme bien-être à celle de toutes les autres stations. Après une saison passée à Corfou, on peut remonter par étapes toute la côte de Dalmatie, et de Trieste aller finir sa cure soit à Venise, soit à

provoquent *des effets puissants, heureux, auquels j'étais loin de m'attendre*. Au bout de cette semaine, la fièvre avait disparu et le malade entrait en convalescence. En somme, dès les premières doses d'ergot, il y a atténuation dans la forme de la maladie et arrêt dans son développement.

Obs. III. *Grave; guérison.* — 5 février 1879. Talfumier, douze ans, forme adynamique. Hébétude, stupeur, tremblement des membres; 135 pulsations. Cet enfant a absorbé en deux jours 2gr,50 d'ergotine Boujean, et, dès ma seconde visite, le 6, l'état s'était amélioré d'une façon surprenante. La vivacité du regard est revenue, l'enfant répond avec plus de promptitude à mes questions. Le pouls est descendu à 110, et tous les symptômes observés le premier jour se sont amendés. La même médication continuée pendant quelques jours encore a les résultats les plus heureux et le 13 février l'enfant peut être considéré comme en pleine convalescence.

Obs. IV. *Moyenne gravité, forme pneumonique; guérison.*— Septembre 1879. Marie Gremillet, seize ans; fièvre typhoïde à forme pneumonique. La localisation de l'affection typhoïde semble s'être faite exclusivement sur le poumon. Il y a, à côté des symptômes ordinaires, des épistaxis, etc., tout le cortège enfin de la fièvre typhoïde et de la pneumonie. Je traite exclusivement à l'ergot de seigle. Dès le lendemain, il y avait amélioration, et au bout de trois jours les crachats sanguinolents avaient cessé. Il restait de la toux et des crachats muco-purulents. La fièvre diminuait d'intensité, la vivacité des yeux et de la physionomie remplaçait l'abattement et la stupeur. Tout marchait à souhait. Le cinquième jour du traitement, la toux cessa tout à coup, ainsi que les crachats purulents. Le pouls était normal. La fièvre avait totalement disparu et dès le neuvième jour l'appétit avait des exigences qu'il n'était pas encore possible de satisfaire. En somme, guérison rapide, après amélioration immédiate de tous les symptômes.

Obs. V. *Moyenne intensité; guérison.* — Vivy, dix-neuf ans, garçon boulanger à Nancy, revient à Rambervillers porteur d'une fièvre typhoïde aux caractères de laquelle il n'y a pas à se tromper. Quand je le vis (15 septembre 1879), ce jeune homme était atteint d'une toux incessante avec fièvre, accompagnée de délire pendant le sommeil, surtout pendant la nuit; douleur à la pression dans la fosse iliaque droite, selles d'une fétidité extrême, enfin taches lenticulaires disséminées et peu nombreuses sur l'abdomen et la partie diaphragmatique de la poitrine. Potion à l'extrait de kina et à l'ergotine. Pendant les trois premiers jours, il n'y a pas grand changement dans l'état du malade, fièvre toujours vive, toux petite mais incessante, expectoration pour ainsi dire nulle. La potion est continuée et prise exactement. Le cinquième jour, je constate une large ecchymose sur l'abdomen. Même potion, mais dans laquelle la dose d'ergotine est poussée jusqu'à 4 grammes. A ma visite du lendemain, je constate une diminution notable dans l'intensité de la fièvre. A partir de ce moment il y eut une amélioration rapide et le 27 septembre, le malade se levait, onze jours après le début des soins.

Obs. VI. *Grave; guérison.* — 23 décembre 1879. Mme Euriot, quarante ans; fièvre typhoïdique grave. Prédominance de la forme abdominale avec accidents cérébraux. Potion à l'extrait de kina avec 3 grammes d'ergotine. Le 2 janvier 1880, cette malade est à la veille d'entrer en convalescence. Guérison.

Obs. VII. *Gravité exceptionnelle; mort.* — Marie Ballaud, quatorze ans et deux mois; Sainte-Hélène. Quand je vois cette malade le 7 janvier 1880, elle est atteinte, depuis environ quinze jours, de fièvre typhoïde. Je constate une forme adynamique de la plus haute gravité. Le pouls est à 140; la prostration considérable. Traitement : kina et cognac; ergot de seigle, 2gr,50. Le 8, le pouls est à 145; le 9, à 150. Je conserve, malgré la continuation de ce traitement, peu d'espoir de sauver la malade. Elle meurt le 10 janvier.

Je dois signaler dans cette observation, l'intervention tardive et la gravité exceptionnelle de cette maladie, dont aucune médication n'aurait pu triompher. La malade était pour ainsi dire mourante quand je la vis pour la première fois. Rien au monde ne pouvait la sauver.

Obs. VIII. *Moyenne intensité; guérison.* — Lundi, 26 janvier 1880. La jeune sœur de la malade qui fait l'objet de l'observation précédente, la jeune Ballaud, âgée de neuf ans, est atteinte de fièvre typhoïde; forme abdominale. Moyenne intensité. Traitement à l'ergotine et au kina. En moins de dix jours, la jeune malade entre en convalescence.

Obs. IX. *Fièvre bénigne; guérison.*— 7 février 1880. Dans le voisinage de la demeure de M. Ballaud, à Sainte-Hélène, se manifestent de nouveaux cas de fièvre typhoïde. Mlle Bourgeois, quarante-cinq ans, présente un cas de fièvre typhoïde bénigne, qui cède rapidement à mon traitement de prédilection : ergot de seigle et kina.

Obs. X. *Grave; guérison.*— 7 février 1880. A côté de la demeure Bourgeois, à Sainte-Hélène, je vois le jeune Florent, neuf ans. Chez cet enfant, le cas fut plus grave. La maladie revêtit la forme adynamique avec accidents pulmonaires. Néanmoins, grâce au même traitement, indiqué plus haut, la maladie finit par céder et, au 20 février, l'enfant entrait en convalescence.

Obs. XI. *Gravité moyenne; guérison.*— 7 mai 1880. Enfant V..., à Jeauménil, onze ans, soigné depuis huit jours par un confrère ; cet enfant est atteint de fièvre typhoïde à forme pneumonique. Appelé en consultation, je maintiens le traitement tonique au kina et à l'eau vineuse; j'y fais parfois ajouter l'ergotine, mais je recommande la cessation du tartre stibié administré contre les accidents pulmonaires; les désordres s'amendent très rapidement et, cinq jours après, l'enfant entre en convalescence, la période de défervescence étant arrivée.

Obs. XII. *Grave; guérison.* — Mlle Euriot avait eu la fièvre typhoïde en décembre 1879 (obs. VI). Son fils, âgé de dix-sept ans, tombe malade au commencement de septembre 1880. Le 22 de ce mois, la maladie est en pleine évolution et prend volontiers le caractère adynamique. Pouls 110; déjections involontaires. Délire pendant la nuit, lèvres et dents d'un noir fuligineux intense. Pas d'éruption sur l'abdomen. Traitement : kina, cognac, ergotine. Guérison relativement rapide.

Méran dans le Tyrol, ou encore aller à Pise par la voie de Brindisi ou d'Ancône. On voit donc que Corfou peut être une excellente demeure d'hiver pour des convalescents ou des gens faibles qui fuient le froid et veulent mêler l'utile à l'agréable en faisant un charmant voyage.

En Grèce, que de sujets d'études pour un médecin érudit; mais il faut être érudit, et hélas!... Heureusement, à l'Ecole française d'Athènes nous avons rencontré des savants aimables qui nous ont guidé à travers les magnifiques restes de l'art grec, et m'ont donné, pour ma part, grande envie d'étudier plus tard quelques sujets d'archéologie médicale. Nous avons vu en détail tous les restes de l'Asclépéion qui vient d'être découvert au bas et au sud de l'Acropole, et qui a fait l'objet d'une étude spéciale de la part de M. Girard. Je n'en parle pas; la *Gazette hebdomadaire* en a déjà entretenu ses lecteurs. Nous avons été visiter, près d'Epidaure, dans le golfe d'Egine, les vestiges du fameux Hiéron d'Esculape, ce célèbre sanctuaire où les malades de toute la Grèce venaient chercher la santé. C'est là qu'autrefois le dieu de la médecine était représenté assis sur un trône, un chien à ses pieds, appuyé d'une main sur un bâton et de l'autre sur la tête d'un serpent, le serpent classique d'Epidaure.

Dans les vitrines de l'Ecole d'Athènes, nous avons pu admirer une remarquable collection de figurines en terre cuite trouvée tout récemment dans un cimetière grec découvert aux environs d'Ephèse, en Asie Mineure. Là, au milieu de statuettes merveilleuses de forme, et couvertes encore par places de couleurs et de dorures éclatantes, nous avons vu des joujoux, des petites voitures de poupées, des masques d'acteurs et de bouffons, et une figurine fort curieuse représentant un vieux rachitique tout nu et orné d'une immense paire de testicules et d'une énorme verge allant obliquement s'enrouler autour de la jambe par un gros gland couronné d'un volumineux bourrelet préputial comme dans le paraphimosis. Les Grecs aimaient beaucoup représenter des scènes

Obs. XIII. *Moyenne intensité; guérison.* — Romont, 10 novembre 1880. Enfant Lenoir, âgé de neuf ans, présente un cas de fièvre typhoïde, de moyenne intensité, avec prédominance des complications pulmonaires et cérébrales. Les manifestations abdominales sont très peu intenses. Traitement au kina et à l'ergotine. Amélioration et guérison rapides.

Obs. XIV. *Gravité exceptionnelle; mort.* — Ménage des filles Pierrot. Malpropreté infecte. La première est malade depuis environ dix jours, quand je suis appelé à lui donner mes soins. Quarante ans; tempérament névropathique. Cette fille est atteinte de fièvre typhoïde à forme adynamique, dont ne peut triompher une médication aussi énergique que celle que j'institue. Elle meurt le 14 novembre.

Obs. XV. *Moyenne intensité; guérison.* — La seconde des filles Pierrot n'est malade que depuis trois ou quatre jours. Malgré la malpropreté incroyable qui régnait dans ce taudis, j'arrivai à guérir cette fille qui, après avoir vomi les premières doses d'ergot (l'ergotine coûtait trop cher), finit par le bien tolérer. L'amélioration, au bout de quelques jours, était évidente, et le 25 novembre, la malade entrait définitivement en convalescence.

Obs. XVI. *Intensité moyenne; guérison.* — 20 novembre 1880. Femme P...; forme abdominale, d'intensité moyenne. Traitement à l'ergotine et au kina. Le traitement, quoique n'ayant été commencé que quinze jours après le début de la maladie, a néanmoins produit une amélioration notable et rapide. La guérison ne s'est pas fait attendre.

Obs. XVII. *Cas grave; alcoolisme; action imprévue de l'ergot; traitement par l'ergot de seigle et la potion du docteur Jaccoud. Mort le quarante-deuxième jour par infection putride.* — 26 mai 1881. Bastien de Padoux, quarante-cinq ans, célibataire; entaché d'alcoolisme. Fièvre typhoïde, contractée à Dompierre, qui semble devoir être de gravité moyenne. Je me borne, au début, avec le concours d'une sœur de Saint-Firmin, que j'ai placée auprès du malade, à suivre à la lettre le traitement du professeur Jaccoud.

12 juin 1881. (Je copie textuellement.) Devant les affirmations très nettes du docteur Duboué (de Pau), sur la valeur de l'ergot de seigle, je me suis décidé, tout en continuant le traitement du docteur Jaccoud, à essayer l'ergot chez ce nouveau malade. Il y a à peu près de cela six à sept jours. J'ordonnai 2 grammes de ce médicament en quatre doses. A la suite de l'administration de la deuxième dose, il survint des symptômes sur lesquels je dois insister.

M. Bastien, qui, à coup sûr, est un alcoolique, fut pris presque aussitôt d'un refroidissement des mains, qui gonflèrent, devinrent violettes et sans chaleur. La circulation des extrémités semblait interrompue. Enfin les battements de la radiale n'étaient plus perçus, ou du moins n'étaient plus perceptibles. Cependant, comme j'avais ordonné l'ergot de seigle contre l'atonie du sphincter de l'anus, le malade n'ayant plus conscience du passage des matières fécales, ce qui indiquait que la maladie prenait un caractère adynamique, ce symptôme alarmant disparut après l'administration de l'ergot de seigle. Le sphincter reprit de la tonicité et l'issue des matières fécales fut régularisée.

Néanmoins, eu égard à la faiblesse et à la teinte cyanotique des extrémités, je jugeai l'état général grave, et comme il ne faisait pas de doute pour moi que les nouveaux symptômes qui se présentaient à mon observation étaient absolument sous la dépendance de l'ergot de seigle, je fis cesser l'administration de ce médicament, tout en continuant la potion du professeur Jaccoud. Au bout de trente-six heures, toutes les manifestations dues à l'ergot de seigle avaient totalement disparu. Il ne restait de cette secousse qu'une amélioration manifeste. De 110 pulsations que je constatais d'habitude chez mon malade, le pouls était descendu à 90; les pulsations étaient devenues puissantes et régulières et, s'il n'y avait pas existé deux plaies, l'une au niveau du sacrum, l'autre à la région dorsale, j'aurais pu considérer mon malade comme touchant à la convalescence. Du reste les fonctions intellectuelles étaient bonnes.

Je m'abstins encore pendant vingt-quatre heures d'administrer l'ergot de seigle; puis, tenté par la première amélioration que j'avais obtenue, malgré les inquiétudes que j'avais éprouvées, je recommençai son administration, — 2 grammes en quatre doses, le premier jour, — qui ne produisirent pas grand effet; puis, le lendemain 2gr,50, en quatre doses aussi. A la suite de cette seconde administration, les symptômes primordialement observés reparurent en partie. Ainsi les mains redevinrent gonflées et froides, mais bien moins violacées que la première fois; le pouls disparut presque complètement de la radiale. J'eus de la peine le matin à en percevoir les pulsations; cependant, quoique avec peine, je n'en comptai pas plus de 78 par minute. En présence de la torpeur intellectuelle du malade, du refroidissement des extrémités, de la petitesse du pouls, je pouvais, si l'expérience première n'était là pour diminuer mes craintes, avoir des doutes sur la terminaison favorable de la maladie. Il n'en est pas moins vrai que je constate aujourd'hui des symptômes graves, alarmants, auxquels je dois ajouter la présence de mouvements déréglés, ataxiques des membres supérieurs. Je fais cesser l'administration de l'ergot de seigle et continuer la potion du docteur Jaccoud.

22 juin. M. Bastien meurt le dimanche 19 juin. Quoi qu'il en soit, il n'a pas succombé aux suites de la fièvre typhoïde, mais à une complication intercurrente, l'infection putride. Il existait à la région dorsale, et surtout au sacrum, des plaies laissant suinter un liquide infect, et c'est à cette complication qu'il faut attribuer la production de l'infection putride et la mort. L'alcoolisme, sans aucun doute, était l'une des causes qui ont facilité la formation de ces plaies. Mais nous étions au quarante-deuxième jour de la maladie; l'appétit renaissait et tout semblait devoir faire prévoir une convalescence prochaine. Le 16 juin, dans la soirée, M. Bastien fut pris subitement d'un frisson violent qui fut suivi de chaleur et de sueurs profuses. C'était le début des manifestations de l'intoxication putride. A partir de ce moment, la marche de la maladie fut absolument celle de l'infection putride, et sans chercher au delà la cause de ces accidents terribles, je la trouve dans la présence des plaies purulentes qui restaient au dos et au sacrum, et dans l'intoxication organique produite par la résorption des produits septiques.

(A suivre.)

---

pornographiques. Ainsi, à Athènes, au musée général de Patissia, on voit un faune avec un superbe phallus collé au ventre et se préparant à se procurer les dernières jouissances sur un jeune éphèbe qui semble trouver cette manœuvre toute naturelle. J'ai vu aussi, au sommet de la grande tour de Spalato, deux chapiteaux de colonnes romaines dans le même genres: l'un représente un monstre qui sodomise un jeune garçon avec une fureur diabolique; il serre sa victime dans ses bras avec une telle vigueur qu'il doit l'étouffer et de toutes parts les deux êtres n'en font qu'un. En face est une femme, les deux cuisses écartées, qui montre deux énormes grandes lèvres béantes au-dessous d'un pubis complètement épilé. Sur un grand nombre de stelles grecques, au-dessous de bustes d'hommes ou de femmes, on voit des membres virils au repos ou en exercice. On pourrait croire que ces stelles indiquaient un personnage adonné à la débauche : il n'en est rien, ces appendices étaient de simples ornements. Les formes de la pudeur ont bien changé, et l'on s'imaginerait dificilement le vestibule de notre Académie agrémenté de pareilles sculptures finement taillées au-dessous des bustes de nos illustres maîtres.

Dans le monde musulman, il y aurait bien des études médicales à entreprendre ou à continuer. Dans les harems, le professeur Bouchard pourrait étudier, chez les femmes oisives et sédentaires, toutes les phases de l'état diathésique produit par le ralentissement de la nutrition, depuis l'obésité jusqu'au rhumatisme et aux affections eczémateuses. Nos spécialistes pour les affections utérines pourraient aussi y puiser d'intéressants renseignements sur les ulcérations et l'hypertrophie du col de la matrice produites par l'usage, et on peut dire par l'usage follement immodéré, du phallus factice qui remplace et bien au delà le membre viril si souvent impuissant du bey ou du pacha. Cet instrument de plaisir est la plaie des harems; il tue les femmes malgré la surveillance du mari et des eunuques; c'est lui qui donne ce brillant lustré à ces yeux vagues qui errent au bord du iachmack

Thérapeutique.

MORSURE DE VIPÈRE; ACCIDENTS GRAVES; EMPLOI DU JABORANDI; GUÉRISON, par le docteur Josso.

OBS.— Le samedi 13 mai 1882, je fus consulté, dans la matinée, par une fermière d'Orvault, gros bourg situé aux portes de Nantes, dont une servante de ferme avait été piquée par un aspic rouge et dont l'état était des plus alarmants. Je demandai quelques détails, et voici ce qui me fut raconté :

La blessée, fille de vingt-trois ans, d'une santé fort délicate, fut placée à la campagne, chez cette fermière, par la commission des enfants assistés, afin qu'elle pût se fortifier au milieu des rudes travaux des champs. Le mercredi 10 mai 1882, elle était occupée à sarcler les blés, lorsqu'elle fut piquée par un aspic rouge qu'elle avait pris à pleine main, croyant avoir affaire à un serpent inoffensif. La vipère la mordit avec fureur dans le repli interdigital, entre le médius et l'index gauche, et la douleur fut assez vive pour obliger cette fille à examiner avec attention la partie blessée; elle ne vit que trois petites gouttelettes de sang sourdre à l'endroit des piqûres.

Assez effrayée, elle reprit le chemin de la ferme, et raconta à sa maîtresse ce qui venait de lui arriver. Celle-ci se hâta d'appliquer une ligature sur le poignet et de faire tremper, dans l'eau salée, la main blessée. La malade se plaint d'un vif engourdissement qui remonte jusqu'à l'épaule; l'avant-bras commence à enfler. Deux heures après, en prenant son repas, la malade pâlit, pousse un cri aigu et perd connaissance. On s'empresse de la coucher, et on envoie chercher le médecin, vieil officier de santé de beaucoup d'expérience.

Celui-ci, domicilié à quelques lieues plus loin, ne peut venir que le lendemain, et constate tous les signes d'une envenimation aiguë. L'œdème a considérablement augmenté; il a envahi le cou, la poitrine, le tronc jusqu'aux lombes; quelques taches violacées se montrent, en particulier à la partie postéro-interne du bras, dont la température a considérablement baissé (la fermière prétend qu'il était froid comme un cadavre); des vomissements sont survenus, d'abord alimentaires, puis glaireux et striés de sang; selles diarrhéiques fétides; toux opiniâtre *sans expectoration;* prostration extrême entrecoupée de délire intense (la malade se voit entourée de serpents qui l'assiègent). Le lendemain 12, quelques convulsions apparaissent, spécialement aux muscles du visage; la faiblesse est extrême, le moindre mouvement détermine des lipothymies. Malgré l'usage de l'acide phénique, *intus et extra*, les choses ne se sont point améliorées, et tel était l'état de la malade lorsque je fus consulté.

Me souvenant d'un article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, consacré au jaborandi, et donnant cette plante comme journellement employée au Brésil dans l'envenimation ophidienne, je donnai à la fermière une ordonnance pour 4 grammes de jaborandi à faire infuser dans un verre d'eau, lui recommandant, après lui avoir bien décrit l'action du médicament, de faire prendre un peu de cognac à la malade si elle se sentait trop faible, une fois la sudation terminée.

Le jaborandi fut pris vers deux heures de l'après-midi du 13; la salivation fut abondante et dura plus d'une heure et demie. La sudation, des plus copieuses, dura plus de deux heures, et une moiteur notable persista pendant toute la nuit et une partie de la matinée du lendemain; la toux et le délire ont cessé les premiers; la prostration, beaucoup moindre, permet à la malade de causer avec les personnes qui l'entourent; on la change de lit sans que l'évanouissement survienne; à peine dans le lit où on vient de la coucher, elle s'endort d'un sommeil paisible, qui dure quatre heures; au réveil, elle crie la faim et demande à se lever; on lui représente que la nuit est venue et qu'il vaut mieux dormir. Elle passe une excellente nuit, et veut sortir du lit dès le matin; mais la fermière l'oblige, par précaution, à rester au lit toute la journée du dimanche 14. Le lundi enfin la malade se lève, prétendant qu'elle est guérie; de fait, elle reprend ses occupations, malgré de vives douleurs dans le bras blessé; l'œdème ne disparaît que très lentement, et existait encore trois semaines après l'accident.

La rapidité d'action du jaborandi sur l'effrayant cortège de symptômes d'une envenimation aiguë grave me paraît le point le plus intéressant de cette observation; en effet, nous voyons ces symptômes, qui jusque-là n'avaient subi aucune amélioration, céder brusquement, presque instantanément, après l'action d'une dose assez forte de jaborandi; ne sommes-nous donc pas en droit de lui en attribuer tout l'honneur? J'aurais bien voulu compléter cette observation par un examen *de visu;* mais la chose m'a été impossible.

Quoi qu'il en soit, cette observation publiée pourrait être, je crois, d'un intérêt assez vif, surtout pour les médecins de campagne, plus que nous à même d'observer des cas d'envenimation ophidienne. Il serait intéressant de voir si le jaborandi, administré dès le début, peut enrayer ou atténuer les effets de l'envenimation. Dans tous les cas, je m'estimerais fort heureux si ce petit fait peut être utile.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

NOUVEAUX FAITS POUR SERVIR A LA CONNAISSANCE DE LA RAGE, par M. *L. Pasteur*, avec la collaboration de MM. *Chamberland, Roux* et *Thuillier*. (Voy. *Académie de médecine*, in *Gaz. hebd.*, n° 50, p. 821.)

L'OPHTHALMIE PURULENTE FACTICE PRODUITE PAR LA LIANE A RÉGLISSE OU JEQUIRITY. Mémoire de M. *Moura-Brazil*.

J'ai fait, avec les graines de la liane à réglisse, de nombreuses expériences, qui confirment la faculté de cette légumineuse, signalée par M. de Wecker dans une note adressée à l'Académie le 9 août. Ces expériences ont consisté à provoquer artificiellement une inflammation purulente de la conjonctive, susceptible d'être avantageu-

---

blanc des dames turques; c'est lui aussi qui colore et creuse leurs joues et les conduit pas à pas à la phthisie.

Les musulmans vont souvent demander le rétablissement de leur santé à des sortes de moines, les derviches. Chaque semaine, dans les couvents de derviches tourneurs ou hurleurs, après la cérémonie du tournoiement ou du beuglement, on amène au chef les malades, on les étend par terre, et ce chef des derviches marche sur leur dos ou leur ventre selon la région affectée, puis il fait avec les mains quelques passes sur la tête et le front et souffle dans l'oreille des sourds. Les savants de l'église musulmane font aussi des passes sur les tumeurs et les douleurs. C'est une sorte de magnétisation, et en ce moment on parle beaucoup à Constantinople d'un célèbre magnétiseur européen. Dès notre arrivée on nous l'avait signalé, et nous n'y pensions plus, quand un jour le gouvernement nous envoie un commandant d'état-major pour nous accompagner dans une visite aux palais impériaux fermés au public. Cet officier, fort aimable et très distingué, commença par causer avec un grand charme de l'armée et du gouvernement turc. Puis la conversation tomba sur la médecine, il nous dit sans sourciller qu'il est médecin-homéopathe-magnétiseur et qu'il a fait complètement disparaître des cancers par des passes savantes. Dans un des palais de la côte asiatique du Bosphore, il nous a conduit auprès de deux énormes tigres envoyés au sultan par un roi de l'Inde; et rien n'était plus comique que de voir ce grand et bel officier, tout chamarré d'aiguillettes et de décorations, fixer les tigres furieux pour les magnétiser. Que voulez-vous, les guerriers ont leurs travers, et nous avons bien vu un colonel français soutenir devant les tribunaux qu'un magnétiseur photographe lui avait fait apparaître l'image magnétique de son grand-père.

Notre officier ne voulant pas nous laisser sous la mauvaise impression de l'essai malheureux de la magnétisation des fauves, nous dit : « C'est mon magnétisme qui m'a fait faire un charmant mariage. Je fus appelé plusieurs fois près d'une

sement utilisée dans la thérapeutique oculaire. Je joins à mon mémoire un travail de M. Silva Aranjo, concernant l'examen microscopique des infusions et macérations des graines du jequirity, ainsi que des exsudats membraneux que les lotions, avec l'infusion des graines de cette liane, produisent sur la conjonctive. Cet examen démontre que ces infusions et macérations des graines du jequirity renferment, en très grand nombre, des gonidies qui se développent en abondance sur la conjonctive lotionnée avec l'infusion, et qui sont probablement la cause de l'état de purulence dont la muqueuse devient le siège. (Commissaires : MM. Pasteur, Gosselin, Vulpian.)

Influence de l'excitabilité du muscle sur son travail mécanique. Note de M. *M. Mendelssohn*. — Une grenouille est fixée sur une planchette de liège, comme pour les expériences ordinaires de myographie. Le tendon d'un muscle gastrocnémien s'attache, par un fil inextensible, à la base d'un levier horizontal très léger, qui doit inscrire les mouvements. La tension du muscle, correspondant à la tension produite par l'application d'un poids, est obtenue de la manière suivante : le même fil qui fixe le tendon au levier enregistreur va, en se prolongeant, s'attacher au levier d'un tambour à air, disposé de telle sorte qu'un gonflement de la membrane produise, avec la déviation du levier, une traction sur le muscle. Ce gonflement du tambour résulte d'une compression de l'air à son intérieur. Il est facile, en évaluant, sur l'échelle d'un manomètre à eau communiquant avec le tambour, la pression subie par l'air comprimé, de déterminer la valeur de la traction que supporte le muscle. La pression de l'air dans ce système clos produit, en même temps, le déplacement du mercure dans deux vases communiquants et le soulèvement d'un flotteur, qui est placé sur la surface du mercure dans l'un des deux vases. L'extrémité libre du flotteur porte un fil qui va s'enrouler autour d'un cylindre enregistreur. Il est évident que chaque insufflation d'air dans le système clos déplace le mercure, soulève le flotteur et imprime au cylindre enregistreur un mouvement, dont l'étendue devient ainsi l'expression exacte de la traction subie par le muscle, c'est-à-dire du poids appliqué. Toutes les expériences ont porté sur le gastrocnémien de la grenouille, dont l'excitabilité a été modifiée par des procédés différents (variations de la température, anémie, section du nerf, fatigue, poisons variés : strychnine, curare, vératrine, etc.); le muscle a été mis en action par une décharge du condensateur traversant la bobine d'induction (procédé de M. d'Arsonval).

Un grand nombre d'expériences, faites en grande partie dans le laboratoire de M. Marey, autorisent à formuler, dans cette communication, les quelques conclusion suivantes :

1° Pour un poids déterminé, c'est-à-dire pour une certaine tension donnée au muscle, le travail mécanique d'une *contraction unique* d'un muscle « plus excitable » est plus grand que celui d'un muscle dont l'excitabilité est normale. C'est le contraire pour un muscle dont l'excitabilité a diminué. Ce fait s'observe surtout lorsque le poids soulevé est peu considérable; mais il n'en est pas moins constant avec des poids plus grands, et alors les hauteurs de soulèvement sont ordinairement moindres.

2° Le nombre de travaux successifs qu'un muscle chargé d'un poids donné peut exécuter jusqu'à son épuisement, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il ne soit plus en état de produire aucun travail, est moins grand pour un muscle « plus excitable » que pour celui dont l'excitabilité est normale. Cela démontre qu'un muscle plus excitable *s'épuise plus rapidement*, pour une série de travaux donnés, qu'un muscle normal. Le même fait s'observe dans un muscle dont l'excitabilité est sensiblement diminuée, tandis qu'un muscle dont l'excitabilité n'est qu'un peu au-dessous de la normale peut produire un nombre de travaux égal à celui d'un muscle normal, ne différant de ce dernier que par la plus petite valeur de chacun des travaux considérés isolément.

3° La *somme totale* d'une série de travaux successifs, exécutés par un muscle chargé d'un poids donné, jusqu'à son épuisement, est moins grande pour un muscle « plus excitable » que pour un muscle normal. Cela tient évidemment à la diminution du nombre des travaux que le muscle plus excitable effectue, bien que les hauteurs de soulèvement soient plus grandes. Un muscle dont l'excitabilité est considérablement diminuée donne aussi un travail total beaucoup moindre qu'un muscle normal; car, dans ce cas, le nombre des travaux et les hauteurs de soulèvement sont également diminués.

4° La *durée* pendant laquelle le muscle, soumis à une charge donnée, est en état d'exécuter une série de travaux, jusqu'à son épuisement, est moins longue pour un muscle « plus excitable » que pour un muscle normal. Ainsi, ce dernier étant excité trois fois par minute, peut soulever un poids de 15 grammes pendant quatre-vingt-quatre minutes, tandis que le premier, toutes conditions restant égales, ne soulèvera ce poids que pendant vingt-six minutes. Le même fait s'observe dans un muscle dont l'excitabilité a sensiblement diminué. Dans tous ces cas, la diminution de cette durée s'opère plus rapidement et d'une façon plus évidente avec un grand poids qu'avec un poids peu considérable.

5° L'augmentation du travail mécanique du muscle « plus excitable », soumis à des *charges croissantes*, a lieu surtout pour les faibles charges; elle est peu considérable et elle cesse tout à fait quand les poids deviennent très grands, cas dans lequel la diminution de la hauteur de soulèvement diminue notablement la valeur du travail mécanique.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE.— PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

MM. les docteurs *Féréol* et *Ch. Brame* se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

M[me] Lecorre, sage-femme à Palaiseau, envoie la liste des vaccinations qu'elle a pratiquées gratuitement en 1882. (*Commission de vaccine.*)

M. le docteur *Mascarel* (de Châtellerault) demande à être inscrit parmi les candidats dans la première division des correspondants nationaux et adresse, à l'appui, deux brochures intitulées : *Les eaux thermales du Mont-Dore dans les applica-*

---

jeune fille turque atteinte de douleurs, je la vis à visage découvert et la trouvai charmante. Mes passes l'ont guérie rapidement, j'ai demandé sa main, elle me l'a accordée, et le lendemain nous étions mariés. Car je dois vous dire qu'en entrant au service de la Turquie, je me suis fait mahométan, et je vis tout à fait à la musulmane. De cette façon, j'ai au moins ma femme pour moi tout seul, et pas comme en Europe une femme pour les autres. Elle ne sort jamais sans ma permission, et jamais dans la maison un homme ne paraît en sa présence. Elle reçoit des dames, moi mes amis, et, de cette façon, chacun vit content. » Et il est content, notre bel officier ! Mais pour être heureux en ménage turc, il ne faut guère aimer cette société des femmes qui me semble être le plus grand charme de la vie. On a pour ses plaisirs un être féminin qui tient le milieu entre la maîtresse et l'esclave ; par-dessus le marché, on est souvent trompé, et comme toujours on ne s'en aperçoit pas. Ah! mais, si on s'en aperçoit, on répudie sa femme, sans autre forme de procès. Voilà une bonne institution : tout se fait tranquillement, sans scandale. Malgré cela, j'aime encore mieux un ménage à l'européenne.

Ces ménages d'Orient sont vraiment incroyables. Quand un jeune Turc arrive à l'âge de la puberté, son père lui offre une des esclaves de son harem et invite un ou deux de ses amis à assister, en qualité de témoins officiels, au premier acte de virilité de son fils. Puis un festin est donné pour consacrer cet acte mémorable dans la famille. Dans beaucoup de maisons arméniennes, il est aussi un usage bien curieux. Comme les cheminées sont à peu près inconnues en Orient, quand il fait froid, toute la société se place sur des petits tabourets autour d'une table sous laquelle est un récipient d'eau chaude ; la tête seule dépasse la table, et des morceaux d'étoffes fixés sur les bords et descendant jusqu'à terre vous enveloppent complètement, de sorte qu'on a le corps dans une douce étuve. Mais je vous laisse à deviner ce qui se passe sous la table : quand un invité est à côté d'une jolie Armé-

tions à la thérapeutique médicale et *Lettres sur le Mont-Dore et les Eaux-Bonnes.*

M. le docteur *Bourgeois*, médecin-major à Paris, envoie un *Manuel d'hygiène de l'éducation de la première enfance. (Commission de l'hygiène de l'enfance.)*

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose : 1° au nom de M. le professeur *Verneuil* le tome III de ses *Mémoires de chirurgie*, ayant pour titre : *États constitutionnels et traumatisme;* 2° de la part de M. le docteur *Grancher*, les mémoires suivants : *De l'unité de la phthisie, Rapport du tympanisme sous-claviculaire avec les autres signes physiques au point de vue du pronostic des épanchements pleurétiques, scrofule et tuberculose, De la valeur des respirations normales dans le diagnostic du début de la tuberculose pulmonaire commune*, l'article Scrofule extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, un mémoire sur *la tuberculose pulmonaire*, extrait des *Archives de physiologie normale et pathologique;* 3° au nom de M. le docteur *Créquy*, une *Note sur quelques moyens pour arrêter les hémorrhagies;* 4° de la part de M. le docteur *Rousselot-Beaulieu* (de Périgueux), une brochure intitulée : *Du diabète, sa nature, son traitement;* 5° au nom de M. le docteur *Lajoux* (de Boissy-Saint-Léger), deux brochures ayant pour titres : *Découverte de la cause du sommeil physiologique et de l'appareil qui le produit chez l'homme et chez les animaux* et *Prédiction du sexe et de la force relative de l'enfant.*

M. *Bergeron* présente, de la part de M. le docteur *Bullura*, un ouvrage intitulé : *L'hiver à Cannes et au Cannet.*

M. *Tarnier* dépose, au nom de M. le docteur *Queirel* (de Marseille), une observation manuscrite de *placenta double.*

M. *Laboulbène* présente : 1° de la part de M. le docteur *Bouillet* (de Béziers), un *Précis de l'histoire de la médecine;* 2° au nom de M. le docteur *Charpignon* (d'Orléans), une *Étude sur la castration défendue par le serment d'Hippocrate.*

M. *Depaul* fait hommage, au nom de M. le docteur *Galippe*, d'un *Rapport sur une mission officielle afin d'étudier l'enseignement* de *l'odontologie en Angleterre.*

M. *Larrey* présente : 1° de la part de M. le docteur *Ballotta* et de M. l'ingénieur *Piaux* un livre, en langue italienne, concernant le *Projet récompensé au concours du nouvel hôpital de Luga;* 2° au nom de M. le docteur *Bayol*, un extrait des *Observations météorologiques faites en 1880 pendant un voyage dans le Sénégal;* 3° le tome IV de la 8e série des *Mémoires de l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse.*

M. *Billot*, correspondant national, dépose, au nom de M. le docteur *Tamburini* (de Reggio), les deux fascicules d'un mémoire, sur l'*étude expérimentale de l'hypnotisme.*

M. *Hervieux* fait hommage, de la part de M. le docteur *Pluneau*, adjoint au maire de Bordeaux, d'un *Rapport au Conseil municipal sur le service des vaccinations et revaccinations publiques organisées en 1881 dans cette ville.*

M. *le Secrétaire perpétuel* présente : 1° un *stéthoscope* à pavillon hémisphérique évasé, imaginé par M. *Marage;* 2° des *sondes* souples d'un seul jet et des *bougies filiformes* conductrices rigides, fabriquées par MM. *Rondeau frères.*

M. *Depaul* dépose, de la part de M. le docteur *Chassagny* (de Lyon), un *spéculum* de forme spéciale, appelé *élytro-ptérygoïde.*

M. *Léon Labbé* présente un *pulvérisateur à gaz*, imaginé par M. le docteur *Maurice Dupont* et construit par M. *M. Mathieu.*

Élection. — Par 40 voix sur 76, M. le professeur *Potain* est nommé membre titulaire dans la section de pathologie médicale ; M. Siredey obtient 18 voix ; M. Ball, 12 ; M. Cadet de Gassicourt, 3 ; M. Lecorché, 2 et M. Bouchard, 1.

Renouvellement du Bureau. — M. *Alphonse Guérin* est élu vice-président pour l'année 1883 par 69 voix sur 78 votants ;

M. *Proust* est appelé, par 41 voix sur 69 votants, à remplacer comme secrétaire annuel M. Bergeron, qui avait refusé de se laisser représenter.

MM. *Hervieux* et *Maurice Perrin* sont élus membres du Conseil.

Valeur des injections sous-cutanées d'éther en cas de mort imminente par hémorrhagie. — Tel est le titre de la communication lue par M. *Hayem*, candidat dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. — Il résulte d'abord de ses recherches expérimentales que, lorsqu'on fait subir à un chien une hémorrhagie assez abondante pour déterminer immédiatement l'apparition des grandes convulsions tétaniques qui sont l'annonce d'une mort fatale et prochaine, les injections sous-cutanées d'éther ne peuvent conjurer le péril et ne sont suivies d'aucune action sensible. Cependant, en pareil cas, la transfusion faite avec du sang complet produit une véritable résurrection. Les résultats sont tout aussi négatifs lorsqu'on retire aux animaux une quantité de sang calculée de telle sorte (1/19e du poids du corps) qu'après l'hémorrhagie ils se trouvent dans un état presque à la limite entre la mort imminente et la survie possible. Dans cette dernière condition d'inefficacité des injections d'éther, non seulement la transfusion du sang complet assure la survie des animaux, mais encore, dans certains cas, le même résultat peut être obtenu par la dilution du sang restant dans l'organisme avec du sérum naturel emprunté à un animal de la même espèce. Aussi M. Hayem pense-t-il qu'il n'est pas exact de dire que la transfusion du sang est une opération inutile pouvant être remplacée par la stimulation que provoque l'éther employé en injection sous-cutanée. Cette stimulation ne se traduit d'ailleurs que par un accroissement dans l'énergie des contractions cardiaques et une accélération notable du nombre des pulsations ; elle n'entraîne ni élévation de la pression du sang, ni augmentation de la température rectale.

Appareil pour fractures. — M. le docteur *Bonnefoy* (de Roanne) décrit et fait connaître les avantages d'un *lit-brancard*, dont il propose l'usage dans le traitement des fractures.

Société de chirurgie.

Séance du 13 décembre 1882. — Présidence de M. Léon Labbé.

Correspondance. — Traitement des granulations de la conjonctive par le jequériti. — Induration des corps caverneux chez les glycosuriques. — De l'élongation du nerf nasal contre les douleurs ciliaires. — Nomination de commissions. — Présentation de malades : polypes du nez. — Désenclavement du nerf radial.

La correspondance comprend : 1° un ouvrage de MM. Delore et Lutaud sur les accouchements; 2° un volume de

---

nienne, et il y en a de fort jolies, je puis vous certifier qu'il est content, mais fatigué à la fin de la soirée.

En allant de Constantinople à Alexandrie, on passe à travers l'archipel turc et le long des côtes d'Asie Mineure, lieux pleins des souvenirs de la médecine grecque : Ephèse, la patrie de Rufus, Pergame, celle de Galien, la petite île inculte et aride de Cos, grande par le nom d'Hippocrate qui l'a illustrée, et presque en face les vestiges de Cnide où florissait l'école rivale de celle de Cos. Que de souvenirs, mais quelle décadence actuelle ! Et Alexandrie, sa grande école et sa riche bibliothèque, où sont-elles ? Les Anglais et les Arabistes n'auront pas à se reprocher d'avoir renouvelé les méfaits d'Omar. Tout centre scientifique est détruit en Orient. Les Anglais ont renversé les forts, les remparts et les canons. Les insurgés ont brûlé la place des Consuls. C'est un triste spectacle que celui de ces ruines toutes poussiéreuses, éclairées par un soleil de plomb. On croit encore sentir les chaleurs de l'incendie. Mais la vie a déjà reparu tout autour, la place se couvre de petites baraques en bois où l'on vend des liqueurs variées à l'enseigne du duc de Connaught, du général Wolseley, et même une petite guinguette s'intitule café Gambetta. Le soir, pendant que la lune placide éclaire de sa lumière pâle les blocs de pierre enfumée, on entend dans ces brasseries en plein air les refrains des chansons qui charmaient nos cafés-concerts il y a une dizaine d'années. Tout cela est joué par des orchestres de jeunes filles allemandes recrutées à Trieste, et conduites par des barnums qui garantissent leur vertu jusqu'au retour dans le port d'embarquement. Voilà une garantie bien téméraire ! Ces orchestres sont assez bons, surtout à Constantinople. Là, on peut faire plus de frais pour la musique, parce que derrière chaque salle de café-concert, est un petit salon occupé par une roulette et servant aussi de foyer aux actrices. Avec un peu d'imagination, en Orient c'est bien permis, on peut se figurer Monaco transporté dans les coulisses de l'Opéra.

Pendant le trajet en chemin de fer d'Alexandrie au Caire,

M. Spencer Wells sur les tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, résumé de 1200 ovariotomies.

— M. *Terrier* lit un rapport sur un mémoire de M. José Cardoso (de Rio-Janeiro) sur le traitement des granulations conjonctivales par le jequériti. Cette plante, de la famille des légumineuses, est préconisée au Brésil contre les granulations de la conjonctive. Dès 1867, M. Castro e Silva a publié un travail sur l'emploi de cette plante.

M. Cardoso conseille de jeter les graines de cette plante dans l'eau bouillante; l'embryon est ensuite broyé et la solution filtrée. On badigeonne la conjonctive avec un pinceau trempé dans cette solution (1 gramme de graines pour 100 grammes d'eau). La conjonctive s'enflamme.

Dans les *Annales d'oculistique*, M. de Wecker et son correspondant conseillent un mode d'emploi différent. Ils baignent seulement les yeux avec cette solution trois fois par jour pendant trois jours. M. Terrier a expérimenté une fois la formule de Wecker, et il a eu une ophthalmie purulente; il cessa le traitement, et l'inflammation cessa, mais les granulations restèrent.

D'après de Wecker, le jequériti agirait à la façon du pus blennorrhagique. Le docteur Haranger a trouvé dans une solution de jequériti des micrococcus.

M. *Després* se demande si les granulations guéries par ce traitement sont de nature inflammatoire ou s'il s'agit de granulations chroniques. Les premières guérissent par tous les moyens, les autres sont incurables. M. Després s'élève contre l'idée de donner aux granulations une origine parasitaire. Les granulations inflammatoires sont de simples bourgeons charnus; les granulations chroniques sont des végétations.

M. *Terrier* a guéri une femme atteinte de granulations conjonctivales par l'inoculation de l'ophthalmie des nouveau-nés; les résultats de cette inoculation sont réellement efficaces. Ivanhoff a trouvé que les granulations chroniques sont des néoformations glandulaires dans la conjonctive; l'excision n'est guère applicable; il faudrait enlever toute la conjonctive. On ne tente l'inoculation blennorrhagique que lorsque la cornée est couverte par un pannus; on évite alors la perforation de l'œil.

Au delà d'une certaine altitude, on ne trouve plus l'ophthalmie granuleuse, ce qui ferait croire à l'origine parasitaire de la maladie. Au dernier Congrès d'ophthalmologie allemand, on a décrit le parasite de l'ophthalmie granuleuse.

— M. *Trélat* fait un rapport sur un travail de M. Badal (de Bordeaux). Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

Les douleurs dites *ciliaires*, c'est-à-dire qui ont leur siège ou leur point de départ dans le globe oculaire, peuvent être divisées en trois groupes : névralgies proprement dites; douleurs glaucomateuses; douleurs ciliaires dues à un état inflammatoire des membranes de l'œil.

Le nerf nasal, d'où émanent les filets nerveux qui se distribuent à l'œil, soit directement, soit par l'intermédiaire du ganglion ophthalmique, semble à priori devoir être celui des nerfs de l'orbite, dont l'élongation donnera les meilleurs résultats pour combattre les douleurs ciliaires, quelle qu'en soit la cause.

La clinique établit la réalité de cette action curative; elle montre, en outre, l'heureuse influence exercée par l'élongation sur les phénomènes pathologiques vaso-moteurs, sécrétoires et trophiques qui peuvent accompagner les douleurs en question.

Il suffit de faire porter l'élongation sur le nasal externe, à sa sortie de l'orbite. Il est sans importance que cette élongation soit suivie de la rupture du tronc nerveux, l'anesthésie cutanée qui en est la conséquence étant limitée à un territoire extrêmement restreint.

Il est permis de supposer, à en juger par les résultats déjà obtenus, que l'élongation du nerf nasal pourra, dans nombre de cas, être substituée à d'autres opérations infiniment plus graves.

La névrotomie optico-ciliaire, en particulier, et, dans certains cas, l'amputation ou l'énucléation du globe, ne devront être pratiquées que si l'élongation préalable du nasal externe n'a donné aucun résultat.

Il sera intéressant de rechercher ce que peut donner cette opération, non seulement contre le symptôme *douleur*, mais encore dans le traitement de certaines formes de glaucome, d'ophthalmie sympathique, d'inflammation du tractus uvéal, et même dans le traitement de certaines affections de l'appareil lacrymal.

Les trois cas d'élongations pratiquées jusqu'ici à la clinique ophthalmologique de Bordeaux peuvent se résumer ainsi :

I. — Femme, trente-trois ans. Névralgie oculaire et périorbitaire gauche; flux nasal muco-purulent extrêmement abondant. Deux mois de traitement médical sans succès. Elongation du sous-orbitaire; peu d'amélioration. Quinze jours après, élongation du nasal; les douleurs disparaissent aussitôt. Deux mois après, le catarrhe nasal a complètement cessé, et la muqueuse a repris son état normal.

II. — Homme, vingt-trois ans. Kératite à hypopion du côté droit, suivie d'irido-cyclite et d'occlusion pupillaire; phthisie du bulbe; perte de la vision; névralgie péri-orbitaire; pannus. Amélioration passagère à la suite d'une péritomie. Rechute, douleurs ciliaires violentes. Elongation des filets terminaux du nasal externe. Dès le lendemain, amélioration évidente; quelques jours après, les douleurs ont entièrement disparu.

III. — Femme, cinquante-sept ans. Depuis huit ans, douleurs gastralgiques, rhumatisme noueux, névralgie péri-orbi-

---

j'ai assisté à un des fâcheux effets du climat d'Egypte sur les tubes digestifs non acclimatés. Notre train était bondé de monde. Mon compartiment était occupé par deux charmantes Parisiennes accompagnées d'un jeune et élégant Egyptien qui m'avait l'air fort au courant de nos grands boulevards. En face de cette agréable société était une vieille dame anglaise avec les cheveux en tire-bouchons sur les oreilles. La conversation était gaie et légère; l'Anglaise semblait mal à l'aise dans ce milieu. Cependant, après une heure de cohabitation, elle tire de son sac des petites brochures, sans sourciller en offre une à chacun de nous et garde le reste dans son paquet sur ses genoux. Nous regardons cet aimable présent : c'était un opuscule de la Société biblique de Londres. Je salue respectueusement. Mes Parisiennes ont toutes les peines du monde à retenir un fou rire. Tout à coup un petit cri se fait entendre. Une des dames prend une figure navrée; que s'est-il passé? Une odeur accusatrice vient tout nous révéler et nous prouver que souvent en Egypte il est bon de ne pas faire d'efforts, même pour s'empêcher de rire. Heureusement, nous arrivons à une station, le jeune Egyptien se précipite à la portière, crie au chef de gare de faire arrêter un quart d'heure, et en passant devant la vieille dame anglaise, il veut lui saisir son paquet de brochures. Elle résiste : « Mais c'est très pressé, madame, et ce sera une bonne œuvre, » lui dit le jeune homme en riant. « Stupid fellow, » répondait l'Anglaise qui ne riait pas; elle garda ses brochures et changea de compartiment.

Au musée de Boulaq, il existe une statue intéressante au point de vue de l'histoire de la chirurgie. C'est celle d'un jeune homme d'une vingtaine d'années. Ce jeune roi, appartenant à une des plus anciennes dynasties, présente sur son prépuce une perte de substance triangulaire qui indique que la circoncision partielle était connue dès la plus haute antiquité. Malgaigne et la plupart des auteurs ont prétendu que la circoncision était d'origine juive; c'est possible pour la circoncision totale des enfants, mais la circoncision par-

taire gauche. Depuis quatre ans, glaucome chronique inflammatoire; perte absolue de la vision; œil très dur; cornée rugueuse; douleurs ciliaires violentes; état général mauvais. Une large iridectomie ne donne aucun résultat. Les crises augmentent d'intensité. Elongation du nasal externe; résultat immédiat excellent. Quinze jours après, le malade peut quitter l'hôpital, complètement débarrassé de ses douleurs.

M. *Terrier*. Dans les deux dernières observations, l'indication du traitement n'était point nette. En présence d'accidents aussi graves du côté de l'œil, il est difficile de ne pas enlever le globe pour sauver l'autre œil. L'élongation est acceptable pour combattre les douleurs névralgiques, mais pas pour obvier à des lésions profondes de l'œil.

M. *Giraud-Teulon*. L'ophthalmie sympathique est toujours à considérer; mais il n'en est pas question dans les observations de M. Badal. Ces faits sont intéressants à noter.

— Commission chargée de présenter la liste des candidats au titre de correspondant national. Sont élus MM. de Saint-Germain, Polaillon, Gillette et Chauvel.

Commission des correspondants étrangers : MM. Berger, Terrier, Marc Sée et Pozzi.

— M. *Verneuil* fait une communication sur l'induration des corps caverneux de la verge et de ses rapports avec la glycosurie.

On constate sur le dos de la verge des plaques plus ou moins étendues, de consistance fibreuse, sans adhérence à la peau. On a rapporté cette affection à la syphilis, à la goutte. Quatre fois M. Verneuil a rencontré cette induration, toujours avec les mêmes caractères, dans les mêmes conditions d'âge, de santé, de régime; trois fois il a constaté la glycosurie. Marchal (de Calvi) avait vu cette induration chez un diabétique. Cette induration gêne le coït; c'est pour cela que les malades vont consulter. Le traitement médical est nul. Comme il y a des rapports très fréquents entre cette lésion et la glycosurie, il faudra être très réservé sur l'emploi des moyens chirurgicaux.

— Nomination de la commission du *prix Duval*. Sont élus : MM. Richelot, Périer, Magitot, Delens, Marjolin.

— Commission du *prix Laborie* : MM. Guéniot, Nepveu, Marchand, Le Fort, Monod.

— M. *Trélat* présente un homme qui avait un polype du nez; ce polype avait défoncé l'os unguis et l'os propre du nez; il était muqueux. Une tumeur existait à l'angle interne de l'œil gauche; elle fut circonscrite par deux incisions qui, réunies, furent continuées dans le sillon de l'aile du nez jusqu'à la lèvre supérieure; les parties molles furent détachées des os par la rugination. Puis, section verticale de l'os propre du nez gauche et de l'apophyse orbitaire interne du frontal. Le périoste orbitaire est ensuite décollé. Enfin, avec une scie de Larrey, section de la paroi antérieure du sinus jusqu'à son plancher, et section transversale au niveau du plancher du sinus. Il fut alors facile de détacher un lambeau osseux et d'enlever le polype avec ses prolongements. Cautérisation des adhérences et du pédicule; réunion primitive et immédiate des parties. Cette opération n'est point décrite dans les livres de chirurgie.

— M. *Trélat* présente un autre malade entré à l'hôpital en mars 1882 avec des fractures multiples de la cuisse droite et du bras gauche. A la fin de mai, on constata une paralysie du nerf radial; un cal exubérant enclavait ce nerf.

Le 1er juin, M. Trélat fit une opération destinée à dégager le nerf radial. La recherche de ce nerf ne fut pas facile, malgré la bande d'Esmarch; le nerf fut dégagé avec la gouge et le maillet. Aujourd'hui les mouvements ont reparu; il reste un peu de raideur due à la rétraction des extenseurs.

M. *Tillaux* a présenté en 1878 un malade absolument semblable, et qui subit avec succès la même opération.

L. Leroy.

Société de biologie.

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

Action de la quinine, de la cinchonine et de la cinchonamine : M. Laborde. — Mesure du volume réel et des expansions des tumeurs anévrysmales : M. François-Franck. — Mouvements localisés par excitation faradique du crâne : M. Orschansky. — Action du gelsemium : M. Rouch. — Développement des poissons osseux : M. Henneguy. — Prix Godard.

M. *Hardy* dépose une note dans laquelle MM. Bapst et Girard réclament contre une opinion qui leur a été prêtée par MM. Marcus et Pinet au sujet de l'action fermentescible de la dyméthylrésorcine : ils n'ont rien publié à cet égard et s'étonnent qu'on ait mis leurs noms en avant.

— M. *Laborde* a étudié expérimentalement l'action convulsivante spéciale de la cinchonine et montre à la Société ses effets rapides sur le cochon d'Inde. Il ajoute que cette substance dont l'action est si différente de celle de la quinine, est mélangée en grande proportion au sulfate de quinine du commerce et notamment à celui des hôpitaux.

— M. *François-Franck* indique le procédé qu'il a employé pour mesurer le volume réel des tumeurs anévrysmales faisant saillie à la surface du corps.

1° Pour déterminer le volume exact de ces tumeurs (ou d'autres tumeurs dont il y a intérêt à mesurer le volume pendant la durée d'un traitement), il emploie un appareil à

---

tielle était pratiquée par les anciens Egyptiens au moins chez les adultes, comme l'indique la plaie toute fraîche de la statue de Boulaq. Aujourd'hui encore, en Egypte, la circoncision est faite souvent chez les adultes, et l'on choisit généralement pour les opérer le lendemain de leur mariage.

C'est une bizarre cérémonie que celle d'un mariage égyptien. Il est très divertissant de rencontrer dans les rues encombrées du Caire une bande de musiciens arabes tapant, hurlant, soufflant et produisant une cacophonie bruyante, discordante, mais amusante; puis derrière, viennent les voitures de la noce couvertes de riches étoffes, de châles de Cachemire, de rubans multicolores, comme dans un carnaval italien; tout autour des gamins sautent, dansent, font des cabrioles en tendant la main pour avoir quelques petites piastres. Le soir, toute la famille festoie; vers dix heures, la mariée monte au premier étage et de vieilles matrones la déflorent brutalement avec un morceau de bois recouvert d'un mouchoir blanc. L'opération terminée, on jette le mouchoir taché de sang dans la cour intérieure de la maison, où le mari et ses amis sont réunis. On passe de main en main cette pièce officielle, et le mari monte retrouver sa compagne.

Les enterrements sont aussi bruyants que les mariages; le cortège funèbre crie, chante, mais sans aucune tristesse apparente. Le corps, placé dans une boîte fermée seulement par un châle, est porté sur les épaules. En Grèce, on le porte à bras, mais le cadavre est dans une boîte en verre, la figure est découverte et les assistants peuvent contempler une dernière fois les traits du défunt. Maintenant, on enterre les morts assez profondément pour éviter l'infection; mais ce qu'on fait pour les humains, on ne le fait pas encore pour les animaux. Dans une petite rue du Caire, nous avons vu et surtout senti un cadavre de chameau dont les chairs saignantes faisaient le bonheur des chiens et des vautours, qui sont les grands balayeurs de l'Orient.

Au mois d'octobre, le climat du Caire et des environs est

déversement d'eau construit très simplement. On prend le moule de la tumeur avec une lame de gutta-percha ramollie dans l'eau, en ayant soin de donner à ce moule une capacité notablement supérieure au volume de la tumeur. La calotte plus ou moins hémisphérique ainsi obtenue est perforée à sa partie supérieure et reçoit un tube de verre d'assez fort calibre; elle est fermée à sa base par une membrane très souple et lâche qui est destinée à empêcher de s'écouler au dehors l'eau qu'on versera dans le moule, après l'avoir déposé sur une lame de verre par exemple. Quand le moule est plein d'eau, on en coiffe la tumeur en faisant écouler dans une éprouvette graduée l'eau qui se déverse à mesure que la calotte de gutta est plus exactement appliquée à la surface de la tumeur. Le volume d'eau déplacé est nécessairement égal au volume de la tumeur anévrysmale dans son maximum d'expansion.

En répétant la même épreuve à intervalles successifs, on saura au juste si la tumeur augmente et de combien elle s'accroît, si au contraire elle diminue ou bien reste stationnaire. Cette notion a son importance au point de vue du pronostic et de la détermination des effets du traitement.

2° Il est tout aussi important d'être exactement renseigné sur la valeur comparative des *expansions* de l'anévrysme rythmées avec le cœur et la respiration. Ces expansions, en effet, sont d'autant plus amples que les parois de la poche sont plus extensibles, et leurs variations nous fixent sur la nature des modifications (amincissement ou renforcement par des caillots) qui s'y peuvent produire.

Le même appareil sert à cette nouvelle détermination : il suffit de suivre de l'œil les changements du niveau de l'eau dans le tube gradué en centimètres cubes qui surmonte l'appareil, pour connaître le volume de chaque expansion systolique.

On peut aussi très facilement utiliser ces déplacements du niveau de l'eau pour inscrire les variations de volume de la tumeur, en rapport avec l'action du cœur et de la respiration; il suffit pour cela de mettre à la partie supérieure du tube un bouchon de caoutchouc percé d'un trou et faisant communiquer le tube de verre avec un appareil enregistreur au moyen d'un tube de caoutchouc. C'est une application particulière de la méthode générale des inscriptions de changement de volume des organes dont l'auteur s'est occupé il y a quelques années (changement du volume de la main, du cerveau, etc.).

M. François-Franck montre l'appareil qu'il vient de décrire et le fait fonctionner devant la Société.

— M. *Bochefontaine* présente une note de M. *Orschansky* relative aux mouvements localisés produits par le passage de courants faradiques à travers le crâne chez le chien.

Pour obtenir ces mouvements qu'on n'a pu provoquer jusqu'ici par l'électrisation de la tête, l'auteur applique une électrode à la surface du crâne, sur le trajet de la suture fronto-pariétale à sa partie inféro-externe, et l'autre à la base du crâne, sous la voûte pharyngienne; il obtient ainsi des mouvements cloniques des extrémités antérieures du côté opposé.

— M. *Rouch* a étudié à Bordeaux, dans le laboratoire de M. Jolyet, l'action toxique d'une liane de l'Amérique du Nord, le « *gelsemium sempervirens* ». De ses recherches, il résulte que le gelsemium est un poison du système nerveux moteur, dont il provoque la paralysie après en avoir déterminé l'excitation violente. Le cœur est atteint en dernier lieu; il finit par s'arrêter en diastole après avoir subi un ralentissement croissant.

L'action paralysante diffère, du reste, suivant la préparation, mais on arrive toujours à cette conclusion que le gelsemium et ses extraits ou alcaloïdes sont des paralysants des centres moteurs, agissant ultérieurement pour la plupart sur les plaques motrices d'une manière identique à celle du curare.

— M. *Henneguy*. Malgré les nombreuses recherches qui ont été faites sur le développement des poissons osseux, les embryogénistes ne sont pas encore d'accord sur le mode de développement du système nerveux et de la corde dorsale chez ces animaux. Les uns, comme Kupffer, Œllacher, Gœtte, font dériver le système nerveux central d'un simple épaississement du feuillet externe et la corde dorsale du feuillet moyen; les autres, comme Calberla, font provenir l'axe nerveux d'une invagination de la lame cornée de l'ectoderme, ce qui rapprocherait les poissons osseux des autres vertébrés, et la corde dorsale de l'entoderme. Les recherches de M. Henneguy l'ont conduit à admettre que chez la truite le système nerveux se forme par un épaississement de l'ectoderme et que la lame cornée n'y prend aucune part. La corde dorsale, le mésoderme et l'entoderme secondaire apparaissent simultanément en avant du bourgeon caudal, et se différencient aux dépens de l'entoderme primaire, qui résulte de la réflexion de l'ectoderme.

Le système nerveux, qui est primitivement plein, se creuse ensuite d'un canal par suite de la séparation des cellules centrales, et non par suite de la liquéfaction de ces cellules comme l'admet Œllacher.

— Dans sa précédente séance, la Société a voté les conclusions de la commission du prix Godard qui décerne le prix à M. F. Lalesque pour ses études sur la circulation pulmonaire, une première mention *ex æquo* à MM. Ballet et Leloir, une deuxième mention à M[lle] Skwortzoff, une citation à M. Blaise de Montpellier.

---

très chaud; dans la journée, la chaleur sèche est vraiment pénible; mais les matinées et les soirées sont délicieuses, on ne sent pas la moindre humidité. Cependant, je conseillerai aux personnes sujettes aux hémorrhagies pulmonaires de ne pas arriver avant le milieu de novembre, car je connais très particulièrement une personne qui, le 22 octobre, en revenant des pyramides de Saquarrah, a eu un crachement de sang. Ce magnifique soleil d'Orient est fort traître, et c'est bien dommage, car j'ai rarement vu de spectacle plus beau que celui des collines sablonneuses du désert bordées par l'inondation et le bois de palmiers de Memphis, accidentées par ces nombreuses masses de pierres pyramidales et enveloppées d'une lumière ardente et transparente. Au loin, le Nil roule ses eaux rapides, et sur l'autre rive on aperçoit la petite ville d'Hélouan, dont les maisons blanches scintillent au soleil. Hélouan est une station balnéaire; elle possède un établissement thermal d'eau sulfureuse assez bien aménagé pour le traitement des maladies de la peau. Ces sources pourraient aussi servir à la cure des affections bronchiques et laryngiennes. L'air est très pur à Hélouan, c'est le véritable air du désert, et souvent on y envoie les phthisiques qui ne se trouvent pas bien au Caire. Du reste, dans toutes les stations des rives du Nil, le climat est le même en hiver, sec et tonique, depuis le Caire jusqu'à Louqsor, et comme dans toutes les stations méditerranéennes françaises, il ne faut pas y envoyer les malades atteints d'affections à marche rapide. Mais quel ravissant séjour pour les phthisiques peu avancés; il pleut une ou deux fois par hiver, chaque jour on peut faire de charmantes promenades, surtout sur le Nil. C'est si doux de se sentir couler au fil de l'eau, étendu dans une dahabié, de voir se dérouler les rives plantureuses du fleuve, les villages, les maisons de campagne, de croiser cent embarcations diverses et de rentrer au Caire en passant devant la délicieuse île de Rhoda, séparée de la terre par un canal bordé de palais, comme le grand canal de Venise. On débarque, on passe le grand pont du Nil, aussi animé que le pont de Londres,

SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

Action du cinchonine et du sulfate de quinine : M. Laborde. — Anesthésie générale par irritation laryngée : M. Brown-Séquard. — Actions sensitives croisées dans la catalepsie : M. Dumontpallier. — Rôle de la queue dans la progression des poissons : M. Chabry. — Passage de la bactéridie charbonneuse de la mère au fœtus : MM. Straus et Chamberland.

M. *Laborde* confirme, en les précisant, les remarques qu'il avait faites dans la précédente séance au sujet de l'addition de la cinchonine à la quinine dans le produit livré sous le nom de sulfate de quinine; il a pu s'assurer, par exemple, que le sulfate de quinine des hôpitaux contient 43 pour 100 de cinchonine. Sans faire le procès de la cinchochine qui peut avoir ses indications thérapeutiques spéciales, M. Laborde se contente d'indiquer le fait, en insistant sur ce point que, quand on croit administrer 1 gramme de sulfate de quinine, on n'en donne en réalité que 57 centigrammes avec la quinine des hôpitaux.

M. *A. Robin* ajoute qu'il a eu l'occasion d'analyser la « quinine » de certaines pharmacies de la ville et qu'il n'y a trouvé que 32 pour 100 de quinine.

— M. *Brown-Séquard* avait annoncé précédement à la Société que l'insufflation d'acide carbonique à la partie supérieure du larynx produit l'anesthésie laryngée; il pensait que cet effet pouvait être la conséquence d'une irritation des nerfs du larynx retentissant sur les centres nerveux et produisant, à titre de phénomène d'inhibition, la suppression de la sensibilité. Les résultats de ses expériences confirment cette prévision; ce n'est pas d'un effet local proprement dit qu'il s'agit, mais d'un acte inhibitoire se produisant par l'intermédiaire des centres.

En outre de cette anesthésie de l'organe soumis à l'action directe de l'acide carbonique, on constate, à des degrés divers, une anesthésie générale qui se produit dans une période de cinq minutes en moyenne. Il ne peut être question ici d'une conséquence de l'introduction d'acide carbonique dans le poumon, les insufflations étant faites par la bouche, tandis que la respiration s'opérait à l'aide d'une canule trachéale recevant l'air d'une certaine distance. Dans le cas où l'anesthésie générale ne se produisait pas, l'insufflation laryngée, beaucoup plus énergique, en a déterminé l'apparition.

La section préalable des nerfs laryngés a supprimé la production d'anesthésie générale : par conséquent, c'est bien un acte inhibitoire consécutif à l'irritation violente des terminaisons de ces nerfs qui explique l'anesthésie générale.

A propos de ces nouveaux faits, M. Brown-Séquard rappelle que, dès 1869, il avait constaté la suppression des attaques épileptiques par l'injection d'un courant énergique d'acide carbonique dans le larynx.

Le retour de la sensibilité s'opère rapidement dans certaines parties, plus lentement dans certaines autres; celles où l'anesthésie persiste le plus longtemps sont les régions voisines de la zone irritée.

— M. *Dumontpallier* a étudié les anesthésies totales (sensibilités générale et spéciales) des hystériques en état cataleptique ; il a observé à nouveau les phénomènes de suggestion très curieux, dans lesquels on produit à volonté, pour une moitié du visage, l'expression de la gaieté et dans l'autre celle de la tristesse, en déterminant une impression première différente de chaque côté du corps. Ces études l'ont conduit à considérer comme démontrables physiologiquement l'entre-croisement central des nerfs de sensibilité spéciale, fait qui, pour l'olfactif, par exemple, n'aurait pas été établi anatomiquement chez l'homme.

— M. *Chabry* a construit un appareil schématique représentant un poisson artificiel qui progresse dans certaines conditions : des deux pièces articulées qui constituent l'appareil, l'une doit présenter une longueur supérieure à l'autre pour que le mouvement de progression s'effectue. L'addition d'une lame membraneuse, souple, à la pièce la plus longue, ne modifie pas le phénomène de progression. Il résulte de là que la queue proprement dite du poisson n'a pas l'importance mécanique qui lui est généralement attribuée.

M. *Berl* fait justement remarquer qu'on entend ordinairement par queue du poisson une partie du corps beaucoup plus étendue et que dans la théorie courante de l'action impulsive et directrice de la queue on ne tient que peu de compte de l'appendice membraneux caudal.

— MM. *Straus* et *Chamberland*. Les expériences de Brauell, de Davaine, celles plus récentes de Bollinger, avaient toutes établi que la bactéridie charbonneuse ne peut franchir le placenta, et que, tandis que le sang maternel contient des bactéridies et est virulent, le sang du fœtus n'en contient pas et ne possède pas de virulence. MM. Straus et Chamberland eux-mêmes, dans leurs premières expériences (*Société de biologie*, 4 novembre) étaient arrivés à des résultats confirmant la loi de Brauell-Davaine.

Les expériences, plus nombreuses, faites par eux, et portant sur une vingtaine de femelles de cobayes pleines, mortes du charbon, leur ont donné aujourd'hui des résultats qui infirment cette loi et qui prouvent que la bactéridie *peut franchir* la barrière placentaire. Ces résultats ont été obtenus par la culture et par l'inoculation du sang fœtal.

En semant le sang des fœtus dans des flacons contenant du bouillon de veau neutralisé et stérilisé, un certain nombre

---

où l'on se fraye à coups de coude un passage à travers les ânes, les chameaux, les voitures, les bœufs, les moutons, les fellahs bruyants, les soldats anglais placides. On traverse le joli quartier d'Ismaïlié dans lequel on se croirait à Autcuil ou à la Muette, puis on va se reposer dans un des cafés de la place de l'Esbequié où des Arabes fument du hachich pour se procurer une légère torpeur fort agréable, tandis que d'autres aspirent dans leur narghilé des bouffées de grosses feuilles de tabac persan. Autour des tables circulent des marchands de tapis qui étalent leur marchandise à vos pieds, et à des prix fantastiques, que l'on peut du reste facilement diviser par dix. Puis leur succèdent des dompteurs de serpents ; ils tirent leurs bêtes d'un grand sac, commencent par les suspendre la tête en bas et les jettent sur le sol. Aussitôt le serpent dresse une partie de son corps, élargit sa tête et fait entendre un petit sifflement; le dompteur fixe constamment l'animal; enfin la séance finit par la sortie de deux ou trois petits scorpions qui se mettent à courir entre vos jambes. Et tout cela se passe au milieu d'une foule gaie, bruyante, remuante, bigarrée, que l'on regarde des heures entières sans s'ennuyer un instant. Décidément, l'Egypte est un charmant et bien curieux pays.

Dr X.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Sont chargés des cours auxiliaires ci-après désignés, pendant l'année scolaire 1882-1883, MM. les agrégés dont les noms suivent : M. Laure, *pathologie interne;* M. Chappuis, *chimie analytique*. — M. le docteur Rabot (François-Tony) est nommé, pour deux ans, chef de clinique médicale, en remplacement de M. Bird, dont le temps d'exercice est expiré. — M. le docteur Chambard est nommé, pour deux ans, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, en remplacement de M. Rebatel, dont le temps d'exercice est expiré. — M. le docteur Gangolphe est nommé, pour deux ans, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Pollosson, dont le temps d'exercice est expiré.

de ces flacons, placés à l'étuve, demeurent stériles, d'autres, au contraire, se remplissent rapidement de bactéridies en filaments. Le sang, dans ce dernier cas, contenait donc des bactéridies, quoique assez rares pour échapper à l'examen microscopique.

Tous les fœtus d'une même portée peuvent ne pas contenir la bactéridie, et le sang de l'un d'eux peut en renfermer, à côté d'autres dont la culture reste stérile. Le passage de la bactéridie au fœtus est donc possible, fréquent, mais non constant.

Les inoculations de sang fœtal à des cobayes a pu communiquer le charbon. Du sang, qui s'est montré charbonneux par la culture, a pu, dans certains cas, être inoculé sans résultat.

MM. Straus et Chamberland expliquent ce fait par le petit nombre de bactéridies contenu dans le sang fœtal et ils y voient une nouvelle preuve de l'innocuité de très petites doses de virus (ou de virus très dilué) mise en lumière par M. Chauveau.

Ces faits montrent aussi la supériorité, pour la recherche des microorganismes vivants, de la méthode des cultures, non seulement sur l'examen microscopique, mais encore sur l'inoculation, puisque la première donne des résultats positifs, là où l'inoculation peut ne rien donner.

La loi de Brauell-Davaine n'est donc pas exacte, puisqu'elle généralise un fait particulier; mais, comme le remarquent MM. Straus et Chamberland, ce fut là une erreur heureuse et utile à la science, puisqu'on l'a sans cesse invoquée à l'appui de la théorie parasitaire des maladies infectieuses, comme une expérience de filtration naturelle et comme une preuve évidente que, dans la maladie charbonneuse, la virulence est inhérente à la bactéridie et non à un poison soluble.

MM. Straus et Chamberland appellent l'attention sur la lumière que cette notion nouvelle de la possibilité du passage de la bactéridie de la mère au fœtus peut jeter sur certains faits d'immunité de l'agneau nouveau-né à la suite des vaccinations charbonneuses pratiquées sur des brebis pleines. Leurs recherches actuelles ont pour but d'élucider ce point.

REVUE DES JOURNAUX

De l'élévation de la température centrale dans la chlorose (fièvre des chlorotiques), par M. HUMBERT MOLLIÈRE, médecin des hôpitaux de Lyon.

On désignait autrefois la chlorose sous le nom de *febris alba;* mais cette dénomination ne s'appuyait que sur des observations sans valeur scientifique, puisque l'accélération du pouls était seule considérée comme caractéristique de la fièvre et qu'on supposait, théoriquement il est vrai, que chez les chlorotiques la température s'abaisse. C'est ce que semble admettre Lorain, c'est ce que soutient Peter. D'autres auteurs, tels que Immermann, Wunderlich, etc., tout en constatant les irrégularités thermiques que l'on peut observer dans les cas d'anémie et de chlorose, n'ont jamais signalé, chez les chlorotiques, une élévation persistante de la température centrale. Des observations en nombre relativement suffisant (elles portent sur 8 malades) ont permis à M. le docteur Humbert Mollière, qui a été assisté dans ses recherches par son interne M. F. Leclerc, de faire voir que la température centrale chez les chlorotiques est toujours assez élevée, dépassant parfois 39 degrés, oscillant entre 38°,8 et 39°,4, ne descendant jamais au-dessous de 37 degrés. Malgré cette hyperthermie, la proportion d'urée contenue dans les urines n'a jamais paru exagérée. L'action des agents antipyrétiques abaisse cette température, mais cet abaissement n'est que très momentané et la température se relève aussitôt que l'on cesse l'administration du médicament antipyrétique. En résumé, le fait principal de ces nouvelles recherches paraît être l'exagération constante de la température centrale, c'est-à-dire la constatation expérimentale d'une fièvre continue chez les chlorotiques. (*Lyon médical*, n° 50, 10 décembre 1882.)

BIBLIOGRAPHIE

I. **Le Monde des Rêves**, par M. le docteur P. Max SIMON, médecin en chef à l'Asile public d'aliénés de Bron. 1 vol. in-12. — Paris, 1882. J.-B. Baillière.

II. Article **Songe**, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, par M. le docteur A. DECHAMBRE. Broch. in-8°, 1881. — Paris, G. Masson et Asselin, éditeurs.

Il est peu de questions sur lesquelles on ait plus écrit que sur celle du sommeil et des rêves. De tout temps, médecins et philosophes,— sans compter les oniromanciens, — se sont à l'envi occupés de la solution du problème si difficile des songes, des conditions de leur production, de leur signification, de leur rôle dans les maladies, etc. Toutefois, ce n'est guère que de nos jours que ce sujet a été traité d'une manière vraiment scientifique, en dehors de toute préoccupation du merveilleux et de toute tendance métaphysique.

M. Alfred Maury, de l'Institut, est le premier auteur qui, en France, ait appliqué la méthode expérimentale à l'étude du sommeil et des rêves. Son livre, aujourd'hui classique, est sans conteste un chef-d'œuvre de fine analyse psychologique, basée sur des observations exactes et d'habiles expériences; le merveilleux, qui se glisse aisément en pareille matière, y est, pour ainsi dire, percé à jour : élagué, lorsqu'il est le fait de la supercherie; expliqué scientifiquement, s'il n'est que le résultat d'une interprétation surnaturelle d'un fait naturel. L'ouvrage de M. A. Maury a fait école; il a démontré par un exemple l'influence que peut avoir sur les progrès des études psychologiques, la substitution de l'observation extérieure et de l'expérience à l'observation intérieure, seule méthode suivie jusqu'alors.

Les deux travaux dont les titres sont inscrits en tête de cet article bibliographique, s'inspirent de cet esprit éminemment scientifique. Le premier en date, — l'article SONGE, de M. Dechambre,— est divisé en cinq parties : dans les trois premières, l'auteur étudie successivement les caractères subjectifs du rêve, les éléments dont il se forme, et enfin les théories physiologiques qui ont été données pour l'expliquer. Pour le premier point, il fait ressortir que le rêveur et l'homme éveillé jouissent tous deux de leur volonté, des facultés d'attention et de jugement, ils sont portés à l'acte, etc.; et cependant ils diffèrent essentiellement l'un de l'autre. En effet, « le premier ne dispose plus, comme le second, de cette activité libre, différant de la propension instinctive ou impulsive, en vertu de laquelle nous délibérons et nous nous déterminons, et qui nous rend maîtres de tout notre être spirituel et physique. »

L'étude de la matière du rêve donne à M. Dechambre l'occasion de discuter à nouveau la théorie de M. J. Moreau (de Tours). On sait que cet éminent aliéniste, dans son curieux livre sur *le Hachisch et l'aliénation mentale,* enseigne qu'entre la folie et l'état de rêve il y a psychologiquement *identité absolue*, en sorte que tout homme aurait chaque nuit plusieurs heures de folie. M. Dechambre s'élève contre cette assertion; il accepte volontiers l'*analogie* entre les deux états, mais non l'identité absolue.

Pour ce qui concerne la théorie physiologique du rêve, notre savant rédacteur en chef se range volontiers à l'avis de ceux qui admettent une distribution inégale des activités cérébrales; mais il ne voit pas dans celle-ci la cause spéciale

et directe de l'incohérence qui s'observe dans les songes. « Le rêve, dit-il, est rarement local, et se forme d'habitude par l'association d'idées ou de groupes d'idées empruntées à des parties diverses du cerveau. Ces idées sont déjà fausses et incohérentes avant de se rencontrer; mais il est naturel que leurs degrés différents de vivacité impriment au rêve des physionomies différentes. »

L'étude du rêve dans les maladies et en particulier dans les maladies mentales mérite d'attirer l'attention des pathologistes. M. Dechambre n'a fait que l'ébaucher; il lui était difficile de faire davantage, étant donnée l'insuffisance des documents. On se rappelle le médecin de Molière demandant à M. de Pourceaugnac de quelle nature sont ses songes. — De la nature des songes, lui répond l'avocat limousin. Le médecin d'aujourd'hui ne doit pas se contenter d'une telle réponse; mais il recherchera avec soin la nature des rêves des malades et leur corrélation avec telles ou telles maladies. M. Dechambre a rendu service à la science médicale en appelant l'attention sur cette importante question, et il est vivement à souhaiter que les cliniciens appliquent leur sagacité à l'étude de ce sujet qui certes ne manquerait pas d'intérêt.

Le livre de M. P. Max Simon embrasse un plus grand nombre de questions. Sous le titre de *Monde des rêves*, il étudie non seulement le rêve proprement dit, mais encore plusieurs autres phénomènes qui ont quelque analogie avec lui, tels que l'hallucination, le somnambulisme, l'extase, etc. Pour l'auteur, il y a entre ces divers états plus que de l'*analogie*, il y a *identité*. « On est assez porté à croire, dit-il en effet dans sa préface, que les phénomènes qui constituent le souvenir, l'imagination, le rêve, l'hallucination, sont essentiellement différents. Nous espérons que le lecteur, après avoir lu le présent ouvrage, sera amené à penser qu'entre des divers ordres de manifestations mentales il n'y a guère qu'une différence de degré et que c'est par le même mécanisme, si je puis dire, qu'elles se produisent. En même temps que j'ai essayé de montrer l'identité de ces phénomènes, que j'ai cherché à établir quelques-unes des lois qui président à leur production, je me suis efforcé de pénétrer leur nature, qui paraît consister en des modes de mouvements. »

Deux idées mères semblent donc avoir guidé M. Max Simon dans la composition de son livre: démontrer d'une part l'identité du mécanisme de tout cet ensemble de manifestations mentales, dont il fait le monde des rêves; arriver à prouver d'autre part que tous ces phénomènes ne sont, par essence, que des modes de mouvements.

Pour ce qui concerne la première de ces thèses, il n'eût pas été sans intérêt pour le lecteur de trouver réunis dans un chapitre spécial ces caractères communs qui servent à établir l'identité des divers phénomènes décrits dans l'ouvrage. Le mécanisme de toutes ces manifestations mentales est le même, nous dit-on; raison de plus alors de nous en donner une description générale, soit qu'elle précède, soit qu'elle suive l'énumération des faits. Ces faits, nous nous empressons de le reconnaître, sont choisis avec soin et groupés avec art afin de porter la lumière dans l'esprit du lecteur, et ce n'est pas un mince éloge qu'on puisse faire d'un tel livre.

C'est par l'étude du rêve, le phénomène le plus simple, le plus fréquent, que commence l'ouvrage. Ses caractères généraux, leur genèse, etc., sont décrits avec le plus grand soin. M. Max Simon, imitant en cela Aristote qui a écrit un *Traité de la divination dans le sommeil*, a cru devoir consacrer plusieurs pages aux songes prophétiques; nous ne le suivrons pas sur ce terrain, malgré la tentative d'explication scientifique qu'il essaye de donner des faits qu'il cite à ce sujet. — A la description du rêve succède celle des hallucinations, et tous les sens sont sucessivement passés en revue. Il n'y a guère qu'à louer dans ces pages qui dénotent la compétence de l'aliéniste; cependant, nous nous permettrons une légère critique. Dans le chapitre sur les hallucinations de la sensibilité, l'auteur parle des individus qui se sentent devenir légers, qui croient être emportés dans les airs, etc. Est-ce là, comme le croit M. Max Simon, un trouble hallucinatoire de la sensibilité générale; ou bien, ne faut-il pas voir plutôt dans ces sensations bizarres des hallucinations du sens musculaire? Nous croyons devoir nous ranger à cette dernière opinion qui nous semble plus conforme aux données actuelles de la physiologie des sensations. — Après un chapitre intéressant sur les hallucinations hypnagogiques, l'auteur étudie successivement le somnambulisme et la vision somnambulique, l'extase, l'hypnotisme, l'illusion, puis les hallucinations produites par certaines substances toxiques, telles que l'opium, le hachisch et l'alcool, enfin, le ragle ou hallucination du désert.

C'est dans le dernier chapitre du livre, intitulé « le cerveau et le rêve », qu'il faut chercher surtout les idées de M. Max Simon sur la nature des phénomènes qu'il vient de décrire, et sur ce qu'il entend par « les modes de mouvements » qui semblent les produire. Avec tous les physiologistes, il localise dans les couches corticales du cerveau les facultés intellectuelles; c'est là « le lieu de condensation, d'emmagasinement des images que les sens recueillent à chaque instant dans le monde extérieur ». Cette donnée étant acquise, voici comment l'auteur explique l'hallucination. « Nous avons, dans la couche corticale, dit-il, un ensemble de cellules où se trouve une image en puissance, si je puis dire. Mais voici ces cellules, par suite d'une des causes dont j'ai parlé plus haut, — volonté, excitation venant du cerveau, de la périphérie, *d'un point quelconque de l'organisme*, — de nouveau mises en action, et alors l'image, qui correspond à cet état actif des cellules, va parcourir les fibres blanches conductrices dans la direction de la couche optique et du sens. Si le mouvement est faible, s'arrêtant à la couche optique ou ne parvenant à l'organe sensoriel qu'extrêmement atténué, nous avons le phénomène auquel on a donné le nom de *mémoire*, de *souvenir*. Si l'ébranlement est plus considérable, arrivant jusqu'au sens sans avoir rien perdu de son intensité, l'appareil étant mis à nouveau dans l'état où il était lors de la perception réelle, l'hallucination est constituée. » Ce sont donc les mouvements, les vibrations, les ondulations des fibres et des cellules nerveuses du cerveau, qui produisent l'hallucination, en y ajoutant, bien entendu, un état spécial de la circulation cérébrale.

Cette explication peut être discutée au point de vue de son plus ou moins de justesse; mais telle qu'elle est, elle présente en somme un caractère scientifique, puisque ses éléments sont tirés des lois ordinaires de la physiologie; néanmoins, M. Max Simon ne semble pas se tenir pour satisfait. Au-dessus de ce mécanisme, il place un fluide impondérable, l'éther, qui est le « moteur intermédiaire dans le système nerveux »; et, enfin, au-dessus de ce fluide se trouve « la vraie maîtresse de ce clavier aux touches infinies », cette maîtresse est une autre force, une autre puissance, l'âme humaine. N'étant pas métaphysicien, nous ne suivrons pas l'auteur sur ce terrain glissant; nous n'aurons même pas l'indiscrétion de lui demander comment il concilie l'action de ces deux impondérables dans le cerveau humain avec ses théories purement mécaniques.

Ces échappées vers le transcendantalisme, n'ôtent rien à la valeur scientifique de l'œuvre de M. Max Simon. On peut ne pas être d'accord avec lui sur la manière d'interpréter les faits; mais on est obligé de reconnaître qu'il a mis au service des idées qu'il a développées un véritable talent d'exposition. Son livre se recommande surtout aussi par la clarté du style et par l'absence de ces néologismes qui rendent souvent si difficile la lecture des ouvrages de la psychologie contemporaine.

Ant. Ritti.

VARIÉTÉS

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Cours de pathologie et de thérapeutiques générales.* — En annonçant l'ouverture du cours de M. Straus, nous avons omis d'indiquer le sujet de ses leçons. Le suppléant de M. Bouchard traitera cette année un sujet qu'il a particulièrement étudié : *Etiologie et prophylaxie des maladies :* infections; contages; virus; miasmes; atténuation des virus et vaccinations; immunité.

CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT. — Les résultats de ce concours sont : *Première division* (internes de 3e et de 4e année) : médaille d'or, M. Netter; médaille d'argent, M. Siredey; première mention, M. Duplaix. — *Deuxième division* (internes de 1re et de 2e année) : médaille d'argent, M. Richardière; accessit, M. Ricard; première mention, M. Darier; deuxième mention, M. Gallois.

MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX. — M. le docteur Berger passe à l'hôpital de Bicêtre, en remplacement de M. Gillette, et M. le docteur Pozzi passe à Lourcine, en remplacement de M. Berger.

CONSEIL MUNICIPAL. — La commission du budget s'est réunie samedi au pavillon de Flore pour examiner le budget de l'Assistance publique. Invité par un des membres de la commission à faire connaître son opinion sur l'opportunité de la création d'un hôpital-hospice, M. Quentin, directeur de l'Assistance publique, a déclaré qu'un établissement de cette nature serait appelé à rendre les plus grands services. Il y a, à l'heure actuelle, plus de 1500 demandes d'admission dans les hospices classées par la commission comme étant très urgentes. Ces vieillards devraient être placés immédiatement si la place ne faisait défaut. Si l'on ajoute à ce chiffre les demandes reconnues admissibles (urgentes, 403; justifiées, 222), on arrive à un chiffre de 2125 indigents qui devraient pouvoir trouver place dans les hospices.

L'INDEMNITÉ DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HÔPITAUX. — Dans sa séance du lundi 11 décembre, la commission du budget de la ville de Paris a repoussé les propositions de l'administration de l'Assistance publique, relatives à l'augmentation des indemnités allouées aux médecins et chirurgiens des hôpitaux.

NÉCROLOGIE. — Le corps de l'internat en médecine vient encore d'être bien tristement éprouvé. Gabriel *Lecoq*, interne à l'hôpital Saint-Louis, est mort subitement dans la nuit du 17 au 18 décembre; il a succombé pendant qu'il faisait le service de la garde, au milieu de ses collègues désespérés. Il laisse parmi ses camarades, qui avaient su l'apprécier, de profonds et unanimes regrets.

— Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur *Bancel*, vice-président de l'Association des médecins de Meurthe-et-Moselle, décédé le 29 novembre, à l'âge de cinquante-neuf ans.

FIÈVRE JAUNE. — La fièvre jaune sévit avec intensité à Dakar et fait de nombreuses victimes. La quarantaine la plus sévère a été ordonnée entre Dakar et les principaux ports voisins. Les indigènes eux-mêmes n'ont pas libre pratique. Par contre, l'état sanitaire est heureusement satisfaisant à Gorée et à Rufisque.

VARIOLE. — Il résulte d'une correspondance du Cap, arrivée par Amsterdam, qu'une horrible épidémie de variole règne dans l'Afrique australe. Au Cap, écrit-on, la plupart des magasins sont fermés et les hôtels sont vides.

CHOLÉRA. — Le choléra a disparu du Japon après avoir commis de terribles ravages : 26000 personnes ont succombé en moins de six mois.

MORTALITÉ A PARIS (50e semaine, du vendredi 8 au jeudi 14 décembre 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1094, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 49. — Variole, 7. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 0. — Diphthérie, croup, 43. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 3. — Infections puerpérales, 4. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 42.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 212. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 70. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 57. — Bronchite aiguë, 45. — Pneumonie, 75. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 36; au sein et mixte, 25; inconnu, 2. — Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 105; de l'appareil circulatoire, 70; de l'appareil respiratoire, 93; de l'appareil digestif, 44; de l'appareil génito-urinaire, 17; de la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 3; infectieuse, 3; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 37. — Causes non classées, 11.

Conclusions de la 50e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1231 naissances et 1094 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1002, 1071, 1064, 1135. Le chiffre de 1094 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur au chiffre moyen des décès survenus pendant les quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès occasionnés par les affections épidémiques, fait ressortir : une atténuation pour la fièvre typhoïde (49 décès au lieu de 62, pendant la 49e semaine); une aggravation pour la diphthérie (43 décès au lieu de 34). A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 7 décès par variole (au lieu de 9), 16 par rougeole (au lieu de 14), 3 par scarlatine (au lieu de 4), 4 par infection puerpérale (au lieu de 5).

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la fièvre typhoïde (171 malades reçus du 4 au 10 décembre, au lieu de 185 entrés pendant les sept jours précédents), et supérieur pour la variole (17 au lieu de 14) et pour la diphthérie (18 au lieu de 17).

Dr BERTILLON,
Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

MOTTEROZ, Adm.-Direct. des imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES VENDREDIS

Paris, 28 décembre 1882.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE. — DE L'ADÉNOPATHIE SOUS-TRAPÉZIENNE. — DES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — LA CHAIRE DE PHYSIOLOGIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES.

La séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a entendu, mardi dernier, la lecture d'un certain nombre de mémoires d'un haut intérêt. On trouvera plus loin la reproduction intégrale de la note dans laquelle MM. Bouchard, Capitan et Charrin font connaître les recherches expérimentales grâce auxquelles ils paraissent avoir démontré le caractère parasitaire de la morve et la possibilité de son inoculation par les liquides de culture.

M. Ball a fait connaître les particularités anatomiques du crâne et du cerveau du sujet qu'il avait présenté, il y a six mois, à l'Académie sous le nom de Crétin des Batignolles et qui a récemment succombé ; c'est assurément un des exemples les plus curieux qu'on puisse citer de rachitisme de la boîte crânienne et du poids considérable du cerveau coïncidant avec la simplicité des circonvolutions.

Signalons aussi un intéressant mémoire de M. Onimus relatif à la contractilité utérine sous l'influence des courants électriques ; les praticiens y trouveront des considérations physiologiques dont il leur importe de tenir grand compte.

Enfin, M. Nivet a communiqué le compte-rendu des épidémies de maladies puerpérales qu'il a pu observer dans son service d'accouchements à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, ce compte rendu est surtout remarquable en ce qu'il montre comment, malgré des conditions hygiéniques des moins favorables, la mortalité de ce service a été considérablement diminuée grâce à l'usage des antiseptiques, et en particulier de l'acide phénique.

De l'adénopathie sous-trapézienne.

DEUXIÈME LETTRE A M. LE PROFESSEUR POTAIN (1).

(Suite et fin.)

Lorsqu'on rencontre à plusieurs reprises dans une même région du corps une affection présentant les mêmes caractères de siège, de forme et de rapports, on peut être assuré qu'il existe au point affecté une certaine disposition anatomique qui explique les apparences extérieures du mal. Il suffit, le plus souvent, de se rappeler l'anatomie topogra-

(1) Voyez les numéros 47, 48 et 51.

FEUILLETON

Chronique de l'étranger.

L'enseignement supérieur en Bohême : Tchèques et Allemands. — Universités hongroises : La chaire de médecine légale à Buda-Pesth. — Projet de création d'une nouvelle Université. — Comment on juge l'enseignement supérieur catholique en Hongrie. — Circulaire du ministre de l'intérieur hongrois relative à l'hygiène publique. — Nouvelle législation sanitaire en Bohême. Les Samarites et les médecins allemands.

Le principe le plus rationnel renferme en lui-même une rte de contradiction, un germe de mort, dont on découvre la longue l'importance.

Toute rien se torne en déclin,
Tout chiet, tout muet, tout vat à fin,
Homs muert, fer use, fust porrist,
Tur font, mur chiet rose flaistrit,
Tout ovre fet a mains perist,

disait en son naïf langage du douzième siècle, Wacce, le trouvère de Jersey. Ce qui est vrai pour les forces physiques l'est pour les idées, pour les conceptions qui servent de base à la politique. Depuis cinquante ans, on a parlé à tout propos du principe des nationalités ; nous avons fait une croisade en sa faveur ; il a servi de prétexte et de levier au diplomate le plus heureux et le moins sentimental de notre époque. C'est en vertu de ce principe dont l'idée de la patrie allemande n'est qu'une variante qu'on a préparé l'unité politique et militaire pour tous les hommes de même race qui vivent des bords de la Baltique à ceux de l'Adriatique. Voilà qu'aujourd'hui, un phénomène assez singulier et qui pourrait, à la longue, causer de sérieux embarras aux patriotes germains, se montre un peu partout. A force d'affirmer les droits des individus qui parlent la même langue, ont les mêmes besoins, les mêmes goûts, les mêmes traditions, on a fini par rappeler aux Tchèques de Bohême que leur idiome ressemblait à peu près autant à l'allemand qu'à la langue erse

phique et de rouvrir ses livres, mais si l'on n'est pas encore éclairé, il faut simplement reprendre le scalpel et voir soi-même ce qui se passe dans la région lésée. Peut-être même vaut-il mieux faire tout d'abord un tour à l'amphithéâtre et ne consulter les bouquins qu'après. Ainsi fis-je, et n'eus point à m'en repentir. Si vous voulez m'imiter, voici comment vous devrez procéder.

Sur un sujet jeune, modérément gras et moyennement musclé, enlever la peau et les couches sous-cutanées pour mettre à découvert le triangle sus-claviculaire; disséquer avec soin le côté postérieur de ce triangle, constitué par le bord supérieur et externe du trapèze, bord fort épais, arrondi, convexe et qui mériterait tout aussi bien le nom de face. Couper ce bord perpendiculairement à ses fibres, à distance à peu près égale de l'occiput et du sommet du moignon de l'épaule et le renverser en dehors, après l'avoir disséqué à sa face profonde.

On met alors à découvert une excavation triangulaire limitée en arrière par l'épine de l'omoplate, en avant par le tiers externe du bord postérieur de la clavicule; son sommet répond à l'angle de rencontre de la clavicule et de l'acromion, sa base tournée en dedans se perd dans le triangle sus-claviculaire et l'espace conjonctif sous-trapézien.

Le trapèze, avec ses insertions externes à la clavicule, à l'acromion, à l'épine scapulaire, ferme cette excavation du côté de la peau, tandis que la fosse sous-épineuse constitue le fond de cette loge; celle-ci renferme profondément le muscle sus-épineux qui remplit plus ou moins le sinus osseux du même nom, puis son aponévrose assez résistante, surtout en dedans, enfin, entre la face profonde du trapèze et la face superficielle du sus épineux, pour combler l'intervalle entre les deux muscles, une couche plus ou moins épaisse de tissu conjonctif, fortement chargé de graisse chez certains sujets, et qui en renferme toujours une certaine proportion, même chez les plus maigres.

Cette couche cellulo-graisseuse, continue en avant avec celle qui remplit le triangle sus-claviculaire, est traversée de dedans en dehors et d'avant en arrière par l'artère sus-scapulaire et par le nerf du même nom; le nerf marche en ligne droite, mais l'artère présente souvent des flexuosités assez marquées. Or, en suivant ce vaisseau et en examinant avec soin le tissu conjonctif qui l'entoure, on ne tarde pas à découvrir un ou deux ganglions lymphatiques du volume d'un petit pois, situés presque toujours à la même place, c'est-à-dire tout près du point où l'artère s'enfonce dans la profondeur, tout proche l'insertion du muscle omo-hyoïdien au bord supérieur de l'omoplate.

Sur huit sujets disséqués dans ce but, j'ai trouvé cinq fois les ganglions en question. Ce chiffre est insuffisant pour décider dans quelle proportion ils se rencontrent, mais la chose est sans importance au point de vue où je me place.

Donc il existe dans l'étage supérieur de la fosse sus-épineuse, sous le bord épais et concave du trapèze, à 4 ou 5 centimètres environ de l'angle rentrant formé par l'acromion et la clavicule, au moins un ganglion profond, accolé à l'artère sus-scapulaire, et ayant comme elle un siège précis et constant.

Ce ganglion, à ma connaissance, n'est pas spécialement indiqué dans les livres, mais il a été vu et figuré, entre autres dans la planche insérée à la page 893 du *Traité d'anatomie descriptive* de M. le professeur Sappey, comme le plus inférieur d'une petite chaîne qui court sous le bord du muscle trapèze. Il est surtout exactement reproduit sur une fort belle pièce artificielle en cire, de Lemonnier (de Rouen), qui est au Musée Orfila sous le n° 168; il est accolé à l'artère sus-scapulaire.

Étant l'autre jour à l'amphithéâtre d'anatomie avec MM. Duplay et Marchand, je leur montrais le ganglion en question que je venais de disséquer. M. Duplay me dit alors que M. Rouilly, l'un de nos jeunes chirurgiens les plus distingués, connaissait ce ganglion et savait quelque chose de sa pathologie. S'il en est ainsi, notre collègue fera bien de nous en faire part.

Supposons maintenant, par la pensée, un gonflement assez considérable de ces ganglions et de l'atmosphère celluleuse qui les entoure; voici comment se révélera la tumeur. Arrêtée dans son développement en bas par le muscle sus-épineux et le plan osseux qu'il recouvre, en arrière par les insertions du trapèze à l'épine de l'omoplate, en avant par la clavicule, elle proéminera nécessairement en haut. De ce côté, il est vrai, elle rencontrera le bord concave du trapèze, mais elle le soulèvera, s'en coiffera, et comme confondue avec lui, fera une saillie arrondie à la limite postérieure du triangle sus-claviculaire.

Elle suivra naturellement les mouvements passifs du scapulum; elle sera peu mobile, étant enclavée à sa partie profonde et bridée par le trapèze à sa partie superficielle; elle sera comprimée dans divers mouvements du bras, d'où la gène alors ressentie par les malades. Au cas où cette tumeur serait enflammée, ses rapports intimes avec le trapèze expli-

---

ou gaelique; que les souvenirs de leurs rapports avec leurs voisins sont des souvenirs de guerres féroces et d'oppression systématique; qu'on a chassé leurs rois, détruit leurs monuments, transformé leur culte, exproprié, après l'avoir brûlé, leur apôtre Jean Huss au profit du diacre Jean Népomucène; de sorte qu'aujourd'hui les Tchèques réclament ce qu'ont obtenu les Hongrois, l'autonomie et presque l'indépendance. Cette aspiration, parfaitement légitime, ne fait pas le compte de tout le monde. Il y a au sein de la grande patrie tudesque, des enclaves surprenantes; on n'y songeait guère aux temps du morcellement. Ces *flèches en chair allemande*, facilement tolérées alors, manifestent aujourd'hui leur présence par des symptômes difficiles à méconnaître.

Un des plus caractéristiques c'est le dédoublement de l'Université de Prague. Jusqu'à l'année dernière, les leçons se faisaient presque toutes en allemand. Aujourd'hui, la population tchèque a son école supérieure; il y a deux Universités, l'une qui continue les traditions de l'ancienne et une autre purement slave, rivale, presque ennemie de la première. Son existence est encore assez précaire; son enseignement incomplet. Elle n'a pas de Faculté de médecine, il est probable toutefois que si les fluctuations politiques le permettent, cette lacune sera promptement comblée. Un pas a même été fait dans cette voie; aujourd'hui, les étudiants bohémiens peuvent passer à leur Faculté nationale des sciences les deux examens de médecine dont les matières correspondent à son enseignement. Les Allemands cèdent difficilement le terrain; il paraît qu'autrefois le Collège des professeurs de Prague avait voix prépondérante dans presque toutes les nominations. Dans ce Collège, les idées panslavistes dominaient, tous les amis et les partisans du germanisme étaient systématiquement écartés, quels que fussent leurs services et leur valeur. Le Ministre de l'Instruction publique a fini par se débarrasser de cette tutelle parfois compromettante. Un des plus vieux *docenten* de l'Université, M. Petrina, Tchèque ami des Allemands, a été nommé professeur extraor-

queront comment ce muscle pourra, en se contracturant, élever le moignon de l'épaule et abaisser la tête. L'inflammation apaisée ou absente, il ne restera plus que le soulèvement passif du muscle; la tête et l'épaule ne seront plus déplacées.

Une telle tumeur résidant dans les ganglions lymphatiques chez de jeunes sujets, pourra, à la manière de toutes les adénopathies strumeuses, naître sans qu'on s'en doute, persister indéfiniment, prendre par hasard des allures aiguës, revenir ensuite à l'état chronique, résister plus ou moins longtemps au traitement, surtout si la nature du mal est méconnue.

Mais ne vous apercevez-vous pas, mon cher ami, que sans malade sous les yeux et au coin de mon feu, avec la seule notion anatomique, c'est-à-dire avec la connaissance d'un ganglion sus-épineux et de ses rapports, je viens de tracer à priori une description de l'adénopathie sous-trapézienne ou sus-épineuse, qui s'applique exactement aux quatre cas observés par moi sur le vivant, qui permet d'en interpréter les détails et qui explique également l'erreur dans laquelle j'étais tombé tout d'abord, erreur que je confesse humblement aujourd'hui.

J'avais été frappé de la similitude extrême des quatre tumeurs ; rien de plus naturel, le ganglion étant toujours à la même place, affectant les mêmes rapports.

Je n'ai observé l'affection que chez des jeunes filles, presque du même âge et dans les mêmes conditions de santé et d'aisance. Rien de semblable jusqu'à ce jour chez les filles pauvres et chez les garçons; il est bien probable que pour les unes et les autres cette prétendue immunité sera démentie quand on regardera de plus près (1). Mais je m'explique ma série. Les jeunes filles du monde sont l'objet d'une surveillance très attentive, et la moindre dysmorphie dans les régions apparentes du corps préoccupe aussitôt les mères, qui s'empressent de consulter. Chez les mêmes jeunes filles de la classe aisée on découvre souvent les épaules qui sont ainsi exposées à l'action directe du froid.

C'est précisément le refroidissement qui deux fois au moins fut accusé d'avoir produit le mal. Ceci m'a fait prendre le change et j'ai cru à une contracture rhumatismale. Aujourd'hui je comprends que le froid avait pu tout aussi bien enflammer les glandes lymphatiques; il est coutumier du fait pour d'autres ganglions du cou.

(1) Des recherches sont faites en ce moment à l'hôpital des Enfants, dans le service de mon excellent collègue et ami le docteur Lannelongue. Les résultats, quels qu'ils soient, me seront communiqués.

J'ai eu évidemment tort de localiser l'affection dans le trapèze, mais je puis plaider les circonstances atténuantes. La tumeur, en effet, semble faire corps avec le muscle qui l'embrasse étroitement. Ce même muscle peut être simultanément contracturé comme dans la deuxième observation qui m'a précisément jeté dans l'erreur. Cette contracture était manifestement secondaire, je l'ai jugée primitive; rien ne me dit que Duchenne (de Boulogne) n'est pas tombé lui-même dans une semblable méprise à propos de la jeune fille de l'observation CCV (*De l'électrisation localisée*, 2e édition, 1861, p. 889).

Ce cas est donné comme un exemple de contracture pathologique de la portion claviculaire du trapèze. Or, voyez si l'adénopathie, notée ici en passant, ne pourrait pas être accusée d'avoir au moins provoqué cette contracture.

La jeune fille, de treize ans et demi, non réglée, bonne constitution, n'ayant eu ni rhumatisme ni convulsion, ayant été, en septembre 1851, exposée à un froid assez vif, fut prise subitement d'un torticolis avec angine tonsillaire. Quinze jours après, tout paraissant guéri, la jeune fille retourna à sa pension. Nouveau refroidissement, réapparition du torticolis, qui paraît de peu d'importance. Cependant, le mal se prolongeant, on employa des révulsifs cutanés et des pommades résolutives. Les mouvements de la tête restent très incomplets. A l'arrivée à Paris, deux mois après la rechute, tête inclinée à droite vers l'épaule, flexion et inclinaison latérale presque impossibles. Les mouvements communiqués provoquent des douleurs très vives vers les attaches supérieures du trapèze droit; la colonne cervicale garde sa rectitude, les omoplates et les épaules sont au même niveau.

Pendant plusieurs mois, vésicatoires volants, frictions belladonées, fumigations de vapeur, amélioration légère. L'axe du cou s'incline à gauche, comme pour contre-balancer le déplacement de la tête à droite. *Des glandes assez nombreuses et peu volumineuses s'étaient développées sur les parties latérales du cou.* Le trapèze restait raide; on crut à une atrophie du sterno-mastoïdien, qui fut électrisé avec l'appareil à rotation; amélioration après chaque séance.

Quelques symptômes de chlorose nécessitèrent l'emploi des ferrugineux; les glandes disparurent, mais la déviation de la tête persista, due à la contracture de la portion claviculaire du trapèze. Plus tard, cette jeune fille a été guérie par la faradisation localisée du faisceau claviculaire du trapèze gauche.

J'ai traité ma seconde malade par le repos, l'immobilisation, les applications narcotiques et surtout la chaleur ; j'ai cru par

---

dinaire, MM. Eiselt et Weiss ont pu avancer d'une classe par le fait de l'initiative ministérielle.

Il faut avouer, du reste, qu'au point de vue des études médicales, les Slaves d'Autriche sont dans un état d'infériorité marquée. Les médecins allemands de Prague ont une Société active très bien organisée, des journaux estimés même à l'étranger. Avec de pareilles conditions, la lutte ne pourra commencer que d'une façon désavantageuse pour les Tchèques.

Il n'y a dans le semestre actuel que 9 cours professés en leur langue, tandis qu'on en compte 72 en allemand. A l'infériorité du nombre, ils joindront celle de l'isolement scientifique et d'une culture moins avancée puisqu'elle est plus récente.

Les mêmes inconvénients existent dans le royaume de saint Etienne ; ils sont même plus sensibles, car l'expérience date de plus longtemps. Dans les Universités hongroises, l'enseignement se donne en langue magyare. Qu'arrive-t-il ? c'est que tout le travail fait de ce côté est à peu près perdu pour le monde. Le seul organe qui arrive jusque dans l'Europe occidentale, c'est la *Gazette de médecine* allemande de Pesth ; et cet état de choses se prolongera jusqu'au jour peu éloigné, espérons-le, où l'importance des ouvrages des savants hongrois obligera les autres pays d'apprendre leur idiome. En attendant, le Ministère éprouve parfois de singuliers embarras pour concilier le sentiment national et la science lorsqu'il s'agit de nommer un titulaire pour une chaire vacante. Celle de médecine légale de Pesth l'est actuellement, paraît-il, et l'on parle pour l'occuper d'un professeur de l'Université de Kolosvart (Klausenburg).

Les journaux de Vienne accueillent assez mal ce projet. Aujourd'hui, l'étude de la médecine légale est plus pratique que théorique; on ne la concevrait guère sans salles d'autopsie, sans laboratoires. Il paraît qu'à Kolosvart on s'en tient encore à l'ancienne manière, un cours verbal par semaine et c'est tout. Ce n'est pas une préparation suffisante

ces moyens avoir obtenu la résolution d'un spasme alors que j'avais simplement guéri une inflammation légère.

Deux fois j'ai repoussé l'idée d'une opération, et, sous ce rapport au moins, l'erreur commise sur la vraie nature du mal n'a pas été préjudiciable. Mieux éclairé aujourd'hui, je m'abstiendrais tout autant et ne me déciderais que bien difficilement à balafrer le cou d'une jeune fille pour une simple adénopathie. Au reste, mon cher ami, si vous voulez savoir pourquoi j'ai pris la plume, je vais vous le confier. Ce n'est point, je vous assure, pour ajouter à mon bagage scientifique la description d'une nouvelle adénopathie; mais voyant, à quelques jours d'intervalle, la question opératoire posée pour des cas où la thérapeutique non sanglante me paraissait amplement suffisante, puis réfléchissant au courant fâcheux qui pousse certains chirurgiens à dédaigner les cures patiemment obtenues, à vouloir aller vite quand même sous prétexte qu'on peut tout faire avec la réunion immédiate et le pansement de Lister, j'ai cru devoir crier : Halte-là! et avertir mes confrères qu'il existe dans la région du cou un genre de tumeur bénigne qu'il faut essayer de résoudre avant d'ouvrir sa trousse et de préparer l'héroïque protective ou l'infaillible iodoforme. Vous vous rappelez sans doute que j'avais donné un avertissement analogue à propos du pseudolipome.

Singulier chirurgien, allez-vous dire, qui arrête si souvent sa main et celle des autres!

En résumé, la tumeur sous-trapézienne ou sus-épineuse à votre choix, me paraît être une adénopathie, le plus souvent de nature strumeuse. On m'objectera peut-être que, si ma jeune Américaine était lymphatique et présentait d'autres engorgements ganglionnaires, les trois autres demoiselles semblaient bien constituées, et ne présentaient en tout et pour tout qu'une seule tumeur. Or il est rare que la scrofule ne sévisse que sur une seule région et n'y atteigne qu'un seul ganglion quand il en existe plusieurs. A quoi je répondrai que le froid peut enflammer les ganglions chez les sujets même exempts de scrofule, que chez mes trois premières malades les régions sus-claviculaires ne présentaient point d'engorgements ganglionnaires, mais que j'ai tout à fait omis d'examiner avec attention les autres districts riches en ganglions. Si l'on m'objectait encore que chez miss ... la tumeur a résisté à un traitement antiscrofuleux, et en particulier à deux étés passés au bord de la mer, je répondrais encore que deux ou trois fois on avait pu croire à la guérison, mais que le mal avait récidivé, peut-être d'ailleurs sous l'influence du massage qu'on avait associé à la médication interne et qui probablement a réveillé l'inflammation éteinte.

Notez d'ailleurs que je ne fais que proposer une hypothèse raisonnable et qu'en l'absence de constatation directe je fais mes réserves. Je reconnais en outre que nous n'avons pas encore pénétré tous les mystères pathologiques de la région latérale du cou. J'en pourrais citer pour preuve l'observation d'une dame qui n'est plus jeune, étant grand'mère depuis deux ans, qui n'est pas davantage lymphatique, étant au contraire arthritique, graveleuse, etc., et qui porte précisément sous le bord du trapèze et dans la fosse sous-épineuse une très grosse, très dure et très ancienne tumeur dont j'avoue ignorer complètement le point de départ, le siège et la nature. Consulté il y a sept ou huit ans, j'ai refusé d'opérer. Je ne m'en repens pas, car au lieu de s'aggraver, la tumeur paraît moins dure, moins grosse, et plus indolente que jamais. Nous engagerions volontiers le médecin ordinaire de cette malade, M. le docteur J. Michel, à recueillir son observation et à la publier ici, pour aider à débrouiller le chaos néoplasique du triangle sus-claviculaire.

A. Verneuil.

Des indications thérapeutiques dans la fièvre typhoïde.

(Premier article.)

Les médications nouvelles, dites antipyrétiques et antiseptiques ont-elles pris droit de cité dans le traitement de la fièvre typhoïde? Telle est la question que se posent un grand nombre de médecins en présence de la diversité et de la multiplicité des résultats annoncés et surtout des discussions qu'ils ont provoquées. Certes, le médicament spécifique de la fièvre typhoïde est encore à trouver et nul clinicien avisé ne se ferait fort à l'heure actuelle de faire avorter, de *couper* la maladie. Mais on ne saurait méconnaître que l'arsenal thérapeutique de la dothiénentérie s'est enrichi dans ces dernières années de médicaments efficaces, dont l'usage peut entrer dans la pratique courante et complète très heureusement le traitement des symptômes. Ces médicaments répondent à certaines indications qu'il importe de préciser afin d'éviter et les illusions et les déceptions qu'entraînerait leur emploi systématique.

---

pour le professeur d'une importante Université. Du reste, il faut de la bonne volonté et beaucoup de patriotisme pour accorder cette qualification à celle de Klausenburg. Le Gouvernement fondait sur elle de grandes espérances; elle est hongroise, très hongroise à tous les points de vue; sa situation à l'intérieur du pays la défend contre les importations étrangères; le malheur c'est que la vie scolaire y est à peu près nulle; son existence est plus factice que réelle; les jeunes gens n'y font qu'un court passage pour aller profiter des ressources plus étendues que leur offrent Buda-Pesth et Vienne. On avait songé un moment à créer à Presbourg une nouvelle Université; de récents événements ont rendu cette ville impossible. L'idée n'a pas été abandonnée, les catholiques l'ont reprise pour leur compte. Le clergé semblait placé dans d'excellentes conditions pour la mener à bien. Il est instruit, universellement estimé. Il paraît qu'en cet heureux pays tout prêtre est hongrois d'abord, romain ensuite ; il paraît que le sol est essentiellement réfractaire au développement de cette plante prolifère et dangereuse qu'on appell ailleurs l'ultramontanisme. Malgré cela, les libéraux n voient pas d'un œil favorable le projet de création d'un tel établissement. « Les conquêtes de la Science y resteraient presque fatalement lettre morte, dit l'auteur d'une correspondance de Buda-Pesth à la *Gazette hebdomadaire de Vienne ;* leur explication ne pourra guère être faite au point de vue des doctrines scientifiques modernes car pour cela l'indépendance est indispensable; il faut une liberté de parole et d'appréciation que ne saurait admettre une école confessionnelle. Sur quelle base le savant fondera-t-il ses recherches s'il doit accepter en aveugle des dogmes avec lesquels il se trouvera des millions de fois en contradiction?»

Les étudiants seraient eux-mêmes dans de mauvaises conditions. La discipline, la surveillance relative à l'accomplissement des devoirs confessionnels, l'enseignement religieux dissimulé sous le titre d'enseignement moral, entravent les jeunes intelligences dans leur développement. Il n'y a qu'à

I

Les indications thérapeutiques générales de la fièvre typhoïde trouvent leur source dans les formes de la maladie. Celles-ci sont infiniment variées suivant leur intensité et suivant la prédominance de certains symptômes et, n'était l'unité de la cause morbide et de la lésion, on serait tenté de rejeter toute assimilation entre les formes atténuées qui commencent au typhus abortif et les formes graves dont la fièvre ataxo-adynamique est le type le plus saisissant. A plus forte raison la médication ne saurait-elle être la même dans tous les cas.

Il ne viendrait à l'esprit d'aucun médecin expérimenté d'instituer un traitement actif dans les formes légères de la fièvre typhoïde. Une hygiène attentive, quelques purgatifs légers subordonnés dans leur fréquence à l'état de la langue et à l'intensité de la diarrhée, des lavements quotidiens feront ici tous les frais du traitement. Mais ces prescriptions générales suffiront-elles au malade et au médecin dans ces formes moyennes de la dothiénentérie qui, sans se présenter avec les allures alarmantes de la fièvre ataxo-adynamique, s'accompagnent de températures élevées, atteignant 40 et 41 degrés, de céphalalgie vive et persistante avec délire nocturne, d'albuminurie précoce et abondante? Peut-on abandonner à elles-mêmes ces formes hyperthermiques et souvent congestives.

Les troubles fonctionnels accusés par le malade justifieraient déjà à eux seuls une intervention thérapeutique active, car il demande à être soulagé et il peut l'être. Mais la médication, en pareil cas, doit être à la fois palliative et préventive, car il ne faut pas oublier que la persistance de températures élevées, surtout en l'absence de défervescence matinale, est pour les tissus une cause active de dégénérescence, pour l'économie tout entière une cause d'infection nouvelle en raison de l'élimination imparfaite des déchets de combustio n. Quand donc la température fait *plateau*, en se maintenant à 40 ou 41 degrés, il est prudent d'agir.

Les lotions d'eau froide ou d'eau vinaigrée répétées trois ou quatre fois dans la journée, combinées avec les lavements froids donnés matin et soir, sont quelquefois suffisantes pour abaisser la température et régulariser les défervescences. Toujours utiles, elles ne sauraient cependant répondre aux indications les plus pressantes, et trop souvent le résultat obtenu n'est que léger et fugace. Les médicaments antipyrétiques, grâce à leur action rapide et énergique, permettent heureusement de parer au danger, et leur administration facile et exempte d'inconvénients quand elle est bien dirigée, donne à peu de frais une amélioration très réelle.

De ces médicaments le plus efficace et le plus fidèle est l'acide salicylique dont notre maître, M. le professeur Vulpian, a récemment remis en lumière les heureux effets; les résultats qu'il a obtenus dans son service de l'Hôtel-Dieu sont consignés dans la thèse riche d'érudition et de faits de son élève M. Rabaud. Nous n'en relèverons ici que ce qui a trait au mode d'administration et aux effets thérapeutiques du médicament.

L'acide salicylique est donné en poudre, dans des pains azymes, par prises de 0,50 d'heure en heure. Le malade doit boire quelques gorgées de tisane ou de bouillon après chaque ingestion du médicament, afin d'éviter l'action irritante qu'il peut avoir sur la muqueuse de l'estomac. Les doses quotidiennes varient de 5 à 7 grammes. Chez l'adulte on peut débuter sans aucune crainte par la dose de 5 grammes, qu'on portera à 6 ou 7 grammes les jours suivants, si l'action antipyrétique n'est pas obtenue. La température s'abaisse quelquefois dès le premier soir, mais ordinairement la défervescence caractéristique se produit vers la fin du second jour. De 41 ou de 40 degrés, la température axillaire descend aux environs de 37; en même temps l'état général se modifie, le malade sort de sa torpeur, accuse avec satisfaction un mieux-être sensible; il n'a plus ni mal de tête, ni courbature, retrouve le sommeil et souvent demande à manger. Cette amélioration dure un ou deux jours au bout desquels la température tend à remonter. Il faut alors redonner le médicament si on l'a supprimé, en augmenter la dose si on l'a maintenu. Son action s'épuisant assez rapidement, il est préférable d'en interrompre l'administration vers le second jour de la défervescence, afin de lui laisser toute son efficacité pour les nouvelles ascensions thermiques que l'on ne peut en général éviter.

La médication salicylée ne présente aucun danger à la condition d'être surveillée. On peut observer, mais seulement chez certains malades prédisposés, quelques phénomènes de salicylisme qui se caractérisent par un délire léger et fugace, avec hallucinations de la vue et de l'ouïe. Les accidents cessent rapidement après la suppression du médicament. Des sueurs profuses accompagnant la défervescence et des bourdonnements d'oreille sont une conséquence plus fréquente bien qu'inconstante de la médication. Dans un seul cas, M. Vulpian a observé un état de collapsus coïncidant avec une défervescence brusque de 4 degrés; le malade s'est

---

voir ce qui se passe dans les Universités catholiques françaises avec leur système raffiné d'ingérence du professeur dans la vie de l'élève, avec leur surveillance perpétuelle, avec leur soin rigoureux pour ce qui touche aux exercices religieux. Tout cela est bien capable de faire prendre en horreur des Institutions pareilles» (.. *muss man die konfessionnelle Hochschule auf das Entschiedenste perhorresziren*).

La création d'un grand établissement catholique d'instruction supérieure en Hongrie ne paraît donc pas près de recevoir son exécution.

En attendant, le Ministre s'efforce de développer autant qu'il le peut la connaissance de l'hygiène publique et privée. Dans une circulaire récente aux membres du clergé il les invite à tâcher d'amener, autant que la chose est possible, leurs paroissiens à une bonne hygiène, à diriger les soins des malades, à combattre l'abus de l'eau-de-vie et des boissons alcooliques. Le Ministre regrette même que l'enseignement de l'hygiène ne fasse pas partie du programme des séminaires, et il se propose de l'y faire entrer prochainement.

En Bohême, une nouvelle législation sanitaire a été récemment mise en vigueur. Il y aura désormais soit pour une commune, soit pour plusieurs, un médecin chargé de la police sanitaire; le pays est divisé pour cela en districts administratifs correspondants à une population de 6 à 7000 habitants. Les autres dispositions sont relatives aux attributions du médecin, à la manière dont il doit dresser les contraventions et à la compétence des tribunaux.

— On s'inquiète, même en Autriche, d'un projet d'institution qui a pris naissance dans l'Allemagne du Nord. La Société de la Croix-Rouge compte, comme on le sait, des sections nombreuses; elle a un personnel ayant reçu certaines notions applicables en temps de guerre. On voudrait créer une société analogue avec une sphère d'action différente. Les Samarites seraient destinés à porter rapidement secours

remis rapidement grâce à l'emploi des stimulants, alcool, café, injection sous-cutanée d'éther. L'administration prolongée du médicament peut encore produire, dans quelques cas, de l'intolérance stomacale avec tendance aux vomissements. Cet accident n'a d'autre inconvénient que de nécessiter l'interruption de la médication.

L'amélioration produite par l'acide salicylique est à peu près constante et l'on n'observe que très peu de cas réfractaires au médicament. Mais il ne faudrait pas s'exagérer ses heureux effets. Il soulage le malade, atténue certains symptômes, supprime les dangers de l'hyperthermie, c'est déjà beaucoup. Mais ce n'est pas un agent curateur, il n'abrège pas la maladie et malheureusement, tout en conservant son action antithermique, n'a aucune prise sur les accidents ataxo-adynamiques. Son indication peut donc être assez nettement formulée : il s'adresse aux formes hyperthermiques de la fièvre typhoïde et combat les dangers et les symptômes pénibles qui résultent des températures élevées et prolongées.

L'acide phénique et le sulfate de quinine prennent rang après l'acide salicylique à titre de médicaments antipyrétiques. Le premier, préconisé par M. Desplats, est administré en lavements à la dose de 1 à 2 grammes par jour. Son action est moins sûre et plus fugace que celle de l'acide salicylique, ainsi qu'il ressort des tracés thermométriques comparatifs des malades traités par les deux méthodes; d'autre part, son administration n'est pas toujours exempte de dangers et demande des réserves et des précautions. Les lavements phéniqués légers peuvent être néanmoins utiles comme désinfectants des matières fécales.

Le sulfate de quinine a toujours joui d'une certaine faveur dans le traitement de la fièvre typhoïde, mais son action antipyrétique n'est évidente qu'à la condition de le prescrire à fortes doses et surtout à doses massives de 2 à 3 grammes donnés en une ou plusieurs fois, dans l'espace d'une heure. C'est la méthode de Liebermeister qui recommande de donner le médicament le soir; de la sorte, l'effet de la quinine et la rémission normale du matin s'additionnent, et le but de cette médication est précisément d'obtenir de fortes défervescences matinales. Nous ne saurions donner un avis autorisé sur cette question actuellement en discussion, mais l'efficacité du sulfate de quinine ne nous paraît pas comparable à celle de l'acide salicylique qui, de tous les médicaments antithermiques, nous paraît le plus actif et le plus facile à manier.

En résumé, la médication antipyrétique nous paraît avoir sa place marquée dans le cadre thérapeutique de la fièvre typhoïde. Elle répond à une de ses indications capitales, et tout en laissant subsister le desideratum du médicament spécifique, elle met une arme nouvelle et puissante entre les mains du médecin. Mais les règles thérapeutiques établies par la tradition conservent toute leur valeur et les manifestations diverses de la maladie devront, comme par le passé, être surveillées et combattues par les moyens appropriés.

P. Merklen.

La chaire de physiologie de la Faculté de médecine de Lyon.

Nous avons expliqué déjà (*Gazette hebd.*, n° 9, p. 131 et n° 11, p. 170) ce qui s'est passé au moment où M. P. Bert, alors ministre de l'instruction publique, déléguait à Lyon le professeur de physiologie de la Faculté de Lille et imposait à cette Faculté, en qualité de professeur suppléant, un de ses préparateurs de la Faculté des sciences qui n'avait même pas le titre d'agrégé. M. P. Bert avait accordé à M. Picard, professeur de la Faculté de Lyon, un congé d'un an, valable jusqu'au 1er novembre 1882; il avait, contrairement à toutes les traditions universitaires et contre les droits des agrégés de la Faculté de Lyon délégué M. Morat, professeur à Lille, pour suppléer M. Picard. Il avait remplacé M. Morat, par son préparateur, M. Lafont. Toutes ces délégations, toutes ces nominations contre lesquelles ont protesté en vain tous les agrégés des Facultés de médecine de France devaient prendre fin le 1er novembre 1882. Or, voici que, contrairement à l'avis de tous ceux qu'il a dû consulter, malgré ces protestations que nous avons signalées jadis, M. Duvaux, ministre de l'instruction publique, ratifie les actes de son prédécesseur et continue à M. Morat la délégation qui lui avait été donnée. S'il ne s'agissait ici que d'une question personnelle, nous aurions plaisir à affirmer toute l'estime que nous inspirent le caractère et les travaux scientifiques de M. Morat. Nous savons depuis longtemps combien il est digne d'occuper une chaire de physiologie dans une Faculté quelconque. Mais nous savons aussi qu'il existe à Lyon un physiologiste distingué, très capable de remplir dignement des fonctions que, en sa qualité d'agrégé, il avait le droit d'ambitionner. Nous n'avons pas oublié non plus que le seul argument donné pour excuser M. Bert, consistait à déclarer

---

aux blessés civils en cas de catastrophe. L'idée ressemble singulièrement à celle de ce maire bien intentionné qui publia naguère un arrêté prescrivant le nettoyage des pompes communales la veille de tous les incendies. Les médecins n'ont pas pris la chose en plaisanterie; ils ne voient, dans les écoles de Samarites projetées, que des pépinières de praticiens irréguliers, nuisibles, par leur ignorance et leur zèle intempestif, s'ils sont honnêtes, plus nuisibles encore s'ils ne le sont pas et songent à se créer des ressources avec les notions plus que sommaires puisées dans les écoles nouvelles.

« Nulle part la demi-science n'est plus dangereuse qu'en médecine, disent les auteurs d'une lettre collective adressée au professeur Esmarch. Elle s'abuse presque toujours sur son propre pouvoir, et la chose arrivera d'autant plus sûrement dans le cas actuel qu'elle aura une apparence de sanction et de reconnaissance officielle. Le Samarite a prouvé son savoir par un examen, obtenu un diplôme qui paraîtra sûrement, à tout le monde et à lui-même, constituer une garantie de capacité sur les matières qu'il comporte. Ceux qui auront été chercher de bonne foi, et tout à fait en vue du but qu'on se propose, certaines connaissances indispensables dans les écoles de Samarites, qui auront acquis une certaine habileté dans la pratique des premiers pansements; ceux-là n'ayant que très rarement l'occasion d'en faire usage dans des circonstances prévues lors de la fondation des écoles, chercheront par d'autres moyens à montrer leur habileté. Ils seront entraînés, sans même en avoir conscience, à l'exercice irrégulier de la médecine. A côté de ces personnes on en trouvera d'autres animées d'intentions moins pures qui suivront les écoles de Samarites, avec l'espoir secret d'exercer impunément un petit négoce personnel sous le couvert de la charité chrétienne. Il n'y a pas longtemps que nous avons vu une enseigne ainsi conçue :

N. N. Samarite, breveté,
Premiers secours en cas d'accidents.

que M. Arloing n'était pas disponible et qu'on venait de créer expressément pour lui une chaire de physiologie à la Faculté des sciences. Or la nouvelle délégation confiée à M. Morat a précédé de quelques jours le vote par lequel la Chambre des députés refusait de nouveau la création de cette chaire. Nous dira-t-on encore que M. Duvaux se faisait quelques illusions à cet égard et que sa confiance dans l'habileté de M. P. Bert lui donnait le droit de refuser à M. Arloing la position qu'il mérite à tant d'égards?

Mais ces arrêtés ministériels, rédigés malgré l'avis des représentants les plus éminents de l'enseignement médical, ces actes d'arbitraire qui violent toutes les traditions, n'intéressent pas seulement ceux qui en profitent ou ceux qui en sont victimes. Ils ont un effet déplorable en ce sens qu'ils tuent l'agrégation de médecine, déjà si difficile à recruter. En reprenant aux agrégés de province pour les confier à des savants, étrangers aux choses de la médecine, les positions auxquelles de sérieux concours leur donnaient le droit de prétendre, le ministre de l'instruction publique condamne une institution que, dans une circulaire récente, il prétendait relever. Il est triste d'avoir à constater qu'un ministre que l'on devait croire indépendant, ait cédé à des instances dont il devait comprendre l'inopportunité et que ce fâcheux précédent justifie les plaintes de ceux qui constatent à regret l'abaissement du niveau des études de physiologie *médicale*.

L. L.

Contributions pharmaceutiques.

LINIMENTS CALMANTS

Voici deux formules de liniments calmants composées par M. le docteur Noel Gueneau de Mussy, et dont je recommande l'emploi à nos lecteurs.

J'ai eu maintes fois l'occasion d'en constater les effets salutaires.

Huile de camomille. / Alcool camphré....	āā......	45 grammes.
Essence de térébenthine.......		10 —
Chloroforme.................		12 —
Extrait de belladone.. / Extrait de jusquiame..	āā....	3 —
Extrait thébaïque............		4 —

On fait dissoudre à chaud les extraits dans une quinzaine de grammes d'eau distillée, et on ajoute cette solution aux autres liquides, préalablement pesés dans le flacon. Le mélange n'est pas homogène; il faut l'agiter avant de l'appliquer sur la partie douloureuse, que l'on recouvre ensuite de flanelle. Ce liniment a l'inconvénient de laisser sur la peau un enduit poisseux et noirâtre dû à la présence des extraits.

Lorsque les malades s'en plaignent, M. le docteur Gueneau de Mussy le remplace par le suivant :

Liniment de Rosen............		60 grammes.
Baume de Fioravanti..........		40 —
Essence de cajeput...........		12 —
Chloroforme........... / Laudanum de Rousseau. / Teinture de belladone.. / Teinture de jusquiame..	āā...	15 —

M. s. a.

P. V.

TRAVAUX ORIGINAUX

Histologie pathologique.

NOTE SUR LA CULTURE DU MICROBE DE LA MORVE ET SUR LA TRANSMISSION DE LA MALADIE A L'AIDE DES LIQUIDES DE CULTURE. Mémoire lu à l'Académie de médecine dans la séance du 27 décembre 1882. Par MM. BOUCHARD, CAPITAN et CHARRIN.

Nous nous proposons d'exposer dans cette note quelques résultats des recherches que nous poursuivons depuis le mois de novembre 1881 touchant la nature de la *morve*.

Après MM. Christot et Kiener, qui ont les premiers signalé en 1868 la présence de microbes dans les produits morveux, nous avons reconnu la présence de cet organisme non seulement dans les parties exposées à l'air telles que les ulcérations nasales et les abcès pulmonaires, mais aussi dans les parties non exposées : ganglions, rate, foie. La présence constante de ces organismes, revêtant partout les mêmes caractères, était une présomption en faveur du rôle pathogénique qu'ils peuvent jouer dans la production de la maladie. Pour démontrer que ce rôle leur appartient réellement, il fallait pouvoir reproduire chez l'animal, et en particulier chez l'âne, la maladie morveuse, en inoculant ces seuls microbes développés en dehors de l'organisme malade et sans mélange possible avec aucune particule provenant du corps de l'animal morveux. Il fallait donc procéder à l'aide de cultures successives.

Nous avons réussi à obtenir la multiplication des microbes

» Les Samarites rendront, de toute manière, de mauvais services ; qu'ils aient un but louable ou autre. Dans le premier cas, parce qu'ils se tromperont sur ce qu'ils peuvent faire; dans le second, parce qu'ils tromperont volontairement le public. »

Dr L. THOMAS.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE DE PARIS. — La Société de médecine et d'hygiène professionnelle de Paris vient de procéder au renouvellement de son bureau, qui se trouve composé ainsi qu'il suit pour l'année 1883 : *président*, M. Wurtz; *vice-présidents*, MM. Durand-Claye, Kœchlin-Schwartz, docteur Henry Liouville, docteur Proust; *secrétaire général*, docteur Henri Napias; *secrétaire général adjoint*, M. A.-J. Martin; *trésorier*, M. le docteur Thévenot; *archiviste-bibliothécaire*, M. le docteur Marchal; *secrétaires des séances*, MM. le docteur Du Claux, Henri Fauvel, le docteur Pasteau et De Thierry.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Le concours pour quatre places d'internes dans les asiles d'aliénés de la Seine vient de se terminer par la nomination de MM. Doyen, Duhamel, Devicq et Gaudry. Ont été désignés pour remplir les fonctions d'internes provisoires : MM. Ladouecette, Manière, Dupain et Grenier.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. Labéda, professeur de médecine opératoire, est chargé, en outre, du cours de pathologie externe à ladite Ecole.

des produits morveux de l'homme, du cheval et du cobaye, dans des solutions neutralisées d'extrait de viande, conservées à l'étuve à la température de 37 degrés. A l'aide d'ensemencements successifs, nous avons obtenu la pullulation du microbe pur de tout mélange jusqu'à la huitième culture. La multiplication ne s'observait pas dans les vases maintenus à l'abri du contact de l'air.

Des expériences préalables nous ont montré que la première et la seconde culture gardaient la propriété virulente du pus morveux.

Le 4 juillet 1882, M. Thiébaut, vétérinaire, nous autorise à recueillir des produits morbides sur un cheval morveux qu'on abat en notre présence. Au moment même et sur le lieu de l'autopsie, on ensemence des ballons avec un fragment d'un ulcère nasal; d'autres ballons reçoivent chacun un petit fragment de tubercule de la rate. Le lendemain, on prélève dans des tubes, immédiatement scellés, une portion de ces premières cultures que M. Arloing a l'obligeance d'inoculer à deux ânes le 10 juillet 1882. Le 19 juillet, neuf jours après l'inoculation, l'âne qui a reçu la première culture de l'ulcère nasal succombe et présente de belles lésions morveuses dans le poumon et dans les organes génitaux. Le 28 juillet, dix-huit jours après l'inoculation, l'âne qui a reçu la première culture du tubercule de la rate succombe également. On ne trouve pas de tubercule morveux dans les poumons, mais on constate des lésions ulcératives dans les premières voies digestives et respiratoires.

Déjà, le 3 novembre 1881, nous avions pu faire des cultures à l'aide du pus d'un abcès ouvert chez un homme farcineux dont l'observation a été publiée (thèse de M. Clément, Paris, 1881). Une deuxième culture de ce pus, inoculée à trois cobayes, produit chez eux une maladie qui, chez les deux premiers, entraîne la mort au bout de vingt et vingt-quatre jours avec des lésions morveuses pulmonaires et ganglionnaires. Le troisième cobaye est tué; il présente les mêmes lésions; un de ses ganglions sert à inoculer un âne qui semble rester indemne, mais qui, sacrifié trois mois plus tard pour une expérience physiologique, présente les lésions pulmonaires de la morve chronique.

Nous ne pouvions pas considérer ces faits comme concluants, parce que nous avions opéré à l'aide de premières et de deuxièmes cultures, et que la matière virulente déposée dans le premier liquide pouvait se trouver diluée dans la première et même dans la deuxième culture; qu'on pouvait donc avoir inoculé non des organismes développés dans les bouillons, mais des particules venues directement de l'individu morveux. Même une quatrième culture doit être de ce chef considérée comme suspecte.

Si l'on considère en effet que les cultures successives se font en ajoutant au bouillon un millième environ de la culture précédente; que dans certaines humeurs virulentes les microbes sont tellement pressés et tellement petits que chaque milligramme en peut renfermer un milliard, on comprendra que, à ne compter que les microbes préexistants dans l'humeur qui sert à la première sémination, il peut y avoir par centimètre cube de bouillon un milliard de microbes dans la première culture, un million dans la seconde, mille dans la troisième, un dans la quatrième, tandis que la cinquième culture a 999 chances sur 1000 pour ne pas contenir un seul microbe provenant directement de l'animal malade.

Nous avions donc l'obligation de recommencer les inoculations à l'aide de cinquièmes cultures. Nous reproduisons ici parmi un grand nombre, toutes également démonstratives, une série de ces inoculations.

Le 11 août 1882, avec une cinquième culture provenant de l'ulcère nasal d'un cheval morveux abattu le 4 juillet, on inocule un gros chat qui meurt le 5 septembre, vingt-cinq jours après l'inoculation. Il présente une tumeur suppurée du testicule gauche et des ganglions inguinaux du même côté. Le tissu morbide lardacé et purulent par places offre au microscope les caractères du tissu inflammatoire avec suppuration interstitielle.

Le 5 septembre, au moment même de l'autopsie, on inocule un fragment de ganglion de ce premier chat à une chatte qui meurt le 21 septembre, seize jours après l'inoculation, avec un chancre au point inoculé, des ganglions inguinaux tuméfiés et des abcès miliaires dans les poumons.

Le 21 septembre, à l'autopsie de cette chatte, on inocule un fragment de ses ganglions à un petit chat qui meurt le 28 septembre, sept jours après l'inoculation, avec un chancre au point d'inoculation, des ulcérations nasales avec perforation de la narine et abcès sous-périostique du nez, des abcès pulmonaires et des ganglions tuméfiés.

Le 27 septembre, le petit chat étant encore en vie, on inocule quelques gouttes de sérosité sanguinolente du gonflement nasal à un cobaye qui meurt le 28 octobre, trente et un jours après l'inoculation, avec un chancre au point inoculé, des ganglions inguinaux du même côté et des abcès pulmonaires entourés d'une zone hémorrhagique.

Le 1er novembre, M. Arloing inocule le pus d'un abcès pulmonaire de ce cobaye à un âne qui meurt le 11 novembre, dix jours après l'inoculation, les poumons farcis de nodules de morve aiguë.

Disons en terminant que la maladie morveuse, produite chez le cobaye par l'inoculation des cultures est absolument semblable au point de vue clinique comme au point de vue anatomique à la morve déterminée chez le même animal par les produits morbides enlevés directement sur le cheval. Disons enfin que les conclusions que l'on peut déduire des expériences qui précèdent se trouvent confirmées par d'autres expériences que nous ne croyons pas utile de reproduire et qui portent sur soixante et un animaux.

Si nous n'avons pas été victimes dans nos opérations ou dans nos interprétations de quelque cause d'erreur que nous ne soupçonnons pas, la morve serait la seconde maladie virulente de l'homme dont la nature parasitaire serait démontrée, cette démonstration n'ayant été faite jusqu'à ce jour que pour le charbon parmi les maladies virulentes qui atteignent l'espèce humaine.

Pathologie interne.

Note sur un cas de cirrhose mixte du foie, par MM. de Molènes et Giraudeau, internes des hôpitaux (1).

L'étude clinique et anatomo-pathologique des diverses variétés de cirrhose du foie a permis, dans ces dernières années, grâce aux travaux de MM. Hayem, Charcot, Hanot, etc., de les grouper sous deux chefs principaux qui ont reçu les noms de *cirrhose porte* et de *cirrhose biliaire*, et répondent à la majorité des cas observés. Quelques cas cependant, échappent à cette classification, tant par la nature des symptômes que par la topographie des lésions; c'est pour ces derniers que M. Dieulafoy, dans un travail publié ici même (*Gazette hebdomadaire*, 1881), a proposé le nom de *cirrhoses mixtes*, voulant montrer par là que l'ascite et l'ictère peuvent exister chez un même sujet, à l'autopsie duquel on trouve les systèmes porte et biliaire intéressés.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer, dans le service de M. le docteur Mesnet, un fait de ce genre qui, par sa marche peu habituelle et la rareté des lésions constatées au microscope, nous a paru digne d'être rapporté.

Obs. — A... (Joseph), manœuvre, trente-huit ans, est entré le 10 janvier 1882 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Mesnet, actuellement suppléé par M. Dreyfus-Brisac. Il a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à il y a environ un an. Comme

(1) Nous devons déclarer que ce mémoire, et un autre sur le même sujet, de MM. Hayem et Giraudeau, sont entre nos mains depuis cinq à six semaines.
(*La Rédaction.*)

maladies antérieures, en effet, nous ne pouvons signaler qu'une pneumonie, il y a dix ans. Son père est mort à cinquante-huit ans d'un traumatisme; sa mère, à cinquante-deux ans, de dysentérie. Il a un frère et une sœur, tous deux bien portants. Pas de syphilis, pas d'excès alcooliques, pas d'impaludisme; cependant le malade a travaillé très longtemps au bord des rivières, dans des pays marécageux, chargeant des bateaux de sable. Il n'a jamais eu d'accès de fièvre palustre, mais son travail était très pénible et son alimentation insuffisante. Ces causes de débilité générale ne doivent pas avoir été indifférentes dans le développement de la maladie. Jamais de coliques hépatiques.

Il est souffrant depuis un an environ. Sa maladie a débuté par des troubles digestifs: inappétence, digestion lente et pénible, constipation, quelques coliques abdominales; en même temps il s'aperçut qu'il devenait jaune; il n'y fit d'abord pas grande attention, attribuant cette coloration de la peau à l'action du soleil. Plus tard survinrent des épistaxis, d'abord peu abondantes, puis fréquentes et copieuses. En septembre 1881, il entra dans le service de M. Périer pour une blessure de la joue droite. Il eut alors successivement un érysipèle, puis une angine. Il sortit de l'hôpital; mais, voyant ses forces décliner chaque jour et son ventre augmenter de volume, en même temps que l'ictère s'accentuait, il rentrait le 10 janvier 1882 dans le service de M. Mesnet.

Ce qui frappe au premier abord en l'examinant, c'est la teinte ictérique très développée de toute la surface de la peau. Cette coloration est générale, mais tellement foncée à la face qu'elle rappelle la teinte bistrée de la maladie d'Addison. Le malade est petit, très amaigri; les masses musculaires des bras, des jambes, de la face sont très atrophiées; par contre, son abdomen est fort volumineux, contrastant ainsi avec la maigreur du reste du corps. Interrogé sur l'évolution de cet ictère et de cette hépatomégalie, il donne peu de renseignements: leur marche a été lente, progressive, et non par poussées successives.

La palpation du ventre est légèrement douloureuse; on sent très aisément le foie et la rate, dont le volume est considérablement augmenté. La matité, dans la région hépatique, mesure 16 centimètres en hauteur; le foie s'étend en outre considérablement dans l'hypochondre gauche, recouvrant presque complètement l'estomac. La circonférence abdominale la plus grande est de 92 centimètres, ce qui est considérable, étant données la petite taille et la maigreur de notre malade. La matité, dans la région splénique, mesure 14 centimètres en hauteur. L'un et l'autre organe ont leur surface lisse, non bosselée.

Il n'y a pas trace d'ascite, pas d'œdème des membres inférieurs. Tympanite légère, pas de circulation collatérale de la paroi abdominale. La peau est sèche, rugueuse, et le siége de démangeaisons assez pénibles. Les urines sont peu abondantes, ont une coloration brun-acajou foncé très marquée, contiennent des pigments biliaires sans sucre ni albumine.

L'appétit est médiocre; la langue jaunâtre, humide; la constipation ordinaire; les selles habituellement pâles, décolorées.

Le malade tousse depuis quelques jours; il est oppressé au moindre effort. A l'auscultation, nous percevons une respiration soufflante et quelques râles sous-crépitants fins aux deux bases.

Le pouls est petit, régulier, lent (65 pulsations). Les bruits du cœur sont extrêmement sourds, particulièrement à la pointe. A la base et au premier temps, on perçoit un souffle doux se prolongeant dans les gros vaisseaux du cou.

Il existe une xanthopsie légère. Quelques mois après nous apprîmes de notre malade que, depuis l'apparition de l'ictère, il s'était aperçu que sa vue, qui au jour était très bonne, se troublait subitement au crépuscule; la nuit, la cécité devenait presque complète, tellement que le malade ne pouvait se conduire dans la salle. Cette héméralopie a augmenté légèrement depuis, mais est restée à peu près stationnaire jusqu'à sa mort. Elle ne semble pas avoir procédé par poussées, ainsi qu'on l'observe généralement.

Le 15 janvier, analyse de l'urine. Quantité (vingt-quatre heures), 1 litre; urée, 18 grammes. Pas de sucre, pas d'albumine. L'acide nitrique détermine la coloration verte caractéristique.

Du 5 au 20 février, des épistaxis apparurent très fréquentes, très abondantes, qui épuisèrent beaucoup notre malade, déjà très fortement débilité.

Traitement: lait, extrait mou de quinquina, pilules de podaphylin, potion avec perchlorure de fer contre les épistaxis.

Le 2 mars, le malade, se croyant en meilleure santé, sortit de l'hôpital. Mais il rentrait quinze jours après, les forces lui faisant complètement défaut. En outre, l'appétit était à peu près nul. Pas de nouvelle épistaxis. Etat stationnaire de l'hypertrophie du foie, qui déborde de cinq travers de doigt les fausses côtes, et de l'ictère.

Aggravation de la bronchite et de la congestion pulmonaire des deux bases; toux persistante, surtout la nuit; pas d'ascite; pas d'œdème des membres inférieurs.

Du 25 mai au 15 juillet, nous constatons les symptômes suivants:

L'ictère reste stationnaire; les forces et l'appétence diminuent peu à peu; quelques pétéchies sur les parois abdominale et thoracique; pas d'épistaxis.

Le foie diminue insensiblement de volume et ne déborde plus que de deux travers de doigt les fausses côtes. De temps en temps œdème léger autour des malléoles. Urines rares, très fortement colorées, presque noirâtres; 500 grammes environ par vingt-quatre heures, malgré les diurétiques prescrits. Xanthopsie et héméralopie persistantes.

Du 15 juillet au 15 août, état à peu près stationnaire; le foie diminue insensiblement de volume. Le malade cependant se lève encore un peu dans la journée, mange fort peu, dort à peine, est très incommodé par la toux nocturne, rebelle aux médications. Puis le foie devient de moins en moins volumineux; les forces déclinent rapidement; l'amaigrissement, l'inappétence, l'insomnie s'accentuent.

Le 1er septembre, le foie ne déborde plus les fausses côtes, la matité de la région splénique est stationnaire; quelques épistaxis peu abondantes; œdème fixe des membres inférieurs assez considérable. Apparition de l'ascite, qui va en augmentant très rapidement les jours suivants. En même temps la circulation veineuse collatérale de la paroi abdominale apparaît et prend rapidement une extension assez considérable. Bientôt l'ascite est telle qu'on ne peut délimiter exactement le foie; l'œdème des membres augmente. Signalons encore une tympanite assez marquée, qui contribue encore à faire paraître plus considérable le volume du ventre; quelques noyaux d'apoplexie pulmonaire, une inappétence presque absolue, et enfin trois hématémèses peu abondantes survenues trois jours de suite, caractérisées par des vomissements de sang noirâtre non coagulé, mélangé à quelques aliments. Pas de fièvre; température normale; pouls petit, polycrote, peu fréquent.

Du 25 septembre au 8 octobre, survinrent de nouvelles hématémèses plus abondantes et quelques épistaxis; la débilité, l'insomnie, l'œdème augmentent, ainsi que l'ascite. Nous faisons une ponction le 9 octobre, et retirons 8 litres de liquide séreux fortement coloré en jaune, très albumineux. Le malade est un peu soulagé par cette ponction et respire mieux.

Mais le surlendemain survint une hématémèse considérable (500 grammes environ de sang noir aux reflets verdâtres). Il meurt le 11 octobre, quelques heures après, sans délire, sans convulsions, sans coma et sans fièvre. Jusqu'au dernier moment l'intelligence et la mémoire étaient restées intactes.

Dans les vingt derniers jours, il avait eu environ huit hématémèses, mais n'en avait jamais eu auparavant.

Autopsie le 13 octobre, vingt-quatre heures après la mort. — Le péritoine n'est pas enflammé; il présente une coloration jaunâtre peu foncée que l'on retrouve d'ailleurs dans tous les organes. Il contient environ 4 litres de liquide assez fortement coloré en jaune, mais clair, non purulent. Quelques adhérences peu résistantes dans la région hépatique, particulièrement au hile du foie. L'ouverture du tube digestif permet de constater les lésions suivantes: la muqueuse œsophagienne est congestionnée, rougeâtre, et présente dans toute son étendue de nombreuses veinosités saillantes, bleuâtres, gorgées de sang. Quelques-unes de ces veines variqueuses, qui sont surtout développées au niveau de l'orifice cardiaque, atteignent le volume d'un petit tuyau de plume. En aucun point nous n'avons constaté d'ulcération vasculaire. La muqueuse de l'estomac est également congestionnée, et laisse apercevoir quelques veines variqueuses, mais bien moins volumineuses que les veines œsophagiennes. L'estomac contient de volumineux caillots noirs et mous. Pas d'ulcération de la muqueuse. Rien de particulier dans la muqueuse intestinale, si ce n'est une coloration verdâtre très accentuée dans la seconde portion du duodénum. L'orifice intestinal du canal cholédoque est absolument libre.

Le *foie* est remonté sous les fausses côtes, il est petit, ratatiné, et présente extérieurement une coloration vert foncé des plus manifestes; il ne pèse que 1280 grammes. Au niveau de sa face convexe, nous observons un semis considérable de petites granulations fines, blanchâtres, presque transparentes, et également perceptibles au toucher. Le foie est d'ailleurs granuleux sur toute sa surface, mais ces granulations sont peu volumineuses et diffèrent considérablement des granulations typiques que l'on ren-

contre dans la cirrhose vulgaire. Elles sont particulièrement marquées au niveau du bord tranchant de l'organe, et leur volume dépasse celui d'un grain de millet.

Au niveau du hile du foie, on trouve plusieurs ganglions lymphatiques hypertrophiés, durs, mais n'obstruant en rien les voies biliaires, qui sont complètement libres. A la section, ils présentent une coloration verte, presque noire, très accentuée. La veine porte n'est point comprimée par les ganglions; la vésicule biliaire contient une petite quantité de bile noire et pas de calculs. Le canal cystique est libre. A la coupe, le tissu hépatique est extrêmement dur, résistant, crie sous le couteau; il présente une coloration vert foncé encore plus marquée qu'extérieurement. De grosses travées de tissu conjonctif épais, grisâtre, sillonnent l'organe dans toute son étendue. De ces travées conjonctives en partent d'autres plus petites, plus déliées, très irrégulières dans leur direction, mais en des points fort nombreux circonscrivant des îlots de substance hépatique verdâtre, formant, en un mot, des anneaux très manifestes.

La *rate* est énorme, triplée de volume; elle pèse 570 grammes; sa capsule est blanc grisâtre, coloration qui tranche étrangement sur celle de la pulpe splénique, qui est noirâtre, molle, en bouillie. Pas de péritonite périphérique.

Les *reins* ont leur volume et leur configuration extérieure normaux. A la coupe, nous constatons une coloration verdâtre au bassinet qui s'étend jusque dans un certain nombre de canalicules. Ils sont congestionnés : la substance corticale et la substance médullaire se délimitent difficilement. La décortication se fait aisément.

Les poumons présentent une congestion considérable, avec œdème des deux tiers inférieurs. Coloration verdâtre des gros canaux bronchiques. Quelques adhérences assez résistantes au niveau de la base du poumon droit. Le péricarde renferme environ 125 grammes de liquide clair assez fortement coloré en jaune. La surface viscérale de la séreuse présente au niveau du ventricule droit une couche légère d'exsudat fibrineux, signe de péricardite légère récente; mais, en outre, il existe sur toute cette surface des traces de péricardite ancienne, caractérisée par des plaques grisâtres nombreuses et assez épaisses, et des adhérences résistantes entre les deux feuillets de la séreuse.

Le cœur a un volume un peu au-dessous de la normale. Rien dans le cœur droit; mais à gauche nous constatons une rougeur assez notable de l'endocarde et un épaississement marqué de la valvule mitrale, dont les piliers ne semblent pas atteints. En outre, les valvules sigmoïdes aortiques présentent au niveau de leur bord libre un état réticulé très accentué. Ces valvules sont cependant suffisantes. Rien de particulier du côté des centres nerveux.

L'*examen histologique* du foie, pratiqué dans le laboratoire de M. le professeur Hayem et contrôlé par lui, montre à un faible grossissement (30 diamètres) que le tissu hépatique est constitué de deux substances d'aspect différent : l'une colorée en rose par le picro-carmin (la pièce avait été au préalable traitée par les réactifs ordinaires, acide picrique, gomme et alcool), représente le tissu conjonctif hypertrophié; l'autre, d'un vert sombre, correspond au parenchyme glandulaire.

Le *tissu conjonctif* occupe environ la moitié de la surface de coupe; il apparaît sous forme d'anneaux fermés de dimensions inégales, et analogues, au premier aspect, à ceux de la cirrhose porte. L'épaisseur de ceux-ci est variable, mais elle est partout considérable, et, d'une façon générale, elle est en rapport inverse de leur étendue. Du bord interne de chaque anneau partent un ou deux prolongements grêles qui s'enfoncent dans l'intérieur des lobules hépatiques; dans un petit nombre, ces prolongements rejoignent la paroi opposée de l'anneau conjonctif, de façon à diviser la surface qu'il circonscrit en deux moitiés latérales; mais, dans la plupart, ils ne dépassent guère le centre de la substance glandulaire emprisonnée, souvent même ils ne l'atteignent pas. Dans quelques lobules, on voit au milieu de la substance glandulaire de petites surfaces roses disposées sous forme d'îlots, irrégulièrement arrondies ou étoilées, qui correspondent probablement aux branches des veines sus-hépatiques oblitérées; quelques-unes d'entre elles envoient des prolongements rectilignes qui se dirigent en dehors vers l'anneau conjonctif et l'atteignent en certains points.

A un plus fort grossissement (380 diamètres), on constate que ces travées conjonctives sont formées de tissu fibrillaire de formation ancienne, au milieu duquel se trouvent de nombreuses cellules embryonnaires; celles-ci sont plus nombreuses à la périphérie des travées qu'au centre, en quelques endroits même on trouve des amas de ces cellules ayant pris la place de la substance glandulaire.

Les altérations des *vaisseaux sanguins* et des *canaux biliaires* doivent être étudiées avec quelques détails, vu leur importance. Ce qui frappe tout d'abord lorsqu'on recherche les branches de la *veine porte*, c'est leur disparition presque complète; les grosses seules sont visibles, et présentent une tunique externe se confondant avec la travée conjonctive au milieu de laquelle elles sont plongées; les moyennes et les plus petites sont rétrécies ou même complètement oblitérées par une prolifération de la tunique interne du vaisseau; leur tunique externe, épaissie, ne peut être distinguée nettement d'avec le tissu fibreux qui les entoure.

Les *artères* également sont, jusque sur les troncs volumineux, le siège d'altérations qui vont en décroissant à mesure que l'on examine un vaisseau plus volumineux, et qui peuvent se résumer ainsi : périartérite, endartérite proliférante avec tendance à l'oblitération. Dans les grands espaces portes, les vaisseaux sanguins sont entourés d'un système lacunaire constitué probablement par les lymphatiques dilatés.

Les *canaux biliaires* sont très dilatés; la plupart, coupés dans le sens transversal, présentent une lumière étroite et des cellules épithéliales cubiques colorées en rouge brun. Indépendamment de ces gros canaux, on trouve dans toute l'épaisseur des travées une grande quantité de canalicules de nouvelle formation, les uns coupés obliquement, les autres dans le sens de la longueur, émettant des divisions dichotomiques régulières, et tapissés intérieurement de cellules épithéliales cubiques qui oblitèrent leur lumière. Ces dernières lésions, on le voit, rappellent en tous points celles de la cirrhose biliaire.

Le *parenchyme hépatique* est représenté par des amas de grosses cellules colorées en vert, qui occupent l'intérieur des anneaux conjonctifs. La lobulation régulière et normale du foie est fortement modifiée; le ou les lobules qui constituent chaque amas ne peuvent plus être distingués les uns des autres; les cellules qui les composent sont disposées sans ordre, déformées et de dimensions très inégales. Leur noyau a disparu, et elles contiennent dans leur intérieur un grand nombre de granulations noirâtres représentant des calculs biliaires microscopiques. Un très petit nombre a subi la dégénérescence graisseuse.

En résumé, les lésions constatées dans ce cas peuvent se caractériser ainsi : cirrhose annulaire, analogue comme topographie, à la cirrhose vulgaire, avec oblitération plus complète peut-être des rameaux portes que dans la majorité des cas de cette variété de cirrhose, et néoformation de canalicules biliaires, conséquence de l'angiocholite catarrhale concomitante. C'est cette dernière altération qui implique à notre observation son cachet particulier, car elle manque, on le sait, dans la majorité des cas de cirrhose porte.

Il reste à se demander si ces lésions sont contemporaines ou bien si l'une d'elles a ouvert la scène, et si l'on peut lui rattacher les autres altérations que nous venons de décrire. Or, en tenant compte de la forme annulaire de la sclérose, qui caractérise, on le sait, la cirrhose de Laennec, et de la limitation presque complète du processus inflammatoire à la périphérie du lobule, nous croyons qu'il s'agit ici d'une cirrhose porte ayant entraîné à sa suite l'inflammation des voies biliaires. Sans doute, l'ictère a été, pendant longtemps, le premier symptôme observé, et l'ascite n'est survenue que tardivement; mais ne voit-on pas les inflammations les plus légères des voies biliaires s'accompagner d'ictère précoce, tandis que les lésions des vaisseaux portes ont besoin d'être beaucoup plus prononcées pour donner naissance à de l'ascite, comme en font foi ces cas de cirrhoses vulgaires restées latentes pendant la vie, et qui sont découvertes à l'autopsie de sujets morts de maladies intercurrentes.

Le second point sur lequel nous désirons appeler l'attention est l'hypertrophie du foie, présentée par notre malade pendant une grande partie de sa maladie, puis le retrait graduel de cet organe, retrait qui, joint à l'ascite, a caractérisé, pour ainsi dire, la seconde phase de son affection. Cette succession de phénomènes, considérée par les Allemands, Litten en particulier, comme ordinaire, est loin d'être admise par la majorité des auteurs français : aussi nous sommes-nous demandé si les lésions des voies biliaires, dans ce cas, n'avaient pas une part dans cette marche insolite du processus

morbide, et si ce n'était pas à elles que l'on devait attribuer en partie la congestion hypertrophique du début, congestion qui est si fréquente dans les cas d'angiocholite, même légère.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie des sciences.

SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. JAMIN.

Une statistique au sujet de la vaccination préventive contre le charbon, portant sur quatre-vingt-cinq mille animaux, par M. *L. Pasteur*. — Voici les conclusions du rapport lu à la *Société vétérinaire* de Chartres (29 octobre) par M. *Ernest Boutet*.

Le résumé des vaccinations pratiquées dans le département d'Eure-et-Loir, dit M. Boutet, depuis les expériences de Pouilly-le-Fort et de Lambert, est très instructif. Le nombre des moutons vaccinés depuis un an s'élève à 79392; sur ces troupeaux, la moyenne de la perte annuelle depuis dix ans était de 7237, soit 9,01 pour 100. Depuis la vaccination, il n'est mort du charbon que 518 animaux, soit 0,65 pour 100. Il faut faire observer que cette année, probablement à cause de la grande humidité, la mortalité ne s'est élevée en Eure-et-Loir qu'à 3 pour 100. Les pertes auraient donc dû être de 2382, au lieu de 518 après les vaccinations.

Dans les troupeaux qui ont été vaccinés en partie, nous avons 2308 vaccinés et 1659 non vaccinés; la perte sur les premiers a été de 8, soit 0,4 pour 100; sur les seconds, la mortalité s'est élevée à 60, ou 3,9 pour 100. Nous ferons remarquer que dans ces troupeaux, pris dans différents cantons du département, les moutons vaccinés et non vaccinés sont soumis aux mêmes conditions de sol, de logement, de nourriture, de température, et que, par conséquent, ils ont subi des influences totalement identiques.

Les vétérinaires d'Eure-et-Loir ont vacciné dans l'espèce bovine 4562 animaux. Sur ce nombre on perdait annuellement 322 bêtes. Depuis la vaccination, il n'est mort que 11 vaches. La mortalité annuelle, qui était de 7,03 pour 100, devient 0,24 pour 100.

Des engorgements généralement peu graves étant survenus après la vaccination du cheval, et la mortalité du charbon, sur cette espèce, étant peu élevée, les vétérinaires n'ont pas cru prudent de faire cette vaccination sur une grande échelle. Il n'y eut que 524 chevaux vaccinés, dont 3 moururent entre les deux vaccinations.

Ces résultats nous paraissent convaincants: en présence de tels chiffres, il n'est plus permis de douter de l'efficacité de la vaccination charbonneuse. Si nos cultivateurs beaucerons veulent comprendre leurs intérêts, les affections charbonneuses ne seront bientôt plus qu'un souvenir, parce que le charbon, le sang de rate et la pustule maligne ne sont jamais spontanés, et qu'en empêchant par la vaccination la mortalité de leur bétail, ils détruiront toutes causes de propagation du charbon, et, par conséquent, feront disparaître de la Beauce en quelques années cette redoutable affection. (Extrait de l'*Union agricole d'Eure-et-Loir*, numéro du 2 novembre 1882.)

Contribution a l'étude de la rage, par M. *Paul Bert*. — L'auteur fait connaître les résultats de quelques expériences qui datent de 1878 et 1879. Ces expériences méritent d'être rappelées, au moment où les recherches de M. Pasteur vont faire entrer dans une phase nouvelle l'histoire de la maladie rabique.

1° J'ai opéré, d'un chien en pleine rage furieuse à un chien sain, la transfusion réciproque de la totalité du sang. Le chien sain, gardé pendant près d'une année, n'a présenté aucun symptôme rabique. L'état général a été amélioré chez le chien enragé, qui paraît avoir gagné à l'opération quarante-huit heures de survie.

2° J'ai recherché dans lequel des éléments complexes qui forment la bave du chien enragé se trouve le virus rabique. Cette bave contient, en effet, les salives parotidienne, submaxillaire, sublinguale, le mucus buccal, du mucus broncho-pulmonaire. J'ai donc inoculé à des séries de chiens soit le mucus pris dans les bronches, soit le suc exprimé des diverses glandes salivaires de chiens assommés au plus fort de la rage. Or les liquides salivaires n'ont jamais communiqué la rage, tandis que celle-ci est survenue après l'inoculation du mucus provenant des voies respiratoires : c'est donc là qu'est le virus rabique. Et ceci explique en grande partie l'inégalité d'action des baves de chiens enragés.

3° J'ai remarqué que les salives des chiens enragés, si elles ne communiquent pas la rage, amènent très fréquemment la mort des animaux auxquels on les inocule, en produisant des accidents locaux graves, de vastes décollements cutanés. Ce sont même ces accidents qui m'ont empêché de poursuivre mes expériences. « Sur quinze inoculations, disais-je en 1878, il y a eu sept suppurations ayant quatre fois entraîné la mort. Il semble donc que, chez les animaux rabiques, les tissus aient des propriétés septiques, indépendamment de la rage. » L'Académie sait comment l'explication de cette action de la salive a été donnée par la découverte, due à M. Pasteur, du microbe salivaire, très abondant dans la salive rabique.

4° La bave de chien enragé, filtrée sur le plâtre, s'est montrée noffensive, tandis que la partie restée sur le filtre a donné la irage. Il était donc très vraisemblable que celle-ci est due à un microbe.

5° La salive buccale du chien enragé transforme l'amidon en glycose, comme celle du chien sain.

L'exécution de ces expériences m'a été rendue possible, ajoute M. Bert, grâce à l'empressement de M. Bourrel, vétérinaire bien connu par ses intéressants travaux sur l'émoussement des dents, considéré comme mesure préventive de l'inoculation rabique.

Souscription pour élever un monument a Darwin. — M. *de Quatrefages*, au nom de la section de zoologie et en l'absence de M. Milne Edwards, s'exprime comme il suit : « Un comité, composé principalement de membres de la Société royale, s'est formé en Angleterre et a ouvert une souscription dont le montant est destiné à élever un monument à Darwin. Ce comité a demandé aux hommes de science du continent de lui venir en aide; il a écrit dans ce but à quelques membres de notre Académie, qui à leur tour ont constitué un comité français, présidé par notre illustre doyen, M. Milne Edwards. » Les souscriptions seront reçues au secrétariat de l'Institut.

Production de l'anesthésie chirurgicale par l'action combinée du protoxyde d'azote et du chloroforme. Note de M. *L. de Saint-Martin*. — Les expériences de l'auteur peuvent se résumer ainsi : Le mélange de 85 volumes de protoxyde d'azote et de 15 volumes d'oxygène additionné par hectolitre de 6 à 7 grammes de chloroforme, produit très rapidement l'anesthésie, et paraît supprimer la période d'excitation, le chloroforme étant beaucoup plus dilué, si l'on peut s'exprimer ainsi, et ne produisant plus, dans ces conditions, d'action irritante sur les premières voies respiratoires. La zone maniable de ce mélange anesthésique est évidemment plus étendue que celle du chloroforme; elle doit être comprise entre celle de ce dernier agent et celle du protoxyde d'azote. On pourra, à l'aide de cette méthode, profiter en grande partie de la supériorité du protoxyde d'azote comme agent anesthésique, tout en évitant la condition d'opérer sous pression...

Passage de la bactéridie charbonneuse de la mère au fœtus. Note de MM. *I. Straus* et *Ch. Chamberland*. — Les expériences des auteurs tendent à établir, contre l'opinion générale et même contre celle qu'ils avaient autrefois soutenue, la possibilité du passage de la bactéridie de la mère au fœtus.

« Nous avons, disent-ils, inoculé une vingtaine de femelles de cobayes, à différentes périodes de la gestation, soit avec de la culture de charbon virulent, soit avec de la culture atténuée (deuxième vaccin de M. Pasteur), très virulente encore pour le cobaye. Ces animaux succombèrent au charbon type au bout de trente à soixante heures. Les fœtus, extraits rapidement, furent immédiatement plongés dans de l'eau bouillante pendant un temps plus que suffisant pour détruire les quelques bactéridies provenant du sang maternel

ou placentaire qui aurait pu souiller la peau. Les vases recevant les fœtus, les instruments étaient rigoureusement flambés, de sorte qu'aucun soupçon de contamination par le sang de la mère ne pouvait subsister. On puisa du sang, sur chaque fœtus, dans le foie et dans le cœur; la surface de ces organes, par surcroît de précaution, était toujours brûlée au point où l'effilure de verre allait puiser le sang.

» Le sang fœtal ainsi recueilli fut : 1° examiné au microscope; 2° semé dans du bouillon de veau stérilisé et placé à l'étuve; 3° inoculé à un certain nombre de cobayes. L'examen microscopique du sang fœtal, quoique minutieux et prolongé, ne révéla la présence d'aucune bactéridie; les globules rouges du sang ne présentaient pas non plus l'état agglutinatif bien connu. Ici nos résultats n'ont fait que confirmer ceux de nos prédécesseurs. Il en fut tout autrement des cultures. Plusieurs éventualités se présentèrent : dans certains cas (exceptionnels), le sang puisé dans tous les fœtus d'une portée demeura stérile. Dans d'autres cas, sur une portée de trois, quatre,... fœtus, le sang d'un seul, ou de deux, ou de trois fut semé avec succès, le sang des autres demeurant stérile. Enfin, dans quelques cas, tous les petits de la portée avaient du sang dont la culture fut féconde. Des cas se sont présentés où, après avoir semé dans plusieurs flacons du sang pris sur un même fœtus, quelques-uns de ces flacons demeurèrent stériles, les autres, au contraire, étant féconds. Cela prouve combien sont souvent peu nombreuses les bactéridies dans le sang fœtal; elles y sont, pour ainsi dire, par unités, puisqu'on peut prélever sur le fœtus une quantité très notable de sang (nous semions toujours plusieurs gouttes) qui ne renferme aucune bactéridie.

» Les inoculations du sang fœtal, que nous avions toujours soin d'inoculer en quantité assez forte, nous ont donné les résultats suivants : quand le sang fœtal inoculé était celui dont la culture est demeurée stérile, nous n'avons rien obtenu, quelle que fût la quantité de sang inoculé. Lorsque nous avons employé du sang qui a été cultivé, la mort par le charbon a été obtenue dans un certain nombre de cas; dans quelques-uns aussi, les animaux n'ont rien éprouvé, bien que la quantité de sang inoculé ait été supérieure à celle qui a été semée avec succès dans les flacons.

» Les résultats précédents ont été obtenus sans différence appréciable, quels que fussent l'âge du fœtus et le moment, après la mort, où l'autopsie a été faite; plusieurs fois nous l'avons pratiqué immédiatement après la mort, pour éviter l'objection d'un passage possible, *post mortem*, de la bactéridie. »

EXPÉRIENCES POUR SERVIR A L'ÉTUDE DES PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES DU CHLORURE D'OXÉTHYLQUINOLÉINE-AMMONIUM. Note de M. *Bochefontaine*. — Cette première série des expériences de l'auteur tend à montrer que le chlorure d'oxéthylquinoléine-ammonium n'a pas d'action sur les muscles, sur les centres nerveux ni sur les nerfs sensibles. Ce sel agit, sur la grenouille au moins, à la façon du curare, c'est-à-dire en empêchant les excitations motrices de passer du nerf au muscle. De plus, il agit sur le cœur pour en ralentir considérablement les battements, propriété que le curare ne possède pas. Le manque de substance n'a pas permis de pousser plus avant cette étude, qui, d'ailleurs, sera poursuivie.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. GAVARRET.

MM. *Bayot* (de Bordeaux) et *Lavergne* (de Moulins) envoient des communications relatives à l'application de la loi relative à la protection des enfants du premier âge (*Commission de l'hygiène de l'enfance*).

M. le docteur *Niepce* (d'Allevard) se porte candidat dans la première division des correspondants nationaux.

M. *le Secrétaire perpétuel* dépose, au nom de M. le docteur *L. Testut* (de Bordeaux), les brochures ayant les titres suivants : *Les anomalies musculaires chez l'homme expliquées par l'anatomie comparée, leur importance en anthropologie; Le muscle omo-hyoïdien et ses anomalies; Un poumon à six lobes.*

M. *Brouardel* présente : 1° de la part de M. le docteur *Maurice Laugier*, l'article STRANGULATION, extrait du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*; 2° au nom de M. *Charles Girard*, un volume intitulé : *Documents sur les falsifications des matières alimentaires et sur les travaux du Laboratoire municipal de chimie de la Préfecture de police.*

M. *Fournier* fait hommage de la traduction du *Traité pratique des maladies de la peau de M. le docteur Duhring*, par MM. les docteurs *Toussaint Barthélemy* et *Adolphe Colson*, avec une préface de M. le professeur *Fournier*.

DÉCLARATIONS DE VACANCES. — L'Académie déclare une vacance dans la section de pathologie médicale, en remplacement de M. Woillez, et une vacance dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale, par suite du décès de M. Hillairet.

ÉLECTIONS. — Le renouvellement partiel pour 1883 des Commissions permanentes a lieu ainsi qu'il suit : Commission des épidémies, MM. *Besnier* et *Bucquoy*; — Commission des eaux minérales, MM. *Gustave Bouchardat* et *Moutard-Martin*; — Commission des remèdes secrets, MM. *Baudrimont* et *Lancereaux*; — Commission de vaccine, MM. *Hervieux* et *Goubaux*; — Commission de l'hygiène de l'enfance, MM. *Bergeron* et *Marjolin*.

DE LA CONTRACTILITÉ UTÉRINE SOUS L'INFLUENCE DES COURANTS ÉLECTRIQUES. — M. le docteur *Onimus* rappelle qu'à l'état ordinaire il est difficile de déterminer des contractions utérines, aussi bien par les courants électriques que par d'autres excitants, ce qui se conçoit aisément, car l'organe n'a alors qu'une nutrition restreinte, étant pour ainsi dire à l'état d'hibernation; lorsqu'au contraire la matrice est gravide, il est plus aisé de provoquer des contractions, mais cela n'est réellement facile que lorsque, pour une cause quelconque, les contractions physiologiques existent. Dans ce cas on peut, ajoute M. Onimus, les modifier et peut-être même les régulariser. Les contradictions que l'on trouve dans les auteurs tiennent uniquement à ce que l'on a confondu ces différents états de la matrice, états tellement tranchés au point de vue des réactions qu'ils en font pour ainsi dire des organes différents. Dans les études physiologiques comme dans les applications thérapeutiques et dans les questions de médecine légale, il est donc nécessaire de tenir compte de ces différences d'activité anatomique que l'on pouvait soupçonner à priori et que M. Onimus est parvenu à observer expérimentalement.

ÉPIDÉMIES PUERPÉRALES. — M. Henri Roger donne lecture d'une communication de M. le docteur *Nivet*, correspondant national de l'Académie, sur les épidémies de maladies puerpérales qui ont régné, depuis 1860, dans le service des accouchements de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand et sur les effets comparés des acides phénique et salicylique. Ce service d'accouchement est installé dans d'assez mauvaises conditions hygiéniques; il est directement exposé par les vents d'ouest et de sud-ouest aux émanations d'un ruisseau de tanneurs et du dépôt des fumiers de la ville; la salle d'opérations reçoit les odeurs des lieux d'aisances et des canaux de vidanges; de plus, une seule salle, insuffisamment aérée, reçoit les femmes grosses et les femmes accouchées. Toutefois les épidémies de maladies puerpérales y sont rares et quelquefois moins meurtrières que dans la ville; il faut ajouter qu'en juin dernier des fouilles exercées aux alentours ont paru jouer un rôle prépondérant dans la production de l'épidémie qui eut alors lieu. Celle-ci ne fut pas empêchée par l'usage de solutions aqueuses saturées d'acide salicylique; mais les applications et les fumigations phéniquées l'arrêtèrent promptement, bien que les autres conditions hygiéniques n'aient pas encore été modifiées.

LE CRÉTIN DES BATIGNOLLES; AUTOPSIE. — M. le professeur *Ball* a présenté à l'Académie, au mois de juin dernier, un sujet qu'il avait appelé le Crétin des Batignolles; ce sujet

a succombé au mois d'août à une albuminurie accompagnée de symptômes typhoïdes. Voici les principaux résultats de l'autopsie : Le crâne offre une dolichocéphalie très accentuée, compliquée d'une platicéphalie considérable, la voûte semble avoir été comprimée de haut en bas ; de plus, on remarque un enfoncement de la région condylo-basilaire. Au niveau de la suture lambdoïde, l'occipital fait une saillie sur les bords postérieurs des pariétaux; on trouve à cet endroit une dizaine d'os wormiens; au niveau de la suture temporo-pariétale, l'écaille temporale fait une saillie en dehors; l'apophyse crista-galli fait un relief peu considérable; le maxillaire inférieur est volumineux, la branche montante fait un angle assez obtus avec le corps de l'os; les dents se dirigent obliquement en avant. Le squelette du crâne présente comme trait caractéristique, d'une part un défaut de soudure des os, d'autre part, l'interposition d'un tissu fibro-cartilagineux abondant et épais entre les divers os de la base du crâne; le tissu osseux est raréfié en cet endroit et se laisse difficilement perforer; au contraire, à la voûte il est assez dur. — Le volume du cerveau est considérable par rapport à la taille du sujet; on est frappé de la simplicité extrême des circonvolutions; elles ne présentent point de sinuosités et ne sont pas séparées par de profonds sillons, on trouve, d'autre part, dans la disposition des circonvolutions des anomalies qui n'ont pas une importance capitale. — Il s'agit évidemment, chez ce sujet, d'un arrêt de développement, motivé sans doute par la maladie de nature inconnue qui l'a frappé à l'âge de onze mois et qui a réduit sa taille et atrophié son intelligence. M. Ball ajoute que le crâne est rachitique et que ses parois, contrairement à ce qu'on observe chez beaucoup d'idiots et de crétins, étaient d'une minceur extrême, ce qui s'explique par le défaut d'ossification.

Transmission de la morve a l'aide des liquides de culture de son microbe. — Dans une note dont M. le professeur Brouardel donne lecture, M. le professeur *Ch. Bouchard* et MM. *Capitan* et *Charrin* exposent quelques-uns des résultats des recherches qu'ils poursuivent depuis un an touchant la nature de la morve. — Cette note est renvoyée à l'examen de MM. Vulpian et Bouley. (Voy. aux *Travaux originaux*, p. 851.)

L'Académie se forme ensuite en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport sur les titres des candidats dans la classe des associés nationaux. La liste de présentation est ainsi établie : en première ligne, M. Cazeneuve (de Lille); en deuxième ligne, M. Leudet (de Rouen); en troisième ligne, M. Tholozan (de Téhéran); en quatrième ligne (*ex æquo*), MM. Ollier (de Lyon), Parise (de Lille) et Béchamp (de Lille).

Société médicale des hôpitaux.

Séance du 22 décembre 1882. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

Pneumonie dans la fièvre typhoïde (M. Lépine) : M. Desnos. — Tubercules de la conjonctive : M. Gérin-Roze. — Désinfection des vêtements des typhoïdiques (M. H. Cazalis) : M. Desnos. — Affections associées de la moelle et du cerveau : M. Damaschino. — Syphilis inoculée chez le singe : M. Martineau. — Élections. — Mutations dans les services des hôpitaux.

M. *Desnos* donne lecture d'une lettre de M. Lépine (de Lyon) au sujet de la nature des pneumonies qui surviennent au début de la fièvre typhoïde. M. Lépine ne pense pas qu'il s'agisse, comme on le croit généralement, d'une complication accidentelle de la dothiénentérie, mais, au contraire, d'une localisation précoce de la maladie typhoïde sur le poumon. Il propose, dans ce cas, la désignation de *fièvre typhoïde pneumonique*, rejetant le terme de pneumonie typhoïde, employé par quelques auteurs; cette dernière dénomination ayant servi parfois à qualifier la pneumonie à *forme* typhoïde.

— M. *Gérin-Roze* complète l'observation d'un malade qu'il avait présenté à la Société dans la séance du 10 février dernier. Ce jeune homme était atteint d'une blépharite granulo-ulcéreuse, que M. Gérin-Roze avait cru, d'après les caractères objectifs des lésions, pouvoir qualifier de *tuberculeuse*. Depuis, le malade a succombé, et l'autopsie a révélé une tuberculose laryngée et pulmonaire non douteuse. En outre, la conjonctive palpébrale, soumise à l'examen histologique, a présenté les lésions typiques du tubercule. M. Gérin-Roze place sous les yeux de la Société des préparations microscopiques qui mettent ce fait en évidence. C'est le premier cas de ce genre qui ait été publié avec le contrôle de l'autopsie.

— M. *Desnos* communique une lettre de M. H. Cazalis qui réclame, au nom de l'hygiène et de la santé publique, la désinfection, par les soins de l'Administration, des vêtements appartenant aux typhoïdiques soignés dans les hôpitaux. — Cette lettre sera renvoyée à la commission d'hygiène.

— M. *Damaschino* lit une note sur *les affections associées de la moelle et du cerveau* et la coïncidence de la sclérose postérieure et latérale. Il a eu l'occasion, à l'hôpital Laennec, d'observer un assez grand nombre de faits de ce genre, et il a pu contrôler, par l'autopsie et l'examen histologique des centres nerveux, les résultats de l'étude clinique. Il répartit ces faits en un certain nombre de groupes principaux. Ce sont : 1° *Hémiplégie avec sclérose descendante du faisceau latéral, chez un ataxique.* Il s'agit d'un malade affecté d'hémiplégie droite, aveugle et en état de démence, chez lequel on constatait la suppression bilatérale du réflexe tendineux. A l'autopsie on rencontrait une sclérose postérieure typique, et de plus, une sclérose descendante du faisceau latéral droit. L'ataxie, dans ce cas, paraît avoir été primitive. 2° *Ramollissement de la protubérance annulaire et ataxie.* Dans ce cas, pour lequel manque l'observation clinique, on constatait, à l'autopsie, une sclérose descendante du faisceau pyramidal droit, et, de ce côté, on remarquait une prédominance très nette du faisceau de Turck qui occupait une grande partie du cordon antérieur. Du côté gauche, à peine une petite zone de sclérose du cordon latéral. Dans la partie supérieure du pont de Varole, à la région antéro-latérale droite, se trouvait un foyer de ramollissement de 15 à 18 millimètres de diamètre. Dans le bulbe, sclérose de toute la pyramide antérieure; l'entre-croisement était d'ailleurs presque nul. En outre, sclérose tabétique. 3° *Paralysie générale progressive et sclérose en plaques.* La coïncidence de ces deux affections a été assez fréquemment observée pour qu'on ait pu songer à confondre sous une seule dénomination ces deux états morbides. 4° *Paralysie générale progressive et sclérose des cordons latéraux.* Cette association donne, pendant la vie, les symptômes de la sclérose en plaques. Chez un premier malade, M. Damaschino trouvait à l'autopsie, outre les lésions de la paralysie générale, une sclérose descendante des deux cordons latéraux, prédominante à droite. Chez un autre malade, qui avait présenté pendant la vie l'existence de réflexes tendineux exagérés, sans autres symptômes médullaires, l'autopsie révélait une sclérose très marquée des cordons latéraux. 5° *Ataxie; paralysie générale; sclérose des cordons latéraux.* Dans un cas, il ne s'agissait pas seulement de quelques phénomènes d'incoordination motrice au début d'une paralysie générale progressive, mais d'une forme nette d'ataxie avec amaurose, accompagnée de l'excitation délirante de la paralysie générale et d'un tremblement des quatre membres, marqué surtout aux membres supérieurs, principalement du côté droit. A l'autopsie : sclérose des cordons postérieurs très étendue, avec intégrité d'une petite zone en croissant,

adjacente à la corne grise postérieure; en outre sclérose des deux cordons latéraux, surtout à droite, dans toute leur hauteur. Dans le bulbe, aucune trace de sclérose, ce qui semble indiquer clairement qu'on n'avait pas affaire à une sclérose descendante d'origine cérébrale. De plus, on constatait les lésions typiques de la paralysie générale à la surface des circonvolutions et au niveau du quatrième ventricule. 6° *Sclérose spinale postérieure et sclérose des cordons latéraux.* M. Damaschino propose de donner à cette association le nom de *sclérose rubanée postéro-latérale*. Ce n'est pas, d'ailleurs, une rareté anatomo-pathologique; des faits semblables ont été étudiés par Leyden, Prévost, Pierret, Westphall et Raymond. Les symptômes d'ataxie ouvrent la scène, précédant les signes de paraplégie, sans atrophie musculaire, avec crampes, raideur, tremblement, tous phénomènes plus violents et plus durables que dans l'ataxie simple. On n'a pas constaté de réflexes tendineux, ni de trépidations épileptoïdes. L'autopsie révèle les lésions de l'ataxie unies à celles de la sclérose antéro-latérale. Ces lésions sont inégalement réparties à différentes hauteurs, ce qui rend compte de la diversité des symptômes cliniques; du reste, contrairement à ce qui a lieu dans la sclérose en plaques, les faisceaux blancs antérieurs et les cornes de la substance grise sont toujours épargnés. Aussi, n'observe-t-on pas l'atrophie musculaire due aux lésions des cellules des cornes antérieures. 7° *Foyers d'hémorrhagie ou de ramollissement dans les deux hémisphères cérébraux.* Cette coïncidence, déjà signalée, donne lieu à un tableau symptomatique très complexe. Le plus souvent, surtout si les anamnestiques font défaut, on croira à une sclérose en plaques au lieu d'une sclérose descendante des deux cordons latéraux.

M. *Rendu* demande si M. Damaschino admet une relation entre la sclérose postérieure et celle des cordons antéro-latéraux, ou s'il croit à une simple coïncidence.

M. *Damaschino* insiste tout d'abord sur l'intégrité des pyramides bulbaires qu'il a signalée, ce qui écarte l'hypothèse d'une sclérose descendante d'origine cérébrale. Quant à la cause première de l'association d'une double lésion médullaire systématisée, elle nous échappe jusqu'ici aussi bien que celle de la seule sclérose postérieure.

M. *Rendu* désirerait savoir si, dans l'esprit de M. Damaschino, la sclérose, partie des cordons postérieurs, ne s'est pas propagée par contiguïté aux cordons antérieurs?

M. *Damaschino* ne peut admettre cette interprétation, car les lésions des cordons postérieurs et latéraux sont toujours séparées par la corne postérieure grise, doublée en arrière de cette petite zone de substance blanche dont il a signalé l'intégrité constante.

— M. *Martineau* a poursuivi ses expériences sur la syphilis des animaux et a réussi à inoculer un singe. Le 16 novembre, il a pratiqué à la face interne du prépuce, chez un singe, trois inoculations de sérosité recueillie à la surface d'un chancre infectant, développé sur la vulve d'une malade en traitement à Lourcine. Il pratiqua également une inoculation semblable à la face interne de la cuisse droite de la malade; cette inoculation a été absolument négative. Chez le singe en expérience, rien ne se produisit jusqu'au 14 décembre, mais ce jour-là (28 jours après l'inoculation) apparaissaient, sur les côtés du prépuce, deux chancres infectants, grands comme une lentille, constitués par une érosion superficielle, à fond lisse, grisâtre, à bords aplanis, non décollés, légèrement élevés au-dessus des tissus environnants. Cette érosion repose sur une base indurée, de même étendue qu'elle, donnant une sensation parcheminée; en un mot identique à l'induration qui est considérée comme caractéristique chez l'homme. Le 16 décembre, même aspect de la lésion locale; apparition d'un ganglion du volume d'une noisette dans l'aine gauche. Ce ganglion est mobile, indolore; l'état général de l'animal est excellent. la température axillaire est d'environ 36 degrés. Jusqu'au 20 décembre, aucune modification notable; un peu de diarrhée. Le 21, la diarrhée cesse; apparition dans l'aine droite d'un ganglion semblable à celui du côté gauche. La soif est vive, les pattes sont chaudes; la température axillaire s'est élevée à 38 degrés.

M. Martineau espère pouvoir se procurer une guenon, et voir si la copulation amènera la transmission de la maladie. Il serait également intéressant, si les singes arrivaient à reproduire dans notre climat, de rechercher si les petits présenteraient des manifestations de syphilis héréditaire. Quoi qu'il en soit, l'inoculation d'un chancre infectant au singe est jusqu'ici un fait unique.

— *Élections.* — Sont nommés : président de la Société, M. Millard ; vice-président, M. Bucquoy ; secrétaire général, M. Desnos; trésorier, M. R. Moutard-Martin ; membres du Conseil d'administration, MM. Cadet de Gassicourt, Legroux, Lereboullet, Hallopeau et Du Cazal; membres du Comité de publication, MM. Kiener, Cuffer, Desnos, Duguet et Troisier; membres du Conseil de famille, MM. Dujardin-Beaumetz, Labric, Féréol et Gingeaud.

— *Mutations dans les hôpitaux.* — M. d'Heilly passe de Saint-Antoine à Trousseau; M. Sevestre de Tenon à Saint-Antoine; M. Rathery à Tenon et M. Hutinel à Lourcine.

— A cinq heures et quart la séance est levée.

André Petit.

Société de biologie.

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT, PRÉSIDENT.

Armature buccale de la Filaire couronnée : M. J. Chatin. — Topographie des dégénérations secondaires dans le pédoncule cérébral : M. Féré. — Anesthésies générales surtout unilatérales par l'irritation laryngée : M. Brown-Séquard. — Innervation et mouvements propres de l'utérus : M. Dembô; Discussion : MM. François Franck et Duval. — Classification des Agamonema : M. Fourment. — Action toxique comparée de la picoline et des lutidines de la cinchonine et de la brucine : MM. Œcksner et Pinet. — Influence des rayons rouges et bleus (phosphorescence et fluorescence) sur la production de la chlorophylle : M. P. Regnard.

M. *J. Chatin* communique le résultat de ses recherches sur l'armature buccale de la *Filaire couronnée*, point sur lequel les recherches de Dujardin n'avaient pas prononcé. Cette armature est formée de trois papilles recourbées fonctionnant, d'une manière active, à la façon de ventouses.

— M. *Féré* ayant eu l'occasion d'examiner dans un assez grand nombre de cas (18) les dégénérations secondaires du pédoncule cérébral, a remarqué que si les observations de ce genre sont aussi peu nombreuses, c'est que la disposition du faisceau pyramidal dans le pédoncule n'est pas toujours la même: au lieu de s'étaler d'une façon constante à la surface du pédoncule, comme on admet que cela existe normalement, les faisceaux dont il s'agit sont souvent plus profondément situés et peuvent prendre une disposition arciforme, contourner la face inférieure du pédoncule pour se porter tout à fait sur son bord interne. Quelquefois même la direction de ce faisceau est tout à fait transverse.

Il résulte de ces variétés de disposition une topographie variable des dégénérations secondaires de provenance capsulaire ou corticale. Souvent, en effet, la dégénération qu'on s'attend à rencontrer en dedans du pédoncule et superficiellement, sera visible seulement à la coupe et profondément; elle affectera la forme d'un triangle ou d'un croissant suivant le trajet des fibres qui proviennent de la partie antérieure de la capsule interne ou des régions antérieures de l'écorce.

— M. *Brown-Séquard*, poursuivant ses recherches sur le

mécanisme des anesthésies générales produites par les irritations laryngées, est arrivé d'abord à cette conclusion (formulée dans sa précédente communication) que l'anesthésie ainsi produite résulte d'une action centrale suspensive.

Ayant sectionné les deux nerfs laryngés supérieurs, il n'a plus observé les phénomènes d'anesthésie générale consécutifs à l'insufflation d'acide carbonique dans le larynx. Mais dans les expériences où il a coupé seulement l'un des deux nerfs, il a pu observer ce fait nouveau que l'anesthésie est surtout prononcée dans le côté du corps correspondant au nerf sectionné.

Les lois qui régissent l'apparition et la disparition de ces phénomènes anesthésiques sont tout à fait les mêmes que celles qui ont été formulées par Pflüger pour les actes réflexes.

Tous les faits observés avec les insufflations d'acide carbonique se retrouvent pour les irritations produites par le chloroforme; une différence essentielle existe cependant: elle est relative au mode de disparition de l'anesthésie dans les deux cas: au lieu de se dissiper par places disséminées comme avec l'acide carbonique, l'anesthésie disparaît partout à la fois d'une manière uniforme avec le chloroforme.

— M. *Dembó* (de Pétersbourg) a repris les études histologiques et expérimentales poursuivies par beaucoup d'auteurs, surtout dans ces dernières années, sur l'innervation et les mouvements de l'utérus. Il est arrivé à cette conclusion générale que l'utérus a la propriété de se contracter d'une façon indépendante, en dehors de l'influence du système nerveux central, grâce à l'action propre d'appareils ganglionnaires situés dans les parois du vagin. Il montre des préparations de ces plexus ganglionnaires.

M. *François Franck* rappelle à ce propos les recherches analogues déjà faites par M. Rein et la similitude des conclusions des deux auteurs. Il demande si chez les animaux soumis aux expériences (lapines) on est bien certain d'avoir excité une portion *vaginale* et non une portion *cervicale utérine*, question à laquelle répond M. Duval en disant que le col utérin se termine à la rencontre des deux cornes utérines. M. Franck dit ensuite qu'il a commencé avec M. Rein des expériences que ce dernier a depuis poursuivies à Strasbourg, sur l'inscription des mouvements de l'utérus avec un appareil amplificateur semblable à celui dont il s'est servi pour enregistrer les pulsations de la peau du doigt (sphygmographe totalisateur).

— M. *Pouchet* communique une note de M. *Fourment* relative à la critique de la classification des *Agamonema*, terme générique qui correspond à un groupe de Nématodes formé d'individus très dissemblables et qui a été créé d'une façon un peu hâtive par Diesing. Il s'attache surtout à l'étude comparée de l'*Agamonema communis* et de l'*Agamonema capsularia*.

— MM. *Œcksner* et *Pinet* présentent le résultat de leurs expériences sur la picoline et les B. lutidines de la cinchonine et de la brucine. La picoline (base extraite de l'huile animale par Dippel et appartenant à la série pyridique) agit, après injection sous-cutanée chez la grenouille, « sur le système nerveux central et un peu sur les nerfs périphériques. Elle abolit le pouvoir excito-moteur des centres nerveux, et diminue l'excito-motricité du système nerveux périphérique. » L'action produite par les vapeurs de la picoline est différente à cause de l'imprégnation de la peau et des tissus sous-jacents. Ici ce sont les extrémités terminales des nerfs musculaires qui perdent leurs propriétés.

Les expériences des auteurs sur la B. lutidine de la cinchonine et de la brucine les amènent à conclure que la dernière agit beaucoup plus énergiquement. « Elle agit sur le système nerveux central et périphérique en en abolissant l'excito-motricité. Elle abolit aussi la contractilité musculaire. »

— M. *P. Regnard* présente un appareil à l'aide duquel il a pu étudier l'influence des rayons phosphorescents et fluorescents sur la formation de la chlorophylle. Il fait agir exclusivement les rayons rouges en éclairant un tube de Geissler rempli d'hydrogène pur et montre que la chlorophylle se produit seulement sur la partie du végétal ainsi éclairée; mais pour étudier l'action isolée des rayons bleus, il a dû adopter une autre disposition, les tubes de Geissler ne pouvant lui fournir de rayons bleus indépendants. Il a eu recours à la faible lumière bleue du sulfure de calcium, en disposant l'appareil de telle sorte que les tubes contenant le sulfure vinssent se présenter à la plante maintenue dans l'obscurité, après s'être illuminés au jour. Grâce à cette disposition, M. Regnard a aussi constaté la production de chlorophylle aux points éclairés par les rayons bleus.

Société de thérapeutique.

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1882. — PRÉSIDENCE DE M. H. GUENEAU DE MUSSY.

Du traitement de la fièvre typhoïde : M. Moutard-Martin (Discussion). — Élections.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. *Moutard-Martin* déclare que, dans son service, contrairement à ce que M. C. Paul a observé dans le sien, il n'a vu aucune eschare de quelque importance, et que le sphacèle des téguments ne lui a pas paru plus fréquent que dans les épidémies antérieures. Il a, par contre, observé un certain nombre de cas dans lesquels s'est montré du mal de gorge assez intense, dépendant parfois d'ulcérations laryngées. C'est ainsi que, chez un typhoïdique de son service, présentant, pendant la convalescence, des troubles marqués de la phonation, on a dû pratiquer la trachéotomie pour parer aux terribles accidents de l'œdème de la glotte. Ce malade est aujourd'hui guéri, après avoir présenté, à la même époque, des hémorrhagies intestinales abondantes et fréquentes.

M. *Dujardin-Beaumetz* donne lecture d'une note de M. le docteur Pécholier, agrégé de la Faculté de Montpellier, qui est d'avis que l'on doit chercher à combattre le microzyma de la dothiénentérie, bien qu'on n'en connaisse pas la nature. N'a-t-on pas, en effet, une action puissante sur la fièvre intermittente, quoique on ignore le véritable principe morbide de la *malaria*. S'il est vrai que toute fermentation, une fois établie, ne peut être qu'entravée par les substances antifermentescibles, telles que la créosote ou l'acide phénique, ces substances n'en restent pas moins utiles pour atténuer les phénomènes morbides. Il peut être également très avantageux d'abaisser la température; il faut certainement attacher une grande importance aux variations du pouls, mais l'ascension thermique, lorsqu'elle atteint le chiffre de 41 degrés dans le rectum, exige une intervention énergique de la part du médecin. C'est au moment où la température commence à s'élever qu'il faut administrer des bains tièdes; les bains froids pendant l'hyperpyrexie ne fournissent que des résultats insignifiants. Dans les formes ataxiques, on prescrira des affusions froides sur la tête à la fin du bain. M. Péchelier a adopté contre la dothiénentérie le traitement suivant: 1° dès le début, alors même que le diagnostic avec l'embarras gastrique fébrile serait encore hésitant, deux lavements chaque jour avec vingt-deux gouttes d'acide phénique; 2° si la température s'élève, 60 à 80 centigrammes de sulfate de quinine; 3° si la température atteint ou dépasse 40 degrés, recourir aux bains tièdes à 36 degrés; 4° deux fois par semaine, purger avec l'eau de Sedlitz. Donner, en outre, lait, bouillon et vin pendant toute la durée de la maladie.

M. *C. Paul* répond à M. Moutard-Martin qu'il a dit, dans la dernière séance, avoir observé des eschares plus fréquentes, mais plus superficielles et grisâtres, au lieu d'avoir la teinte noire qu'elles offrent ordinairement; il les a vues surtout siéger au sacrum, au niveau des trochanters et des épines iliaques.

M. *Féréol* a observé, dans son service, un assez grand nombre d'eschares; il croit pouvoir attribuer, en partie au moins, la fréquence de cette complication, dans la dernière épidémie, à l'encombrement des salles où étaient accumulés les typhoïdiques. A l'encombrement semblent, en effet, pouvoir être imputées les conditions hygiéniques mauvaises qui résultent de toute agglomération nosocomiale et aussi l'insuffisance des soins de propreté fournis aux malades par un personnel trop peu nombreux et momentanément surmené. M. Féréol a vu des eschares noires et profondes se produire très rapidement; certains typhoïdiques ont présenté des plaques de sphacèle avec gaz putrides dès le huitième ou le dixième jour de la maladie. Il a observé également un grand nombre d'abcès sous-cutanés; chez un homme, au cours de la dothiénenthérie, il a dû en inciser quatre-vingt-dix. Chez le même malade, pendant la convalescence, il s'est formé, au niveau de chaque région scapulaire, un abcès volumineux, et plus tard encore un vaste foyer de suppuration intra-musculaire dans une jambe. On a pratiqué de larges incisions et les pansements ont été faits alternativement avec l'acide phénique ou l'iodoforme. Le malade est aujourd'hui guéri. M. Féréol fait d'ailleurs remarquer que, dans toutes les épidémies de fièvre typhoïde, on observe un certain nombre de cas analogues, plus ou moins graves.

M. *E. Labbé* n'a pas observé chez ses typhoïdiques, à la Maison de santé Dubois, une seule eschare. Il croit que ce fait peut venir à l'appui de l'opinion de M. Féréol; en effet, les malades qui sont soignés dans cet établissement sont isolés dans des chambres distinctes, et, par suite, l'encombrement ne peut se produire. En outre, on dispose, dans cet hôpital, d'un grand nombre de matelas d'eau sur lesquels on place les malades aussitôt que l'on constate la moindre menace d'eschare cutanée. Enfin, M. E. Labbé pense que cette absence de toute complication de gangrène peut être aussi attribuée, en partie, à l'alimentation des typhoïdiques qu'il considère comme indispensable et qu'il prescrit aussi abondante que le permet l'état de chaque malade; cette alimentation consiste en bouillon, lait, vin, alcool et même en potages légers. Il pense que l'extrême rareté des ulcérations de l'épiglotte, autrefois si fréquentes dans la dothiénentérie, reconnaît également la même cause. Mais il proteste contre la réprobation dont l'acide phénique semble être, depuis quelque temps, l'objet. Il l'a constamment employé lors de fétidité marquée des selles ou d'hyperthermie inquiétante et en a retiré de grands avantages. Il le prescrit en lavements, à la dose de 50 centigrammes, deux fois par jour, et jamais il n'a observé d'accidents pouvant être imputés à cette médication.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait observer que tous les médecins sont aujourd'hui d'accord sur la nécessité de l'alimentation rationnelle des typhoïdiques. Quant à l'acide phénique, il a produit des accidents à des doses moindres encore que celle dont parle M. E. Labbé; on en a rapporté des cas incontestables. D'ailleurs, les lavements phéniqués ne pourraient empêcher la fétidité des selles des typhoïdiques; cette fétidité n'est qu'un résultat des ulcérations des plaques de Peyer, et l'on ne peut, avec un lavement introduit dans le rectum, s'opposer à cette ulcération; peut-être, d'ailleurs, serait-il dangereux de s'y opposer. Les lavements phéniqués ne sont donc pas utiles comme désinfectants; si l'on veut éviter les émanations provenant des selles des typhoïdiques dans les salles d'hôpital ou les chambres des malades, il suffit de verser une solution d'acide phénique dans les bassins où sont recueillies les déjections. A ce point de vue, l'acide phénique est un excellent désinfectant, mais c'est un dangereux antithermique. M. Dujardin-Beaumetz est d'avis que, si l'on veut, malgré tout, recourir à l'acide phénique pour abaisser la température, il faut l'administrer dès le début de l'affection; plus tard, il ne donne aucun résultat satisfaisant.

M. *E. Labbé* observe ordinairement à la Maison de santé Dubois, les malades dès les deux ou trois premiers jours de la dothienentérie; c'est sans doute à cette circonstance qu'il doit les heureux effets qu'il a constamment obtenus de l'emploi des lavements phéniqués.

Élections. — Sont nommés membres titulaires de la Société de thérapeutique : MM. Campardon et Langlebert fils, dans la section de médecine; M. Vigier (Ferdinand) dans la section de pharmacie.

— A cinq heures et demie la séance est levée.

André PETIT.

REVUE DES JOURNAUX

De la méningite cérébro-spinale épidémique, par M. STRUMPELL.

Travail basé sur une trentaine de cas observés à la clinique de Leipzig pendant les années 1879-1880.

« Un examen attentif montre, dit l'auteur, que dans bon nombre de cas parfaitement authentiques de méningite cérébro-spinale épidémique, il existe au sein de la substance cérébrale de petites accumulations de cellules de pus, pouvant parfois être distinguées à l'œil nu. On doit en conclure que l'agent pyogénique de la maladie peut pénétrer (par les vaisseaux) dans la substance cérébrale, se fixer en certains points, y produire des foyers de suppuration. Par conséquent, il ne paraîtra pas extraordinaire que des abcès volumineux puissent se former. L'observation nous apprend qu'en même temps que les cas classiques de méningite cérébro-spinale, on voit apparaître des abcès cérébraux, dont on ne parvient pas à s'expliquer la fréquence.

» Dans deux cas observés à Leipzig, on trouvait, en même temps que les abcès, une méningite peu développée, mais autonome, du cerveau et de la moelle : combinaison de méningite et d'abcès du cerveau.

» Comme dans nos idées actuelles nous recherchons dans de pareilles suppurations un agent infectieux extérieur, comme nous savons, d'ailleurs, que l'agent de la méningite cérébro-spinale épidémique provoque des suppurations cérébrales, nous sommes autorisés à penser que les faits ci-dessus sont des localisations extraordinaires de la méningite épidémique. »

Jaffé (de Hambourg), à propos de 17 cas observés à l'hôpital de cette ville, dit que la méningite cérébro-spinale est une maladie infectieuse due à un virus spécifique, « et pouvant être propagée aussi bien par des influences *contagieuses* que *miasmatiques.* » Malgré des examens multiples, il n'a pu trouver de microbes ni dans le sang ni ailleurs, et il conclut « que la maladie n'est pas parasitaire ». C'est conclure un peu vite.

Rien de spécial au point de vue des symptômes et du pronostic; mortalité : 60 pour 100.

Le diagnostic d'avec la méningite tuberculeuse est reconnu difficile et même impossible.

Comme traitement, rien ne vaut la glace ou les narcotiques. Les antipyrétiques sont franchement défavorables : les bains ne sont pas supportés. (*Archiv. für. klin. Med.*, t. XXX.)

De la cure radicale des hernies, par M. Schwalbe.

L'auteur rend compte, au Congrès des chirurgiens allemands, de 34 cas de cure radicale par des injections d'alcool. Parmi ces cas, il y en a dont la guérison dure depuis six ou sept ans, quoique les hernies fussent volumineuses, avec orifice très large. Il semble donc que cette méthode permette d'obtenir au moins les mêmes résultats que les procédés ordinaires. Elle doit être préférée parce qu'elle est absolument innocente. — L'auteur a fait des essais avec l'extrait d'écorce de chêne (Heaton), sans obtenir de résultats meilleurs. Son emploi nécessite de grandes précautions. Ces expériences ne sont pas terminées.

Les hernies qui se prêtent le mieux à cette médication sont celles de la ligne blanche et de l'ombilic; les plus réfractaires, celles de l'aine chez l'homme. Cependant, avec de la persévérance, on atteint le but dans la plupart des cas.

Bardeleben s'exprime d'une façon très réservée sur ce procédé. Ranke (de Groningue), a traité plus de 100 cas de cette façon et tient la méthode pour avantageuse. Les désagréments sont : la douleur et l'infiltration des tissus. Il pense que le procédé est inapplicable lorsque l'orifice est large et les parois abdominales relâchées.

Gussenbauer (de Prague) a expérimenté les injections d'alcool dans 6 cas de hernie. En cinq à huit semaines, en trois mois au plus, l'orifice est rétréci au point d'empêcher la sortie de l'intestin. Ces résultats doivent encourager les recherches. (*Cent. für. Chir.*, suppl. au n° 29, 1882.)

Un cas d'entérite parasitaire, par M. Fischel.

Déjà, en 1875, Kebs avait publié une observation d'*enteromycosis hemorrhagica*, dans laquelle le sang contenait de longues bactéries articulées. Dans le cas de Fischel, il s'agit d'une femme enceinte de huit mois, morte rapidement à la suite d'un frisson, de vomissements verdâtres, de coliques et de collapsus. A l'autopsie, on trouva une tuméfaction de la rate et un gonflement des ganglions mésentériques. A l'extrémité du duodénum et dans le jéjunum, dont la contenu était liquide et roussâtre, on constata, sur une étendue de 40 centimètres, au sommet des plis de Kerkringius, des tuméfactions circonscrites de la grosseur d'un haricot, qui pendaient comme des petites sacoches dans l'intérieur de l'intestin. La surface de la muqueuse ne présentait aucune trace d'ulcération. Dans le sang, très épais et très noir, de la veine fémorale, on rencontra des bâtonnets articulés. En un grand nombre de points, le sang veineux contenait des groupes de granulations graisseuses, « qui provenaient probablement de la destruction des globules blancs ».

L'examen microscopique montra, du côté de la muqueuse intestinale, une masse de parasites infiltrant les tissus : des bâtonnets et des filaments allongés, irrégulièrement disposés.

Quoique ces bâtonnets présentent une analogie manifeste avec la bactéridie, l'auteur ne pense pas que le cas observé par lui puisse être rangé au nombre des manifestations du charbon. Il admet que la grossesse, en ralentissant les mouvements péristaltiques de l'intestin, a permis aux hyphomycètes, provenant de l'air extérieur, généralement innocents de se rassembler et de se transformer en organismes pathogéniques. (*Archiv. für. exp. Path.*, t. XVI, et *Cent. für med. Wiss.*, 1882, n° 42.)

Des paralysies atrophiques de l'extrémité supérieure, par M. O. Vierordt.

Le diagnostic différentiel des diverses formes de paralysie du bras est assez obscur. Un certain nombre d'observations recueillies avec un soin méticuleux, a permis à Vierordt de poser à cet égard des règles qui, malheureusement, nous paraissent comporter bien des exceptions.

I. *Paralysie traumatique périphérique.* — La paralysie motrice est exactement limitée au district nerveux correspondant : elle est suivie d'une atrophie musculaire plus ou moins accusée. Les troubles de la sensibilité ne font pour ainsi dire jamais défaut dans les cas graves; mais ils sont moins exactement limités et souvent ne frappent qu'une portion du district nerveux. L'examen électrique donne des résultats variables avec le stade de la maladie. A la proximité de la lésion traumatique, on constate parfois de la tuméfaction, de la douleur locale et centripète du nerf, qui sont des symptômes de névrite secondaire.

II. *Névrite périphérique.* — Les troubles moteurs se rapportent, par leur localisation, à un district nerveux déterminé. Quelques-uns des muscles (généralement ceux dont le filet moteur se sépare le plus tôt du tronc nerveux principal) sont intacts, absolument ou relativement. En général, le district nerveux atteint est facilement reconnu.

La faiblesse fonctionnelle débute souvent plus tôt que l'atrophie; les deux peuvent évoluer parallèlement.

La sensibilité est d'ordinaire diminuée dans le district nerveux correspondant; mais elle peut aussi rester normale.

L'exploration électrique peut fournir des résultats très différents. La réaction de dégénérescence (*Entartungsreaction*) est chose commune à l'apogée de la maladie. Ici encore on constate des signes de névrite.

III. *Atrophie musculaire progressive.*— On constate une atteinte plus ou moins diffuse, en apparence irrégulière et cependant typique, des muscles de districts nerveux divers. Début ordinaire par les petits muscles de la main, parallélisme évident entre l'atrophie et la faiblesse. Réaction généralement partielle, quelquefois complète; dans les stades terminaux pas de réaction du tout. Contractions fibrillaires fréquentes.

IV. *Poliomyélite antérieure chronique.* — L'atteinte des muscles ne se localise pas dans des districts déterminés; cependant elle est plus ou moins typique (dans le sens de Remak). Dans les cas ordinaires, il est vrai que c'est la faiblesse qui débute et l'atrophie qui suit; mais dans les cas mixtes cette succession est difficile à constater : l'atrophie et la faiblesse peuvent marcher de pair. Pas de désordres de sensibilité bien marqués. A l'exploration électrique, réaction de dégénérescence complète ou partielle. (*Deutsches Arch. für. klin. Med.*, t. XXXI, p. 485.)

De la fièvre récurrente, par M. Motschutkowsky (d'Odessa).

La courbe thermométrique serait, d'après l'auteur, un excellent moyen de pronostic.

Lorsque, pendant la période d'apyrexie, on constate une élévation progressive de température de 1 à 2 degrés en totalité, on peut annoncer sûrement un nouvel accès.

Lorsque cette ascension graduelle est très lente ou lorsqu'il y a des oscillations plus ou moins considérables autour d'une ligne horizontale, les rechutes font défaut dans les deux tiers des cas.

Lorsque, au contraire, il y a une descente graduelle de la température, on peut affirmer d'une façon certaine qu'il n'y aura pas de rechute.

Le même auteur pense que la réinfection peut se faire à diverses reprises chez le même individu à des intervalles assez courts. Oks confirme, en thèse générale, les idées de l'auteur précédent. Au point de vue thérapeutique, il recommande chaudement le calomel. (*Arch. für. Klin. Med.*, t. XXX.)

BIBLIOGRAPHIE

Clinical lectures on diseases of the urinary organs, delivered at University College hospital, by sir Henry THOMPSON. Sixth edition, London, J. et A. Churchill, 1882.

Mettre à la portée des étudiants, grâce à son prix modéré, un livre consacré à l'étude d'une partie spéciale de la chirurgie, c'est rendre à tous un immense service, quand ce livre a la haute valeur des *Leçons cliniques* de Thompson. L'éditeur y gagne moins, sans doute, qu'à publier certains manuels qui ont la prétention de contenir à la fois la médecine et la chirurgie, mais la science en tire plus de profit. Ces leçons cliniques, depuis longtemps traduites en notre langue, sont cependant peu connues en France, parce que nous possédons de nombreux et d'excellents traités des maladies des voies urinaires.

Dans ces affections, si communes et si graves, il importe d'établir un diagnostic à la fois exact et rapide : exact, parce que le succès du traitement dépend de cette justesse ; rapide, parce que les explorations doivent être ménagées. Ainsi que le dit si justement Thompson : tout instrument est par lui-même, *per se*, un mal plus ou moins considérable, et on ne doit jamais en faire usage que s'il y a un mal plus grand encore auquel son emploi doit probablement remédier. De là la nécessité d'une méthode d'examen uniforme, méthode dans laquelle l'interrogatoire occupe une place importante, si l'examen est logiquement conduit. La fréquence des mictions, les conditions de la douleur, les altérations de l'urine, enfin l'absence ou l'existence d'hématuries, sont les premiers points à déterminer. L'examen physique des organes, puis l'examen chimique ou autre des sécrétions, constituent les deux autres parties de l'exploration méthodique. Pour ce qui est de l'*endoscope* et de l'éclairage électrique de la cavité vésicale, il n'est guère possible d'en tirer parti jusqu'ici. Cependant, le perfectionnement de l'outillage imaginé par Nietze et Leitner pourra dans l'avenir accroître la valeur de l'éclairage de la vessie.

L'urèthre n'est pas un tube ouvert, laissant passer les liquides dans tous les sens. C'est un canal à parois accolées, sauf au moment de la miction, et les liquides qui le parcourent vont toujours du dedans vers le dehors, de la vessie vers l'extérieur. Pour leur faire suivre une marche inverse, il faut violenter le canal, employer de la force. La structure anatomique rend compte du siège des rétrécissements de l'urèthre, des rétrécissements organiques, les seuls qu'on doive admettre. Pour le traitement de ces coarctations, Thompson conseille avant tout la dilatation, surtout la dilatation temporaire. La divulsion ou la déchirure des tissus morbides ne lui paraît pas très avantageuse. Bien supérieure est l'uréthrotomie interne, la division faite d'*arrière en avant*. Inutile de dire que le chirurgien anglais diffère dans ses opinions d'une bonne partie de nos compatriotes qui, se servant de l'instrument de Maisonneuve, pratiquent l'uréthrotomie d'*avant en arrière*. Le plaidoyer de Thompson ne nous a pas absolument convaincu. Nous ne saurions non plus accepter les reproches qu'il fait à l'explorateur à boule, pour l'examen du canal de l'urèthre. Mais nous ne pouvons discuter ici ces questions.

Quittant les lésions de l'urèthre antérieur, nous arrivons à l'hypertrophie de la prostate, et à la rétention d'urine qui en est si souvent la conséquence. Il faut toujours s'en souvenir : la miction involontaire indique habituellement la rétention de l'urine et non l'incontinence.

Neuf leçons sont consacrées à l'étude de la maladie calculeuse, de la pierre dans la vessie et de son traitement. Si l'opinion d'un homme compétent et habile (et personne ne saurait refuser ces qualités au chirurgien anglais) doit suffire pour entraîner les convictions, tous, aujourd'hui, doivent adopter la lithotritie rapide, comme la méthode la plus sûre et la meilleure pour la cure des calculs vésicaux. Qu'on accepte le nom de *litholapaxie* proposé par Bigelow, ou qu'on préfère, avec Thompson, comme plus exact, le terme de lithotritie en une séance, la méthode n'en est pas moins excellente, et nous devons savoir gré à un des anciens défenseurs de la lithotritie à séances courtes et multiples, de n'avoir pas hésité un instant à modifier sa pratique et à faire connaître la supériorité du procédé américain. Il en décrit minutieusement le manuel, avec les modifications qu'il a fait subir à l'aspirateur et aux brise-pierres en usage. Cent douze sujets âgés (112) ne lui ont donné que trois morts, moins de 3 pour 100, alors que 400 lithotrities à séances multiples comptaient encore une mortalité de 7,5 pour 100. C'est que la méthode nouvelle, en enlevant complètement tous les débris calculeux, met l'opéré à l'abri des complications les plus graves.

La lithotritie rapide rétrécit encore le champ déjà si restreint des diverses cystotomies. Elle lui est supérieure, même en cas d'accidents vésicaux et de pyélo-néphrites. Mais, pour éviter de semblables conditions, il faut arriver à reconnaître les calculs, alors qu'ils sont encore très petits. Il n'est guère possible, en effet, d'espérer par le régime empêcher la gravelle urique de se produire. Les dépôts phosphatiques, pas plus que les autres, ne sont susceptibles d'être dissous dans la vessie, et la lithotritie reste encore jusqu'ici l'opération de l'avenir pour les calculs vésicaux. C'est ainsi que l'étude montre l'importance extrême d'un diagnostic précoce et exact.

Il n'est pas rare de rencontrer de malheureux patients qu'une hypertrophie de la prostate ou une cystite ancienne a réduits, par la fréquence et la douleur des mictions, par la nécessité de se passer la sonde à tout instant, dans un état des plus misérables. Que faire ? Thompson a tenté cinq fois une ouverture permanente de la vessie, en plaçant par l'hypogastre une canule aussi petite que possible. Sans doute les résultats n'ont pas été brillants, mais les patients ont été soulagés pendant leurs derniers jours. Aussi, dans certains cas douteux, ne doit-on pas hésiter à pratiquer au périnée une incision suffisante pour laisser passer l'index jusqu'à l'urèthre prostatique et de là dans la vessie, qu'il peut directement explorer. Sur 6 cas de ce genre, Thompson a pu sauver deux malades, en précisant le diagnostic et la thérapeutique nécessaire.

Rien de bien nouveau sur la cystite et la prostatite, sur la paralysie et l'atonie de la vessie, sur l'incontinence nocturne des enfants. Le diagnostic des tumeurs vésicales se fait surtout par exclusion. Si elles sont bénignes et accessibles, l'ablation peut en être tentée. De même, l'intervention opératoire est acceptable aujourd'hui, dans les cas de calculs et de tumeurs des reins. La néphrotomie, la néphrolithotomie et la néphrectomie ont donné des succès.

Un dernier chapitre, consacré à l'examen de l'urine dans un but clinique, termine cet ouvrage et le complète dignement. Qu'il nous soit permis de le redire, un tel livre fait honneur à son auteur. Il devrait être dans toutes les mains, et il y serait certainement, chez nous comme en Angleterre, si nous ne possédions des traités originaux qui peuvent soutenir la comparaison avec l'œuvre du célèbre spécialiste anglais.

Dr J. CHAUVEL.

Index bibliographique.

Note sur le traitement des aphonies nerveuses par l'électricité, par le professeur Desplats (de Lille). Broch. in-8°. (Extrait du *Journal des sciences médicales de Lille.*)

Sept observations d'aphonie, sans lésion apparente du côté du larynx, chez des femmes plus ou moins suspectes d'hystérie ou de disposition tuberculeuse. Dans les trois premiers cas, l'application des électrodes, soit aux parties latérales du larynx, soit à la partie postérieure du cou et à la partie antérieure du larynx, a amené une guérison immédiate. Dans les quatre autres, plus rebelles, l'électricité dut être portée sur les cordes vocales; un des électrodes était appliqué à la partie antérieure du larynx; le succès fut complet après quelques séances.

Rapports présentés au Conseil municipal de Paris : 1° sur l'appropriation de logements pour le personnel laïque a l'hôpital Tenon; 2° sur la reconstitution du service des bains et d'hydrothérapie de l'hôpital Laennec; 3° sur la construction d'un service balnéo-hydrothérapique a la Salpêtrière, par M. le docteur Bourneville.

Nous ne pouvons entrer dans l'analyse de ces rapports, où les questions de budget, les détails de construction, d'aménagement, etc., tiennent naturellement une très large place; mais nous croyons devoir les signaler comme pouvant être consultés avec grand avantage par tous ceux qui ont à diriger ou qui veulent étudier les services hospitaliers au point de vue de l'hygiène et des ressources thérapeutiques.

L'épidémie de fièvre typhoïde a Brest, par le docteur Louis Caradec. Broch. in-8°. (Extrait de la *Revue d'hygiène et de police sanitaire.*)

L'auteur s'efforce de déterminer les causes des épidémies qui ont régné de 1876 à 1880. La fièvre typhoïde est endémique à Brest; mais, dans la période indiquée, elle a pris un caractère tout à fait épidémique, frappant surtout divers quartiers de la ville, des établissements d'instruction publique, et la caserne, le fort du Château, où le foyer d'infection n'a été éteint chaque année que par l'évacuation temporaire. Les établisssements d'enseignement ont été vite fermés et assainis; la maladie ne put donc y faire que peu de victimes; mais ses ravages furent grands à la caserne dans cette période de près de quatre années. En 1876, suivant un rapport du docteur Aron, sur un effectif de 6000 hommes, 100 malades furent atteints, dont 55 moururent *en moins de deux mois.* L'intensité de l'épidémie, dans cette caserne, fut aussi très grande. L'auteur s'applique à montrer que la cause doit en être recherchée dans de mauvaises conditions hygiéniques; aux émanations des latrines, des cuisines et du lavoir, ainsi qu'à l'insuffisance de la ventilation dans les dortoirs; ces vues, l'auteur le rappelle lui-même, ont été le sujet de contestations sur lesquelles nous ne pouvons nous prononcer.

Études sur le cancer. Caustiques et instrument tranchant, examen critique des traitements préconisés, etc., etc., par le docteur Bougard. In-8° de xxv-890 pages, Bruxelles, 1882.

Ce livre a pour but la démonstration de la curabilité du cancer par les caustiques, et plus spécialement par le caustique de l'auteur et par sa manière de l'employer. Les considérations sur l'histoire, l'étiologie, le développement, la nature, la propagation, la spécificité, la malignité du carcinome, si développées qu'elles soient, aboutissent toujours à cette unique conclusion : *le cancer n'est pas incurable.* Prise à temps, c'est-à-dire alors qu'elle est encore nettement localisée, toute tumeur cancéreuse peut et doit être détruite; la guérison est à cette période le fait habituel. Le docteur *Bougard*, rejetant absolument le bistouri, préconise une pâte caustique à base de chlorure de zinc, avec addition d arsenic, de cinabre et de sublimé corrosif en proportions très minimes Sa méthode consiste essentiellement à détruire la couche cutanée avec la pâte de Vienne, puis à attaquer le néoplasme par des applications journalières de caustique, en ayant soin d'enlever avant chaque cautérisation nouvelle les trois quarts de l'eschare produite par la cautérisation précédente. On poursuit ainsi la tumeur jusqu'à ses dernières limitee. Sur 162 cas de cancers du sein, l'auteur compte 64 guérisons et seulement 98 récidives, proportion bien plus favorable que celle de Billroth, dont les succès ne sont que de 13 pour 100.

A côté des discussions théoriques souvent peu intéressantes et de redites fastidieuses pour le lecteur, nous devons savoir gré à notre confrère belge d'avoir publié sa statistique intégrale et les observations résumées de nombreux opérés qu'il a suivis pendant plusieurs années. Sans partager ses opinions trop exclusives sur les inconvénients et les dangers de l'extirpation des cancers par l'instrument tranchant, sans avoir sa foi dans la supériorité de la cautérisation progressive, nous pouvons dire que son plaidoyer en faveur de cette méthode s'appuie sur une pratique étendue et sur un nombre assez considérable de succès.

J. C.

VARIÉTÉS

Mutations dans les hôpitaux. — Par suite de la limite d'âge de M. J. Bergeron : M. d'Heilly passe à l'hôpital Trousseau; M. Sevestre, à l'hôpital Saint-Antoine; M. Rathery, à l'hôpital Tenon; M. Hutinel, à l'hôpital de Lourcine.

Hôpitaux de Paris. Internat. — Le concours de l'internat s'est terminé mercredi soir, 20 décembre. Ont été nommés :

A. *Internes titulaires :* MM. Hallé, Charles, Barbier, Dubief, Brunon, Mérigot de Treigny, Barbillion, Denucé, Boiffin, Guillet, Notta, Ménétrier, Clado, Crespin, Carlier, Florand, Roger, Cayla, Belin, Largeau, Moussous, Varnier, Blanc, Chaslin, Festal, Jeanton, Delon, Gellé, Lubet-Barbon, Renaud, Larmaud, Gilly, Toupet, Vigneron, Pignol, Berbez, Achard, Dubreuilh, Blocq, Weber, Broussole, Vallin, Braine, Bouttier, Schaehmann et Berthod.

B. *Internes provisoires :* MM. Hischmann, Potocki, de Tornery, Budor, Belin (Joseph), Aurière, Mortin de Gimard, Favrel, Raymond, Thouvenet, Demoulin, Derville, Lauth, Jeanselme, Wins, Champeil, Leclercq, Crivelli, Engelbach, Chochon-Latouche, Despréaux, Villar, Didier, Ribeton, Jacquet, Cahn, Godet, Girode, Rescein, Dumoret, Demars, Peraire, Duroselle, Lavic, Lepage, Costilhes, Duchon-Doris, Bocquet, Camescasse, Berne, Butruille, Dautel, Leflaive, Courtade, Gomet-Lévy.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Jacquemet, agrégé, est chargé, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1882-1883, du cours auxiliaire d'histoire naturelle. — M. le docteur François est chargé provisoirement des fonctions de chef des travaux pratiques de physiologie, en remplacement de M. Lannegrace, appelé à d'autres fonctions.

Conseil général de la Seine (séance du 25 décembre). — M *Thulié* a présenté un rapport sur le service des enfants assistés. Le crédit de 4 779 000 francs demandé par le rapport a été adopté.

— Du rapport de M. Bourneville sur le service des aliénés, il résulte que ce service comptait en 1881, 11 252 malades, soit 335 de plus qu'en 1880, au compte du département de la Seine. Par suite des sorties ou décès survenus, le nombre des aliénés restant au 31 décembre 1881, tant dans ses propres établissements que dans ceux des autres départements, était encore de 8260, chiffre supérieur de 291 à celui de la population des malades en traitement au 31 décembre 1880. La dépense d'entretien de ces malades est évaluée, pour le budget de 1883, à la somme de 4 843 790 fr. 90, c'est-à-dire 246 433 fr. 40 de plus qu'au budget de 1882. Cette augmentation est motivée par l'accroissement du nombre des aliénés et par l'élévation des prix de journée dans les départements avec lesquels le département de la Seine a passé des contrats pour la garde de ses malades. Le chiffre de 4 843 790 fr. 90 est inscrit au budget.

Service de santé militaire. — A été nommé :

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Ancienneté.) M. Ramonnet (François-Marie-Auguste), médecin-major de 2e classe aux hôpitaux militaires de la division d'Alger.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur André, médecin-adjoint de l'asile des aliénés de Fains, près Bar-le-Duc.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Penquer (de Brest), et de M. George, professeur de médecine légale à l'Ecole de médecine d'Alger.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — L'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine de Paris a, dans sa séance d'hier jeudi, 28 décembre, désigné M. Proust pour suppléer M. le professeur Bouchardat dans le service des examens pendant l'année 1883.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Lamic est nommé chef des travaux pratiques d'histoire naturelle (emploi nouveau).

PRIX GODARD. — La Société de biologie vient de décerner le prix Godard à M. F. Lalesque. — Elle a accordé, en outre, deux mentions et une citation : la première mention (*ex æquo*), à MM. Ballet et Leloir; la deuxième mention, à Mlle Skwortzoff; la citation, à M. Blaise.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. Knoepfler (François-Victor-Louis) est nommé aide de clinique. — M. Vautrin (Alexis) est nommé aide d'anatomie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Simoni (Don Jacques), docteur en médecine, est nommé secrétaire du service des autopsies, attaché à la chaire d'anatomie pathologique (emploi nouveau).— M. Mathieu (Marc) est nommé aide de clinique médicale (emploi nouveau). — M. Reynaud, bachelier ès sciences, est nommé préparateur du laboratoire de chimie, en remplacement de M. Bonin, démissionnaire.— M. Joly, bachelier ès sciences, est nommé préparateur au laboratoire de pharmacie, pendant l'année scolaire 1882-1883, en remplacement de M. Reverchon, démissionnaire.

— M. le docteur Royer (Alphonse) est nommé pour deux ans chef de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Brun, dont le temps d'exercice est expiré.—M. Mondan (Gabriel) est nommé chef des travaux de chirurgie (emploi nouveau).

ÉPIDÉMIES. — On écrit de Gorée, 10 décembre, au *Journal du Havre ;* « Le bulletin sanitaire de Dakar peut se résumer ainsi : deux décès en ville, le dernier à la date du 3 courant; deux au lazaret, provenant de l'équipage de l'aviso *l'Albatros*, le plus récent à la date du 7. L'amélioration est manifeste ; il n'y a plus de malades en ville. On signale quelques fièvres typhoïdes au camp des Madeleines; mais dans toutes les autres parties de la colonie l'état sanitaire est très satisfaisant, et la température est d'ailleurs excellente. »

MORTALITÉ A PARIS (51e semaine, du vendredi 15 au jeudi 21 décembre 1882). — Population d'après le recensement de 1881 : 2239928 habitants. — Nombre total des décès : 1202, se décomposant de la façon suivante :

Affections épidémiques ou contagieuses : Fièvre typhoïde, 84. — Variole, 9. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 5.— Diphthérie, croup, 35. — Dysentérie, 1.— Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 9. — Autres affections épidémiques, 0. — Méningite, 45.

Autres maladies : Phthisie pulmonaire, 197. — Autres tuberculoses, 7. — Autres affections générales, 83. — Malformations et débilité des âges extrêmes, 74. — Bronchite aiguë, 34. — Pneumonie, 81. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris au biberon et autrement, 46; au sein et mixte, 33; inconnu, 4.— Autres maladies de l'appareil cérébro-spinal, 113; de l'appareil circulatoire, 86; de l'appareil respiratoire, 84; de l'appareil digestif, 43; de l'appareil génito-urinaire, 31; de la peau et du tissu lamineux, 1; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme par : fièvre inflammatoire, 1; infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 40. — Causes non classées, 2.

Conclusions de la 51e semaine. — Il a été enregistré cette semaine 1208 naissances et 1202 décès. Les nombres de décès accusés par les précédents bulletins étaient : 1071, 1064, 1135, 1094. Le chiffre de 1202 décès, relevé dans le bulletin de ce jour, est donc supérieur à chacun des chiffres de décès des quatre dernières semaines. La comparaison, entre cette semaine et la précédente, des nombres de décès accusés par les affections épidémiques, fait ressortir : une aggravation pour la fièvre typhoïde (84 décès au lieu de 49 pendant la 50e semaine), l'érysipèle (9 au lieu de 3), l'infection puerpérale (9 au lieu de 4); une atténuation pour la diphthérie (35 au lieu de 43). A l'égard des autres affections épidémiques, il y a eu 9 décès par variole (au lieu de 7), 18 par rougeole (au lieu de 16), 1 par scarlatine (au lieu de 9), et 5 par coqueluche.

En ce qui concerne les cas d'invasion, la situation hebdomadaire des hôpitaux accuse un nombre d'admissions inférieur pour la variole (15 malades reçus du 11 au 17 décembre, au lieu de 17 entrés pendant les sept jours précédents), et supérieur pour la fièvre typhoïde (172 au lieu de 171) et pour la diphthérie (37 au lieu de 18).

Dr BERTILLON,

Chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

AVIS

MM. les Abonnés de la France à la **Gazette hebdomadaire** qui n'auraient pas renouvelé leur abonnement avant le 10 janvier prochain, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire, une quittance leur sera présentée à partir du 10 février, augmentée de 1 franc pour frais de recouvrement.

Un mandat collectif, *sans frais de présentation quand la somme atteindra* 50 *francs*, sera présenté à la même date à ceux de nos clients qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par la maison.

Nous rappelons aux Abonnés de la GAZETTE HEBDOMADAIRE *qu'ils ont droit, moyennant un supplément annuel de* 8 *francs, à recevoir le* BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, *publié le dimanche de chaque semaine.*

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité pratique des maladies de la peau, par M. A. Duhring, professeur de dermatologie à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie. Traduit et annoté sur la 2e édition, par M. le docteur Toussaint Barthélemy et M. le docteur Adolphe Colson. Avec une préface par M. Alfred Fournier. 1 vol. in-8 de 853 pages avec 70 figures dans le texte. Paris, G. Masson. 15 fr.

Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, leur diagnostic et leur traitement, par M. Spencer Wells, président du Collège royal des chirurgiens anglais. Traduit de l'anglais par M. le docteur Paul Rodet, avec une préface par M. Simon Duplay. 1 vol. in-8 de 510 pages, avec 68 figures dans le texte. Paris, G. Masson. 10 fr.

Le rhumatisme, sa nature et son traitement, par M. le docteur T.-J. Maclagan, traduit de l'anglais par M. le docteur Brachet. 1 vol. in-8 de 320 pages avec 1 planche. Paris, G. Masson. 7 fr.

Traité élémentaire de pathologie externe, par MM. E. Follin et Simon Duplay. Tome VIe, fascicule 4 (fin du volume). L'ouvrage complet formera 7 volumes grand in-8. 1 vol. grand in-8, pages 577 à 791. Paris, G. Masson. 4 fr.

Manuel d'histologie pathologique, par MM. Cornil et Ranvier. 2e édition revue et augmentée. Tome II, 1er fascicule. 1 vol. grand in-8 avec 125 figures dans le texte. Paris, Germer Baillière et Ce. 7 fr.

— Le tome Ier, 1 vol. grand in-8 avec 281 figures dans le texte se vend séparément. 14 fr.

Manuel de pathologie chirurgicale, par MM. A. Jamain et F. Terrier. 3e édition. Tome III, fascicule 1. 1 vol. in-18. Paris, Germer Baillière et fils. 4 fr.

— Les tomes I, II se vendent séparément. 8 fr.

L'électricité statique et l'hystérie, mémoire précédé d'une lettre à M. le professeur Charcot par M. le docteur Arthuis. 1 vol. in-8 de 72 pages avec figures. Paris, O. Doin. 2 fr.

Contribution à l'histoire du cancer de l'intestin, étiologie et anatomie pathologiques, par M. le docteur Ernest Haussmann. In-8 de 93 pages. Paris, Asselin et Ce. 2 fr. 50

Théorie de l'action du tartre stibié dans la pneumonie, par M. le docteur Da Costa Alvarenga, professeur à l'École de médecine de Lisbonne. 1 vol. in-8 de 50 pages. Paris, Germer Baillière et Ce. 2 fr.

De l'ataxie héréditaire (maladie de Friedreich), par M. le docteur Auguste Brousse. In-8 de 100 pages. Paris, O. Doin. 3 fr.

Traité théorique et clinique de la dysenterie, diarrhée et dysenterie aiguë et chronique, par M. L.-J.-B. Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine, etc. 1 beau vol. in-8 de 995 pages. Paris, O. Doin. 12 fr.

Hygiène de la jeune fille, par M. le docteur A. Coriveaud (de Blaye). 1 vol. in-12. Paris, J.-B. Baillière et fils. » »

COMMUNICATIONS PHARMACEUTIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES

THÉRAPEUTIQUE

Le brome, doué de qualités très irritantes, difficile à administrer médicalement, est peu employé en médecine; c'est le bromure de potassium qui est généralement adopté.

Le bromure de potassium a été étudié, dans ces derniers temps, par des expérimentateurs et des thérapeutistes d'une grande valeur, MM. Bazin, Besnier, Bidd (de Philadelphie), Brown-Séquard, Cersoy, Ferrand, Gubler, Moutard-Martin, Pletzer, Ricord, Stone, Tessier (de Lyon), Thomas (de Sedan), Voisin. Ces études expérimentales et cliniques ont mis en lumière les effets physiologiques et les propriétés médicinales du bromure de potassium, et ont permis d'instituer avec cet agent une médication rationnelle, remarquable par la régularité et la certitude relative des résultats obtenus suivant les doses prescrites.

L'influence générale propre de la médication par le bromure de potassium consiste à modérer, ralentir et régulariser l'action du cœur, et à produire le calme de la circulation. C'est bien certainement en agissant d'abord sur les centres nerveux que le bromure de potassium exerce son influence sur le cœur; mais on admet de plus que c'est par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, dont il augmente l'action, que ce médicament amène la sédation et l'hyposthénie de tout le système.

Indépendamment de cette action générale, le bromure de potassium manifeste, sur certaines régions, une action élective. Cette action s'observe à l'entrée des voies respiratoires et des voies digestives, où l'on signale l'augmentation de la salive, et, lorsque la dose est suffisante, l'insensibilité de l'isthme du gosier et du pharynx; sur l'appareil génito-urinaire, où elle se révèle par la cessation ou l'amoindrissement des excitations anormales du système génital, et par l'augmentation de la sécrétion urinaire.

Mais, bien qu'il ne présente pas à beaucoup près les qualités irritantes du brome, le bromure de potassium, avec sa saveur salée et son arrière-goût amer, demande à être administré avec certaines associations, qui en rendent l'usage plus agréable et plus efficace. M. Laroze, qui depuis longues années fabrique en grand et avec succès le sirop d'écorces d'oranges amères, a été conduit tout naturellement à en faire le véhicule du bromure de potassium; cette association du bromure de potassium avec le sirop d'écorces d'oranges amères est parfaitement rationnelle. D'ailleurs, dans cette préparation, le bromure de potassium est à l'état chimiquement pur, c'est-à-dire qu'il n'est pas uni à la plus petite parcelle d'iodure de potassium; sans cet état de pureté, la préparation ne justifierait pas son titre de sirop sédatif. De plus, le dosage du médicament y est fixe, toujours le même. Une cuillerée à bouche représente invariablement 1 gramme de bromure de potassium; une cuillerée à café, le quart de cette dose, soit 25 centigrammes.

Le *sirop sédatif* d'écorces d'oranges amères *au bromure de potassium* convient dans tous les cas d'irritation, soit nerveuse, soit circulatoire; dans les hyperhémies en général; dans les congestions des centres nerveux; c'est un agent hypnotique précieux là où les préparations opiacées échoueraient. Son utilité n'est pas moins marquée dans certaines maladies du cœur, et surtout contre les palpitations nerveuses ou symptomatiques. Il combat avec efficacité la toux spasmodique de la bronchite, la toux convulsive de la coqueluche, les crises de suffocation de l'emphysème et de l'asthme, la toux déchirante des phthisiques; il adoucit les douleurs cruelles de la laryngite ulcéreuse; il est indiqué dans les phlegmasies de l'isthme du gosier et du pharynx, dans les cas d'œsophagisme et de disphagie. On a cité des cas de guérison d'angine pseudo-membraneuse par ce médicament. Il y a donc indication du sirop sédatif dans la diphthérite. Il combat les névroses en général, la chorée, les convulsions, le tétanos, la toux nerveuse et les autres phénomènes de l'hystérie, et surtout l'épilepsie. Dans le *delirium tremens* son emploi est utile. Aucun autre agent n'est plus précieux pour combattre l'éréthisme génital, les érections nocturnes, pour guérir la spermatorrhée, pour dissiper les souffrances qui ont pour cause la névralgie du col de la vessie. Le sirop d'écorces d'oranges amères au bromure de potassium devient précieux dans la médecine des femmes et des enfants. Aussi les vomissements nerveux quotidiens, pendant la grossesse, en réclament l'emploi. Chez les enfants en bas âge, il calme l'agitation, l'insomnie, la toux pendant la dentition, et peut, dans certains cas, prévenir les convulsions. Il s'emploie pour faire tomber, chez les enfants, l'excitation anormale des organes génitaux, qui aboutit si souvent à des habitudes vicieuses. Toutefois, chez les petits enfants, la diarrhée est une contre-indication.

La médecine opératoire sait utiliser les propriétés du sirop sédatif, qui, en produisant l'anesthésie de l'isthme du gosier, rend plus faciles les opérations qui se pratiquent dans cette région, en particulier la staphyloraphie, et surtout l'exploration laryngoscopique. Enfin, la même préparation, donnée à la dose de une à deux cuillerées à bouche immédiatement après une opération pratiquée sous l'influence anesthésique de l'éther ou du chloroforme, empêche les nausées consécutives à l'éthérisation de se produire. On l'a vu faire cesser ces nausées lorsqu'elles existaient déjà, et même lorsqu'elles étaient suivies de vomissements. La dose à prescrire du sirop sédatif d'écorces d'oranges amères au bromure de potassium varie suivant l'effet qu'on en peut obtenir. Comme sédatif ou anesthésique, la dose doit être de deux cuillerées à bouche au moins par jour pour les adultes, de quatre cuillerées à café pour les enfants. Si l'on veut calmer les accès de suffocation de certaines formes de l'asthme, il faut porter la dose à trois et quatre cuillerées à bouche. La même dose, et même une dose plus élevée, peuvent être nécessaires pour enrayer les convulsions choréiques, les accidents de l'hystérie. Dans le traitement de l'épilepsie, on administre de cinq à huit cuillerées à bouche, et même dix cuillerées par jour.

Hygiène alimentaire.

Il ne s'agit pas ici d'un médicament qui, comme le précédent, a déjà fait ses preuves, — c'est un médicament ou plutôt un aliment nouveau dont le but est de suppléer à l'insuffisance des éléments salins de l'organisme. Il est essentiellement composé : 1° de toutes les matières minérales et azotées du blé, du maïs et de l'avoine, que les RR. PP. Trappistes, par un artifice tout mécanique, sont parvenus à séparer, au moment de la mouture, de la partie centrale et beaucoup moins riche des grains, produisant ainsi une farine supérieure à celle qui serait retirée du grain tout entier; 2° de petit-lait, résidu de la fabrique de fromage qu'exploitent les RR. PP. au monastère du Port-du-Salut. Or, personne n'ignore que c'est le petit-lait qui contient les parties salines du lait.

Il est facile de comprendre que le mélange de cette farine et de ce petit-lait, qu'on a appelé Semouline, réunit au plus haut degré possible les éléments salins propres à suppléer à l'insuffisance de ceux que les aliments ordinaires ont apportés dans l'organisme.

C'est donc un produit perfectionné qu'on peut conseiller en toute assurance aux personnes faibles, aux convalescents, aux enfants, aux estomacs fatigués, aux poitrines débilitées, et, en général, à toutes les constitutions délicates. Il s'emploie en potages ou en bouillies, et peut se prendre à toute heure de jour ou de nuit : 25 grammes, soit une forte cuillerée, suffisent pour un potage à l'eau, au lait ou au bouillon, et 35 grammes pour une bouillie.

THÉRAPEUTIQUE

De la créosote de hêtre associée au baume de Tolu et au goudron de Norvège.

Par M. le docteur E. Lasniée.

La créosote de hêtre a été découverte par Reichenbach, chimiste de Blausko, en Moravie. C'est un produit pyrogéné, dont la composition est : 76,2 de carbone, 7,8 d'hydrogène, 16 d'oxygène ; son nom vient de κρέας, chair, et σώζω, je conserve. Cette heureuse étymologie, suggérée par sa propriété essentielle, nous indique l'action qu'elle exerce dans le traitement de toutes les affections de la poitrine et des voies respiratoires.

Les remarquables travaux des docteurs Bouchard, Gimbert, etc., ont affirmé sa haute valeur thérapeutique, qui n'est plus discutée aujourd'hui.

La créosote se présente sous l'aspect d'un liquide incolore, oléagineux, presque insoluble dans l'eau, mais soluble dans l'alcool, l'éther acétique et les huiles essentielles. On la retire du goudron de bois et du goudron de houille.

La composition de la créosote en révèle naturellement les propriétés ; elle coagule l'albumine, et constitue l'une des substances les plus antiseptiques et les plus antifermentescibles. Elle tue avec une rapidité surprenante les organismes inférieurs. Le seul défaut de ce médicament, c'est d'être mal toléré par certains tempéraments, de causer des nausées, des vomissements, et, dans tous les cas, des renvois, qui obligeaient à en suspendre l'emploi. Il fallait trouver une substance qu'on pût lui adjoindre pour faire disparaître ces inconvénients. Des travaux importants ont fixé le choix sur le baume de Tolu, qui présente, pour cet usage, des avantages particuliers.

Tous nos lecteurs connaissent la couleur jaune et l'odeur balsamique et agréable de ce baume, obtenu par l'incision de l'écorce du *Myrospermum Toluiferum*, plante de l'Amérique méridionale. Tous aussi savent que ces substances résineuses renferment soit de l'acide benzoïque, soit de l'acide cinnamique, qui leur assurent des propriétés antispasmodiques et anticatharrales énergiques.

De toute antiquité, les baumes balsamiques étaient employés avec succès dans le traitement des phlegmasies chroniques, qui ne pouvaient supporter l'usage des térébenthinés. Le baume de Tolu, dont la découverte remonte au delà de Dioscoride, était, dès cette époque, employé au traitement de tous les flux muqueux, des maladies chroniques du poumon, catarrhales et nerveuses, ainsi que dans les affections du larynx produisant l'enrouement et l'extinction de la voix, *raucedines* et *aphoniæ*, et même dans la phthisie tuberculeuse. Morton s'exprime en ces termes au sujet d'une préparation pilulaire composée, en majeure partie, de baume de Tolu : *Istæ pilulæ, in scorbuticorum et scrofulosorum lentâ phthisi* (*quæ quidem sunt frequentissimæ phthises*), *ubi febris* (*si ulla est*) *est admodum mitis, et exsputum phlegma quadamtenus glutinosum, asthmaticorum ritu, curationem non tantùm in principio morbi, verùm etiam in progressu insigniter promovent.*

La réputation du baume de Tolu est bien établie, et il nous a suffi de rappeler ces anciens travaux, pour indiquer que nous n'avons pas affaire ici à une de ces préparations dont l'efficacité est aussi passagère que la vogue, mais à un bon produit de vieille renommée. En ajoutant le goudron de Norvège à ces deux substances d'une activité si incontestable et si universellement reconnue, on arrive à composer un médicament d'un effet sûr et d'une puissance toute nouvelle, qui peut s'apprécier par celle de ses éléments.

Le Goudron végétal (*pix liquida*) du groupe des térébenthinés s'obtient par la distillation des bois de pin qui ne donnent plus de térébenthine. Il se présente sous la forme d'une masse demi-fluide (de consistance sirupeuse), de couleur brune, d'une odeur empyreumatique, d'une saveur âcre.

C'est un mélange complexe de résine et d'une huile essentielle empyreumatique qui s'est formée, en partie, par l'action du feu sur la résine : il contient aussi du charbon.

Au double point de vue physiologique et thérapeutique, le goudron produit des effets qui se rapprochent de ceux de la térébenthine ; mais, comme cette dernière, il n'est pas contre-indiqué par les éléments fièvre et congestion inflammatoire.

Il est employé avec succès, depuis un temps immémorial, dans les affections des voies respiratoires, en raison des heureuses modifications qu'il apporte sur la muqueuse trachéo-bronchique.

L'hydrolé de goudron a reçu, dans ces derniers temps, de nombreuses applications, grâce aux préceptes de préparation si bien établis par Guibourt, Lefort, Soubeiran, Magne-Lahens, Mignot, Jeannel et nombre d'autres savants.

Après de nombreuses expériences, nous nous sommes arrêté à une formule, d'après laquelle nous avons fait préparer de petites capsules ovoïdes par MM. Trouette-Perret, pharmaciens à Paris.

Chaque capsule doit contenir :

5 centigrammes	de créosote pure de hêtre.	
7 1/2	—	de goudron purifié de Norvège.
7 1/2	—	de baume de Tolu.

Ces capsules, appelées par leur auteur *Gouttes livoniennes de Trouette-Perret*, doivent être employées aux doses suivantes :

Dans le cas où la maladie a peu de gravité, et si l'on ne veut qu'un moyen prophylactique, deux capsules le matin et deux le soir peuvent suffire ; mais il n'y a aucun inconvénient à porter plus haut les doses.

Dans les cas plus graves, on commencera par quatre capsules le matin et quatre le soir, et on augmentera la dose de manière à arriver à douze capsules par jour, en graduant suivant l'état de la maladie et l'effet que l'on désire obtenir.

Il est indispensable, chaque fois qu'on aura pris de ces capsules, de ne pas leur permettre de s'arrêter dans les plis de la gorge, et de les faire descendre dans l'estomac en avalant un quart de verre d'un liquide quelconque, eau, lait, vin, thé léger ou tisane froide ou chaude.

Lorsque les *gouttes livoniennes* auront rétabli la santé, il sera bon de n'en point abandonner brusquement l'usage, et, dans tous les cas, de s'y remettre une quinzaine de jours au retour de l'hiver, et notamment aux changements de saisons accompagnés de temps humides.

THÉRAPEUTIQUE

Étiologie de la fièvre typhoïde.

L'épidémie que nous traversons a fait remettre encore une fois à l'ordre du jour des Sociétés savantes la question de l'étiologie de la fièvre typhoïde.

Parmi les diverses opinions émises sur ce sujet, celle qui compte le plus grand nombre de partisans — en attendant qu'elle rallie tous les suffrages — c'est la croyance à l'origine fécale de la maladie.

Les faits viennent, chaque jour, donner plus de force à la théorie naturelle qui explique la transmission de l'élément pathogénique de la fièvre typhoïde par les eaux potables impures, souillées par les déjections des malades.

Au mois de mai 1879, M. le docteur Lecuyer (de Beauvieux) a démontré cette transmission par des faits nombreux devant la Société de médecine publique, et il a formulé ainsi le résultat de ses observations : « La fièvre typhoïde est éminemment contagieuse et se propage principalement par les cours d'eau ; ce sont surtout les matières fécales, finissant par s'infiltrer dans les eaux potables, qui sont les agents de la transmission. »

Les médecins doivent-ils accepter cette conclusion, propre à éclairer un point de l'histoire des fièvres éruptives, longtemps resté obscur? Oui, ils doivent l'accepter, parce qu'elle est déduite logiquement, selon les règles établies par les livres classiques. En effet, dans son *Traité de pathologie interne*, le professeur Grisolle a écrit :

« La question de la contagion ne peut être étudiée que » dans les petites localités, où tout le monde se connaît, où » le même médecin, voyant tous les malades à plusieurs » lieues à la ronde, peut suivre pas à pas le début et le mode » de propagation des maladies. »

C'est dans ces conditions particulières, prévues et indiquées par le maître, que se trouvait le docteur Lecuyer (de Beauvieux) lorsqu'il a enregistré les faits indiscutables établissant que la fièvre typhoïde se transmet par les eaux.

La constatation qui précède, tous les praticiens le savent, n'est pas unique dans l'histoire de la fièvre typhoïde. La plus curieuse est peut-être celle qui a été faite par M. le docteur Baradue, dans une localité du Puy-de-Dôme, appelée Monts, et divisée en deux villages : Monts-le-Haut et Monts-le-Bas. Dans le village d'en haut, où jaillit une source qui abreuve le village d'en bas, un cas de fièvre typhoïde se produit, et les linges du malade sont lavés dans une mare avoisinant la source. Au bout de peu de temps, alors que le village d'en haut (qui ne boit pas de cette eau, et qui a servi de point de départ au mal) ne présente à l'épidémie qu'un seul cas peut-être douteux, le village d'en bas est décimé, et près de la moitié des habitants sont atteints. Pour que la preuve soit plus forte, une seule maison est épargnée dans Monts-le-Bas, et cette maison se trouve précisément être la seule qui possède une source à part, qui n'a pu être contaminée.

La *Gazette des hôpitaux* enregistrait naguère (12 décembre 1882) un exemple encore plus probant, communiqué à la Société médicale des hôpitaux par M. le docteur Dionis (d'Auxerre). En étudiant la marche de la fièvre typhoïde dans le chef-lieu de l'Yonne, M. le docteur Dionis est arrivé à faire voir que les quartiers éprouvés par l'épidémie sont ceux qu'alimentait une source infectée, tandis que les quartiers épargnés sont ceux qui recevaient d'autres eaux potables.

Ces faits expliquent le cri d'alarme poussé par M. N. Gueneau de Mussy, à l'Académie de médecine, au sujet des eaux absorbées par les Parisiens. Pour l'honorable académicien, l'eau de Seine ne vaut rien, l'eau de l'Ourcq pas davantage; quant aux eaux de la Dhuys et de la Vanne, elles vaudraient un peu mieux; mais, par malheur, elles sont trop souvent mêlées aux eaux impures de l'Ourcq ou de de la Seine, prises en aval de Paris, toutes chargées de détritus organiques. D'après M. Gueneau de Mussy, filtrer de telles eaux ne suffit pas; il faut les faire bouillir avant de les boire.

Cette méthode est radicale, nous en convenons, mais elle ne sera probablement pas du goût de tout le monde. Au lieu de porter à l'ébullition un liquide soupçonné de contenir des germes morbides — ce qui donne un breuvage des plus insipides — ne serait-il pas plus simple de faire usage d'une eau naturelle agréable, garantie vierge de toute altération pathologique?

L'eau minérale de Saint-Galmier-Badoit, que l'on trouve aujourd'hui partout, nous paraît parfaitement apte à remplacer les eaux douteuses servies aux habitants des villes. En même temps qu'elle met à l'abri de la contagion par sa pureté absolue, elle contient tous les éléments minéraux propres à régulariser doucement l'exercice des fonctions digestives; c'est pourquoi, rééditant un conseil déjà donné par Dupasquier, Pétrequin, Munaret, Amédée Latour, etc., nous recommandons la vulgarisation de l'eau de Saint-Galmier-Badoit à tous les hygiénistes soucieux de mettre à profit les enseignements de la science étiologique.

Dr J. Meissonnier.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action de l'eau de Châtel-Guyon et de ses indications dans le traitement de la dyspepsie.

La dyspepsie est traitée avec succès par l'eau de Châtel-Guyon transportée; en présence de faits cliniques bien constatés, il est nécessaire de chercher l'interprétation des effets produits, et d'arriver ainsi à préciser les cas dans lesquels la médication est nettement indiquée. Un aperçu sur la composition de cette eau et l'action physiologique de ses principes, déterminé par l'expérimentation, permettra d'abord de se rendre compte de son rôle dans les phénomènes de la digestion.

L'eau de Châtel-Guyon est gazeuse, chlorurée, sodique et magnésienne, bicarbonatée, calcique et ferrugineuse. Elle renferme par litre, d'après les analyses récentes, comme principes particulièrement actifs :

Acide carbonique	1gr,10
Chlorure de sodium	1gr,85
Chlorure de magnésium	1gr,23
Bicarbonate de chaux	2gr,45
Bicarbonate de magnésie	0gr,45
Sulfate de soude	0gr,52
Bicarbonate de fer	0gr,05

L'action de l'*acide carbonique* sur les voies digestives est bien connue; il stimule l'appétit en excitant la muqueuse et les nerfs gastriques, active les sécrétions de l'estomac et celles de l'intestin, et accroît, suivant Brown-Séquard, les mouvements de cet organe.

Le *chlorure de sodium* est un puissant auxiliaire des opérations chimiques de la digestion, puisqu'il augmente la sécrétion et l'acidité du suc gastrique, et que, d'après certains auteurs, il aurait le pouvoir de dégager la propepsine des cellules capitales des glandes pepsiques. Son action a été mise hors de doute par les expériences de Bardleben et celles plus récentes de Rabuteau sur des chiens munis de fistules gastriques. Bardleben, en introduisant directement ce sel dans l'estomac d'un chien, a constaté l'accroissement du suc gastrique.

Rabuteau, en donnant les aliments plus ou moins salés, a pu s'assurer que le suc gastrique, recueilli par la fistule, était plus abondant sous l'influence d'un régime très salé, et qu'il était en même temps plus acide. D'après Bidder et Schmidt, ce sel se transformerait dans l'estomac en soude et en acide chlorhydrique. On comprend toute l'importance de ces faits, si l'on admet avec la majorité des auteurs que l'acidité du suc gastrique est due à cet acide.

Le *chlorure de magnésium* a été récemment l'objet d'une étude spéciale par Laborde. En injectant une solution de ce sel dans les veines de différents chiens, il a constaté des contractions énergiques des anses intestinales qui, après s'être montrées d'abord dans l'intestin grêle, s'étendaient de proche en proche à l'intestin tout entier, ainsi qu'à l'estomac. En même temps avait lieu une abondante sécrétion biliaire, se traduisant avec une distension progressive de la vésicule et des canaux d'excrétion, et par la présence d'une quantité insolite de liquide biliaire dans une grande étendue des premières portions de l'intestin grêle. Laborde a observé également des contractions de la veine, mise à nu, au contact de la solution.

Quant aux *carbonates calcaires* et *magnésiens*, ils agissent comme anti-acides et absorbants, et leur utilité est démontrée dans les affections catarrhales.

On voit, d'après cet ensemble, que l'eau de Châtel-Guyon constitue un médicament complexe, exerçant une action spéciale sur les sécrétions gastrique et biliaire, et sur les contractions intestinales, en un mot sur les phénomènes chimiques et mécaniques de la digestion, sans parler de l'action reconstituante produite sur l'organisme tout entier par l'absorption des chlorures et du fer. Cette analyse des propriétés physiologiques de ses éléments permet également de dégager de la *pathogénie* des dyspepsies, formulée par le professeur G. Sée, les variétés dans lesquelles cette médication se trouve indiquée, et de comprendre les services qu'elle peut rendre dans des dyspepsies de modes différents.

L'eau de Châtel-Guyon est prescrite avec succès quand les troubles digestifs sont engendrés par la diminution dans le suc gastrique de l'acide chlorhydrique, sans le secours duquel la pepsine ne peut rien sur la transformation des substances albuminoïdes en peptone, ou bien quand la pepsine elle-même n'existe pas en quantité suffisante pour remplir son rôle de ferment. L'eau agit dans ce cas par son chlorure de sodium dont les propriétés ont été exposées.

Le suc gastrique perd ses vertus digestives, lorsqu'il est altéré par des éléments anormaux, tels que le mucus et la mucine; ce qui arrive dans les catarrhes muqueux. Administrée à titre d'évacuant, l'eau de Châtel-Guyon débarrasse l'estomac de la couche de mucus qui empêche le contact de la pepsine avec les aliments, et exerce par ses carbonates calcaire et magnésien une influence salutaire sur l'état catarrhal de la muqueuse.

La bile joue un rôle important dans l'acte de la digestion. Elle émulsionne la graisse, dont elle favorise l'absorption par l'imbibition des villosités, détermine des contractions intestinales par l'intermédiaire de ses acides, et facilite à l'aide de sa mucine le glissement des matières stercorales.

L'acholie détermine donc l'indigestion des graisses, la constipation et une production abondante de gaz, résultat de la fermentation putride que favorise le suc pancréatique en l'absence de la bile. Cette acholie peut tenir à différentes causes : à l'inaction du foie, à l'hypertrophie simple de cet organe entraînant la diminution de la sécrétion biliaire, ou bien encore à des calculs agissant soit par obstacle mécanique, soit par inflammation chronique des canaux. L'eau de Châtel-Guyon est utile dans l'espèce par son chlorure de magnésium qui excite la sécrétion biliaire, débarrasse la vésicule de ses calculs, et aide la bile à franchir les canaux rétrécis par l'inflammation. La présence de ce liquide dans l'intestin amène la disparition de la constipation à laquelle concourt également l'action du sel sur les fibres intestinales.

L'eau de Châtel-Guyon trouve encore son indication dans certaines formes d'atonie intestinale désignées par G. Sée sous le nom de *pseudo-dyspepsies*. Cette atonie peut être essentielle, ou être causée par des hémorrhoïdes internes ou externes. Une lenteur extrême de la digestion, une constipation habituelle, se traduisant par des scybales appréciables le long du côlon, du météorisme, en sont les principaux phénomènes. C'est encore le chlorure de magnésium qui a raison de ces différents symptômes. Son action énergique sur les fibres musculaires lisses remédie à l'atonie. D'autre part, la déplétion produite sur le système sanguin abdominal par son influence sur la contractilité des vaisseaux, par les évacuations, et l'accroissement de la sécrétion biliaire qui rend la circulation du foie plus libre, amène la diminution des hémorrhoïdes.

L'eau de Châtel-Guyon, pour combattre efficacement la dyspepsie, doit en général être administrée à petites doses. Elle sera prise aux repas par doses fractionnées, depuis un demi-verre jusqu'à deux ou trois verres par jour.

Dans certains cas, lorsqu'on veut remédier à l'insuffisance du suc gastrique, on pourra la faire prendre une demi-heure avant les repas.

S'il s'agit d'obtenir un effet évacuatif, elle devra être administrée le matin à jeun, à la dose d'un ou deux verres à une demi-heure d'intervalle, et au besoin être continuée à table.

Dans certaines formes de constipation rebelle, ayant résisté à d'autres médications, on l'a donnée avec succès à dose élevée, un litre et même plus dans la journée. C'est du reste au praticien qu'il appartient d'approprier la dose et le mode d'administration aux indications qu'il veut remplir.

Pour le traitement de dyspepsies graves, principalement de nature muqueuse, accompagnées de vomissements alimentaires incoercibles, le lavage de l'estomac au moyen d'une sonde munie d'une pompe aspirante est aujourd'hui usité. Ce procédé, mis en pratique en 1869 par Kussmaul et avant lui par Somerville, a donné, entre les mains de médecins qui ont fait usage de l'eau de Châtel-Guyon, d'excellents résultats.

Dr VOURY,
Médecin consultant à Châtel-Guyon.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

MOTTEROZ, Adm.-Direct. des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME XIX, 2e SÉRIE

D

E

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

T

TABLE DES FIGURES

MOTTEROZ, Administrateur-Directeur des Imprimeries réunies, A, rue Mignon, 2, Paris.